



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

Aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r.

pt. „Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce”

– skargi z zakresu *bancassurance* wniesione w 2012 r.

Warszawa, dnia 30 listopada 2012 r.

Wstęp

Mija już pięć lat od opracowania przez Rzecznika Ubezpieczonych raportu pt. „Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce”. Opublikowany w 2007 r. raport zwracał uwagę na to dość nowe wtedy jeszcze zjawisko, wskazując, że interesy konsumentów korzystających z ochrony ubezpieczeniowej za pośrednictwem banku są narażone na szereg zagrożeń. W raporcie, na podstawie obserwacji istniejącej wówczas praktyki, poddano analizie ryzyka naruszenia interesów konsumentów w związku z działaniem tego kanału dystrybucji, w szczególności w następujących aspektach:

- czy konsumentowi jest dostarczana wystarczająca informacja o ochronie ubezpieczeniowej, z której korzysta;
- czy korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej jest dla konsumenta dobrowolne;
- czy konsument ma wpływ na wybór ubezpieczyciela;
- czy ochrona ubezpieczeniowa jest dostosowana do potrzeb konsumenta;
- w jaki sposób następuje finansowanie ochrony ubezpieczeniowej;
- czy *bancassurance* może naruszać konkurencję na rynku i w ten sposób szkodzić interesom konsumentów?

Raportowi towarzyszył aneks dotyczący skarg z zakresu *bancassurance* wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych. Ukazywał on dynamikę wnoszonych skarg oraz opisywał ich tematykę.

Rzecznik Ubezpieczonych dostrzegał więc już przed laty problemy związane z funkcjonowaniem *bancassurance* na polskim rynku. Stąd raport i aneks do niego, a następnie liczne wystąpienia poświęcone tej kwestii, skierowane zarówno do wszystkich uczestników tego rynku, jak i instytucji państwowych zajmujących się problematyką ubezpieczeniową i bankową. Koniecznym bowiem stało się ucywilizowanie tego kanału dystrybucji ubezpieczeń, tak by zapewniał on respektowanie uzasadnionych interesów konsumentów oraz podstawowych zasad współżycia społecznego, które powinny obowiązywać w obrębie usług bankowych i ubezpieczeniowych.

Znacząca nowelizacja przepisów Kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia, przyjęta w 2007 r., w odniesieniu do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek zmieniła brzmienie art. 808 oraz art. 829 § 2 k.c. Regulacja ta miała jednak charakter cząstkowy i niestety nie rozwiązała wszystkich problemów dotyczących konsumentów korzystających z kanału dystrybucji *bancassurance*. Coraz powszechniejsza krytyka pod adresem tego segmentu stała się w dużej mierze asumptem do częściowej samoregulacji

rynku, mającej na celu ustalenie podstawowych standardów współpracy pomiędzy bankami i zakładami ubezpieczeń. W jej ramach Związek Banków Polskich, przy współudziale Polskiej Izby Ubezpieczeń, przyjął następujące kodeksy dobrych praktyk:

- Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku *bancassurance* w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi (2009 r.);
- Rekomendacja w sprawie dobrych praktyk w zakresie ubezpieczeń finansowych powiązanych z produktami bankowymi zabezpieczonymi hipotecznie (2010 r.);
- Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku *bancassurance* w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym (2012 r.).

Wydaje się jednak – co można stwierdzić również w oparciu o liczbę i tematykę skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych – że mimo szczytnych intencji przyświecających twórcom rekomendacji, przyjęte uregulowania, mające charakter „miękkiego prawa”, nie wyeliminowały najważniejszych problemów istniejących na tym rynku. Dostrzegane nieprawidłowości powstają bowiem w podstawowej mierze przez niezdrowy i niezgodny z istotą ubezpieczenia mechanizm podziału składki ubezpieczeniowej, w którym jej większa część nie jest przeznaczana na ochronę udzielaną przez ubezpieczyciela, jak to powinno mieć miejsce, tak by system ten był zarówno rynkowy, jak i jednocześnie użyteczny społecznie, lecz na prowizję dla banku, która jest ukrytą formą opłaty bankowej, powiększającą koszt usługi oferowanej kredytobiorcom, a co za tym idzie – generującą dodatkowy, niemały zysk banku, zupełnie nieadekwatny do zakresu czynności podejmowanych przez tę instytucję w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia.

Dlatego też Rzecznik Ubezpieczonych z satysfakcją odnotował zdecydowany sygnał płynący ze strony Komisji Nadzoru Finansowego, potwierdzający słuszność zastrzeżeń Rzecznika co do sposobu funkcjonowania kanału *bancassurance*. Mowa o piśmie Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 21 lutego 2012 r., skierowanym do prezesów zarządów banków i zakładów ubezpieczeń. W piśmie tym zwrócono uwagę na nieprawidłowości wynikające z dotychczasowej współpracy banków i zakładów ubezpieczeń, w szczególności w obszarze ubezpieczeń traktowanych jako zabezpieczenie kredytu, w postaci: łączenia przez banki funkcji ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego, wysokości prowizji pobieranej przez banki, braku możliwości bezpośredniego dochodzenia roszczeń od ubezpieczyciela przez ubezpieczonych lub ich spadkobierców, utrudnionego dostępu do treści umowy ubezpieczenia, ograniczania swobody wyboru zakładu ubezpieczeń, występowania przez zakłady ubezpieczeń z roszczeniem

regresowym do kredytobiorców po wypłacie odszkodowania na rzecz banku. Przewodniczący wezwał banki i zakłady ubezpieczeń do przekazania informacji o sposobie i terminie wyeliminowania wskazanych nieprawidłowości, a także zapowiedział podjęcie działań legislacyjnych ukierunkowanych na wprowadzenie koniecznych zmian prawnych oraz uchwalenie rekomendacji dotyczącej współpracy pomiędzy bankami i zakładami ubezpieczeń.

Zaznaczyć nadto należy, iż problemem legalności działania banków, które jako ubezpieczający w grupowych umowach ubezpieczenia otrzymują od ubezpieczyciela określony procent składki z tytułu ubezpieczenia kredytobiorcy, zajął się na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wszczynając w tej sprawie postępowanie wyjaśniające. Prezes Urzędu wyraziła przy tym poparcie dla działań mających na celu likwidację problemów związanych z *bancassurance*, w tym kierowania przez Komisję Nadzoru Finansowego zawiadomień do organów ścigania w sytuacji uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa określonego w art. 47 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz wydawania upomnień dla banków na podstawie art. 138 ust. 3 ustawy – Prawo bankowe.

Niniejszy aneks do raportu na temat podstawowych problemów związanych z segmentem *bancassurance* ma na celu przedstawienie aktualnej problematyki skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych. Problemy związane z tym kanałem dystrybucji ubezpieczeń, mimo prób samoregulacji podejmowanych przez przedstawicieli rynku, wydają się bowiem w dalszym ciągu nabrzmiałe i niosą daleko idące, negatywne konsekwencje dla klientów banków decydujących się na przystąpienie do umów ubezpieczenia oferowanych im przy okazji nabywania produktów bankowych. Tylko niektóre z problemów opisanych w pierwotnym raporcie Rzecznika doczekały się przez ten czas rozwiązania lub uległy marginalizacji, z kolei przedmiotem skarg stały się również nowe, niepokojące praktyki banków oraz zakładów ubezpieczeń, które naruszają interesy konsumentów, budząc przy tym poważne wątpliwości w zakresie ich zgodności z prawem i dobrymi obyczajami.

Na doniosłe znaczenie omawianego zjawiska wskazuje także dynamika skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w związku z istniejącym modelem *bancassurance*. W odniesieniu do ubezpieczeń kredytobiorców, ubezpieczeń związanych z kredytem, ubezpieczeń dla posiadaczy rachunków bankowych i kart płatniczych oraz innych produktów ubezpieczeniowych dystrybuowanych przez banki i pośredników finansowych liczba skarg na przestrzeni ostatnich lat uległa zwielokrotnieniu. O ile w 2005 r. skarg takich

było zaledwie 62, to w 2007 r. – 143, w 2009 r. – 418, a w 2011 r. już 597. Z kolei w pierwszych trzech kwartałach 2012 r. do Rzecznika wpłynęło 515 takich skarg. Począwszy od 2009 r. ubezpieczenia te stanowią średnio około 4,5 % ogółu skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych.

Tematyka skarg z zakresu *bancassurance* wniesionych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Poniżej omówiona zostanie problematyka skarg z zakresu *bancassurance*, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r. Analizą objęto znaczną część spośród ogółu tej kategorii skarg, jako że część postępowań podjętych przez Rzecznika na wniosek skarżących w dalszym ciągu jeszcze się toczy.

Skargi z zakresu *bancassurance* wnoszone są do Rzecznika Ubezpieczonych przede wszystkim przez członków najbliższej rodziny zmarłych klientów banku, będących zazwyczaj ich spadkobiercami. Dopiero w drugiej kolejności, w pozostałych przypadkach, skarżącymi są sami ubezpieczeni. Ubezpieczającymi w umowach ubezpieczenia, których skargi dotyczą, są najczęściej banki, w części zaś przypadków spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe lub inne instytucje finansowe, oferujące kredyty i pożyczki.

Wśród skarg, które wpływają do Rzecznika, zdecydowanie dominują zarzuty dotyczące odmowy ze strony zakładu ubezpieczeń spełnienia świadczenia wynikającego z zawartej umowy. Kolejne miejsce zajmują zarzuty odnoszące się do składek ubezpieczeniowych, w szczególności w zakresie zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W dalszej kolejności skarżący zarzucają ubezpieczycielom zaniżanie wysokości przyznanego świadczenia oraz opieszałość w prowadzonym postępowaniu likwidacyjnym. Wreszcie, skargi dotyczą także nieprawidłowych praktyk (zarówno banków, jak i ubezpieczycieli) towarzyszących zawieraniu umów ubezpieczenia lub przystępowaniu do nich oraz wykonywaniu tych umów, w szczególności w związku z zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym.

Wśród skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r. dominują te dotyczące umów grupowego ubezpieczenia kredytobiorców i pożyczkobiorców, obejmujących takie ryzyka jak śmierć osoby ubezpieczonej, poważne zachorowanie, utrata zatrudnienia oraz niezdolność do pracy. Znaczna liczba skarg odnosi się także do inwestycyjnych produktów ubezpieczeniowych (ubezpieczeń na życie z funduszem

kapitałowym), spośród których część jest sprzedawana w ramach *bancassurance*, część zaś – poprzez inne kanały dystrybucji. Z uwagi na ich specyfikę oraz rosnącą popularność, a także kontrowersje towarzyszące temu produktowi, problematyka z nimi związana zostanie w sposób szczegółowy omówiona w odrębnym raporcie przygotowywanym przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych w oparciu o analizę otrzymanych skarg. Zdecydowanie mniejsza liczba skarg dotyczy natomiast ubezpieczeń oferowanych jako dodatek do kart kredytowych, rachunków bankowych, kont oszczędnościowych i innych zbliżonych produktów bankowych. Kierowane do Rzecznika skargi dotyczą ponadto zawieranych w segmencie *bancassurance* umów ubezpieczenia, których przedmiotem jest kredytowane mienie. W szczególności mowa tu o ubezpieczeniach nieruchomości od ognia i innych ryzyk, ale także ubezpieczeniach rzeczy ruchomych. Skargi te w dużej jednak mierze zawierają zarzuty tożsame z tymi, jakie są kierowane względem umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem tradycyjnych kanałów sprzedażowych oraz kanału *direct*.

1. Grupowe ubezpieczenie na życie

Analiza skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych wskazuje, iż podstawowym problemem, z jakim borykają się skarżący, jest odmowa zapłaty przez ubezpieczyciela świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie w przypadku zgonu kredytobiorcy (pożyczkobiorcy) w wyniku choroby, która zdaniem zakładu ubezpieczeń istniała jeszcze przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciele powołują się bowiem na postanowienia zawarte w umowie ubezpieczenia (wzorcem umownym), które wyłączają ich odpowiedzialność, brzmią zaś dla przykładu następująco:

- „jeżeli zgon nastąpi bezpośrednio w wyniku następstw i konsekwencji chorób, które przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela zostały zdiagnozowane przez lekarza, były leczone lub których objawy występowały przed tym dniem”;
- „zgon zaistniał w związku z następstwami i konsekwencjami” powyżej wskazanych chorób;
- „do jego spowodowania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego”;
- „jeżeli do spowodowania [zgonu] przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego”;

- „jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednim lub pośrednim skutkiem lub nastąpiło w związku ze zdarzeniami lub stanami stwierdzonymi przez lekarza, jako istniejące przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”;
- „gdy śmierć nastąpi w wyniku choroby lub uszczerbku na zdrowiu, o których ubezpieczony wiedział lub powinien wiedzieć przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową lub w związku z taką chorobą, nawet jeśli ich następstwa ujawniły się po objęciu ochroną ubezpieczeniową”.

Jak więc widać, postanowienia umowne ograniczają zazwyczaj ochronę do zgonu, którego przyczyną jest choroba zdiagnozowana już po zawarciu umowy ubezpieczenia. Nietrudno jednak dostrzec, że poszczególne klauzule dają ubezpieczycielowi możliwość odmowy także wówczas, gdy – już po śmierci ubezpieczonego – wykaże on, że objawy choroby, o której ubezpieczony nie wiedział w momencie przystępowania do umowy, występowały przed tym dniem, a nawet wówczas, gdy lekarz (czy także ten powołany przez ubezpieczyciela?) stwierdzi, że stan (czy tylko chorobowy, czy także każdy inny?), w związku z którym nastąpił zgon, istniał przed datą rozpoczęcia ochrony. Tym samym możliwość odmowy przysługuje ubezpieczycielowi również w przypadku, gdy przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia choroba nie dawała żadnych objawów, a ubezpieczony nie miał jakiegokolwiek świadomości o jej istnieniu. Niektóre z postanowień przyznają przy tym ubezpieczycielowi prawo do arbitralnej, subiektywnej oceny tego, czy ubezpieczony powinien był wiedzieć w chwili przystępowania do ubezpieczenia o istnieniu niezdiagnozowanej wówczas choroby.

Przykład. Przyczyną śmierci ubezpieczonego wskazaną w karcie zgonu był udar niedokrwienny mózgu. Ubezpieczyciel odmówił przyjęcia odpowiedzialności za to zdarzenie, uzasadniając to tym, że zgodnie z dokumentacją szpitalną chorował on na miażdżycę uogólnioną, ta zaś zdaniem zakładu ubezpieczeń przyczyniła się do zgonu. Skarżąca, wdowa po zmarłym, wskazała jednakże, iż jej mąż nie wiedział nic o miażdżycy i nie był na nią wcześniej leczony.¹

W zróżnicowany sposób określa się także stopień powiązania pomiędzy chorobą a zgonem, wymagany do tego, by zwolnić ubezpieczyciela od odpowiedzialności. W zależności od brzmienia umowy ubezpieczenia odmowa jest zatem możliwa, jeśli zgon nastąpił bezpośrednio w wyniku następstw i konsekwencji choroby, albo też w związku z nimi, bądź też zgon był bezpośrednim lub pośrednim skutkiem lub nastąpił w związku

¹ RU/WSI/G/3959/KPC/12.

z danym stanem, albo też jeżeli choroba przyczyniła się do zgonu. Użycie określeń takich jak „w związku”, czy też wskazywanie na skutki pośrednie choroby lub przyczynienie się jej do zgonu jest jednak w znacznym stopniu nieostre, co powoduje przyznanie zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Może także prowadzić do nadużyć, co znajduje odzwierciedlenie w części spośród przeprowadzonych postępowań skargowych.

Przykład. Przyczyną wyjściową zgonu ubezpieczonej był udar niedokrwienny mózgu, który doprowadził do niewydolności nerek oraz ostrej niewydolności krążenia i oddychania. Zakład ubezpieczeń odmówił jednak spełnienia świadczenia, jego zdaniem bowiem istnieje związek przyczynowy pomiędzy udarem, do którego doszło u ubezpieczonej, a cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, na które była ona leczona od kilku lat. Jak twierdzi ubezpieczyciel, są to schorzenia przewlekłe, o postępującym przebiegu, prowadzącym do przedwczesnego rozwoju zmian miażdżycowych i rozwoju powikłań, w tym również udaru mózgu.²

W najbardziej zaś skrajnych przypadkach ubezpieczyciele uzasadniają odmowę opartą na tego typu klauzuli umownej tym, że choroba ubezpieczonego zdiagnozowana przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową stanowi istotny czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia schorzenia, które powstało po tej dacie i stało się przyczyną zgonu. Abstrahują więc od wykazywania – zgodnie z rozkładem ciężaru dowodów – adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią ubezpieczonego a wcześniej zdiagnozowaną u niego chorobą. Wiele zaś czynników ryzyka poddaje się modyfikacji przy stosowaniu odpowiedniego leczenia, a katalog tych czynników jest na ogół znacznie szerszy, niż tylko schorzenia zdiagnozowane wcześniej u danej osoby.

Przykład 1. Jako przyczynę śmierci ubezpieczonego ustalono krwawienie podpajęczynówkowe – wylew krwi do mózgu. Zakład ubezpieczeń w stanowisku odmownym wskazał, że przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową cierpiał on na schorzenia układu krążenia, w tym nadciśnienie tętnicze, te zaś są istotnymi czynnikami ryzyka wylewu krwi do mózgu.³

Przykład 2. Ubezpieczona zmarła w wyniku przebytego wylewu. Ubezpieczyciel w uzasadnieniu stanowiska odmownego podniósł, że zanim przystąpiła ona do umowy ubezpieczenia grupowego na życie leczyła się na zespół zależności alkoholowej.

² RU/WSI/G/2320/AG/12.

³ RU/WSI/G/3608/KPC/12.

Choroba ta jest z kolei istotnym czynnikiem wpływającym na istnienie i rozwój chorób układu krążenia i przyczyniła się do zgonu ubezpieczonej w wyniku wylewu.⁴

Przykład 3. Ubezpieczona jeszcze przed przystąpieniem do umowy była leczona na cukrzycę i przewlekłe zapalenie trzustki, zmarła zaś z powodu zawału serca. Zakład ubezpieczeń odmówił przyjęcia odpowiedzialności za to zdarzenie, gdyż według niego cukrzyca jest istotnym czynnikiem ryzyka schorzeń kardiologicznych, a choroby leczone przed objęciem ubezpieczonej ochroną przyczyniły się do jej zgonu.⁵

Zacytowane postanowienia nie przewidują także jakiegokolwiek horyzontu czasowego, ograniczającego działanie przewidzianego wyłączenia ochrony. Możliwe jest więc powoływanie się przez ubezpieczyciela zarówno na jednostkę chorobową, na którą ubezpieczony był leczony na długo przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, jak też kwestionowanie swojej odpowiedzialności, mimo że zgon ubezpieczonego nastąpił po wielu latach od objęcia go ochroną.

Przykład 1. U ubezpieczonej, która w 2008 r. zawarła umowę kredytu i w związku z tym przystąpiła do grupowego ubezpieczenia na życie, zdiagnozowano w 2003 r. nowotwór układu moczowego. W 2010 r. ubezpieczona zmarła. Zgodnie z kartą statystyczną zgonu przyczyną wyjściową zgonu był rak pęcherza moczowego, przyczyną wtórną – rozsiew nowotworowy, zaś bezpośrednią – nagłe zatrzymanie krążenia. Ubezpieczyciel odmówił spełnienia świadczenia z powodu zdiagnozowanej przed laty choroby nowotworowej. Nie wziął pod uwagę ani tego, że do rozsiewu nowotworowego mogło dojść na skutek nawrotu raka pęcherza, w dacie przystępowania do umowy niedającego żadnych objawów, co dawało ubezpieczonej podstawy do przyjęcia, że choroba ta została całkowicie wyleczona, ani też faktu, iż zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zdefiniowane jako „*zajście w okresie odpowiedzialności zgonu, którego bezpośrednie przyczyny powstały w okresie ubezpieczenia*” – nowotwór pęcherza moczowego był zaś jedynie przyczyną wyjściową zgonu, bezpośrednie zaś przyczyny powstały ewidentnie w okresie ubezpieczenia.⁶

Przykład 2. Kobieta ubezpieczona od 2009 r. w związku zawarciem umowy kredytu zmarła w 2011 r. Zakład ubezpieczeń zajął stanowisko odmowne względem zgłoszonych mu roszczeń. Wyjaśnił, że w 2006 r. ubezpieczona była operowana z powodu raka sutka, natomiast przyczyną zgonu była uogólniona choroba nowotworowa z punktem wyjścia

⁴ RU/WSI/G/4814/PA/12.

⁵ RU/WSI/G/4597/MAR/12.

⁶ RU/WSI/G/3119/WK/12.

z sutków, kilka miesięcy przed śmiercią w stwierdzono u niej bowiem wznowę nowotworu. Skarżąca, córka zmarłej, nie zgodziła się z odmową, bowiem jej matka została wyleczona z pierwszej choroby nowotworowej, na dowód czego przedstawiła dokumentację z kompleksowych badań przeprowadzonych w 2008 i 2010 r., których wyniki świadczyły o braku zmian nowotworowych. Zdaniem jednak ubezpieczyciela używane w medycynie określenie „całkowita remisja” nie oznacza wyleczenia, lecz obserwowane ustąpienie oznak choroby. Po okresie całkowitej remisji może nastąpić wznowa choroby i jest to dokładnie ta sama jednostka chorobowa, która występowała wcześniej. Według ubezpieczyciela nie mamy zatem do czynienia z powstaniem nowego schorzenia, lecz z tą samą postacią choroby nowotworowej co kilka lat wcześniej, która po okresie utajenia ponownie wystąpiła u ubezpieczonej.⁷

Przykład 3. Zgodnie z wpisem do karty statystycznej zgonu wyjściową przyczyną śmierci ubezpieczonego był rak płuca lewego, który doprowadził do rozsianego procesu nowotworowego, a w konsekwencji do niewydolności krążeniowo-oddechowej. Zakład ubezpieczeń na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej odmówił przyjęcia odpowiedzialności za to zdarzenie. Wskazał, że u ubezpieczonego rozpoznano w 2003 r. i leczono nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, natomiast w 2008 r. rozpoznano i leczono nowotwór złośliwy krtani. Miało to więc miejsce przed przystąpieniem przez niego do ubezpieczenia w 2009 r. Choroby te zaś zdaniem ubezpieczyciela pozostają w związku z przyczyną zgonu kredytobiorcy, do którego doszło w połowie 2011 r.⁸

Przyznać jednak trzeba, iż niektóre zakłady ubezpieczeń stosują w swoich wzorcach umownych pewne ograniczenia, które ograniczają zakres czasowy stosowania omawianego wyłączenia. Jako przykład można podać klauzule, zgodnie z którymi ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:

- *„za śmierć spowodowaną lub wynikającą bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części, z choroby występującej na 12 miesięcy przed dniem wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy w ciągu 3 pierwszych miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony”;*
- *„jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie 36 miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i spowodowana była chorobą, która została zdiagnozowana*

⁷ RU/WSI/G/218/WK/12.

⁸ RU/WSI/G/1427/SP/12.

lub była leczona w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia”;

- *„w okresie 24 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel (...), jeżeli zgon Ubezpieczonego był spowodowany chorobą, która była zdiagnozowana, leczona lub której objawy występowały w okresie 12 miesięcy przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową”.*
- *„jeżeli zdarzenie powstałe w następstwie lub w związku z wszelkimi chorobami, w odniesieniu do których, w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia, zostały zdiagnozowane objawy lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków”.*

Trzecie z przytoczonych postanowień znów jednak odnosi się do wystąpienia objawów choroby nawet wówczas, gdy nie została ona zdiagnozowana, niekoniecznie przecież w wyniku zaniedbania ubezpieczonego. Podobnie ostatnia klauzula, która wskazuje nie tylko zdiagnozowane objawy choroby, ale nawet takie schorzenia, które obiektywnie rzecz biorąc wymagały porady lekarskiej lub leczenia, nawet bez świadomości tego faktu ze strony ubezpieczonego.

Możliwe jest wreszcie ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nie poprzez zamieszczenie w umowie podobnego do powyżej wskazanych wyłączenia, lecz przez odpowiednie ukształtowanie definicji wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową. Na przykład: *„Za zdarzenia ubezpieczeniowe w rozumieniu umowy jest uważany tylko taki zgon, którego bezpośrednie przyczyny zaistniały w okresie ubezpieczenia”.* O ile zaś wykazanie okoliczności wymaganych dla uznania, że zgłoszone zdarzenie zostało wyłączone spod udzielanej ochrony ubezpieczeniowej obciąża zawsze zakład ubezpieczeń, gdyż to on wyciąga z tego faktu korzystne dla siebie skutki, o tyle zacytowane sformułowanie powoduje już, że ciężar dowodu wykazania, iż bezpośrednie przyczyny zgonu zaistniały w okresie ubezpieczenia, obciąża roszczonego. W niektórych zaś przypadkach, zwłaszcza wtedy, gdy przyczyna zgonu pozostaje nieznana, udowodnienie tego faktu będzie albo w ogóle niemożliwe, albo też w znacznej mierze utrudnione. Klauzula taka może więc nakładać na roszczonego obowiązek, którego z obiektywnych względów nie jest w stanie wykonać, czyniąc w wielu przypadkach udzielaną ochronę jedynie iluzoryczną. Zresztą, mimo zacytowanego brzmienia postanowienia umownego, ubezpieczyciele nierzadko odmawiają przyjęcia odpowiedzialności z powołaniem się na istniejącą już wcześniej chorobę, która jednak nie była przyczyną bezpośrednią zgonu, lecz przyczyną wyjściową.

Przykład. Bezpośrednią przyczyną zgonu ubezpieczonego było według wpisu do karty statystycznej migotanie komór, zaś przyczyną wyjściową – wielonaczyniowa choroba wieńcowa. Zakład ubezpieczeń, uzasadniając odmowę spełnienia świadczenia, wskazał na fakt leczenia się przez ubezpieczonego od lat na chorobę wieńcową, tym samym oczywistą dla niego przyczyną zgonu było schorzenie, które istniało przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Jako podstawę prawną wskazał jednak na postanowienie, zgodnie z którym *„Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana Ubezpieczonemu na wypadek zgonu i dotyczy jedynie tych zdarzeń, których bezpośrednie przyczyny istniały w okresie ubezpieczenia”*.⁹

Kolejny problem wyłaniający się z analizy skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wiąże się ze sposobem ustalania przez zakład ubezpieczeń w toku postępowania likwidacyjnego, czy zgon osoby ubezpieczonej nastąpił w wyniku lub w związku z chorobami, które były leczone przed objęciem jej ochroną ubezpieczeniową. Podstawowym dokumentem, na którym ubezpieczyciele opierają swoje stanowisko co do przyczyny zgonu, jest z reguły karta zgonu. Stosownie do art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, zgon i jego przyczyna powinny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie, jeśli nie jest to natomiast możliwe, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin dokonywanych przez lekarza. Wydane na podstawie delegacji zawartej w tej ustawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania przewiduje, że zgodnie z dokonaniem rozpoznaniem wpisuje się do karty statystycznej przyczynę zgonu wyjściową (chorobę lub uraz, które zapoczątkowały łańcuch zdarzeń chorobowych, prowadzących bezpośrednio do zgonu), przyczynę zgonu wtórną (chorobę, która rozwinęła się jako skutek choroby, urazu, zatrucia, wypadku lub użycia przemocy, będących wyjściową przyczyną zgonu) oraz przyczynę zgonu bezpośrednią (chorobę, która stała się ostateczną przyczyną zgonu, w następstwie chorób, urazu, zatrucia, wypadku lub użycia przemocy, będących przyczynami zgonu, wyjściową i wtórną).

W niektórych przypadkach lekarz wypełniający kartę zgonu nie jest w stanie precyzyjnie określić przyczyn zgonu, zwłaszcza tych wyjściowych i wtórnych. Używane są wówczas pewne określenia ogólne (np. „zgon z przyczyn naturalnych”) albo też wpisywane są te choroby, na które zmarły był w przeszłości leczony, nawet jeśli ich związek ze zgonem nie jest pewny lub nie znajduje wystarczającego oparcia w dokumentacji

⁹ RU/WSI/G/930/WK/12.

medycznej dotyczącej tej osoby. Na tym tle zdarza się, iż zakłady ubezpieczeń, w zależności od tego, które rozwiązanie jest dla nich bardziej korzystne, albo trzymają się ściśle zapisu z karty zgonu dotyczącego przyczyny wyjściowej, nie chcąc wziąć pod uwagę konkretnych argumentów wskazujących, że przyczyna ta została ustalona na wyrost, albo też kwestionują przyczynę wpisaną do karty zgonu, jako nie dość dokładną i mogącą zostać zmienioną w toku postępowania likwidacyjnego na podstawie dokumentacji medycznej sprzed zgonu (i to nawet dokumentacji sprzed wielu laty).

Przykład 1. Ubezpieczona, kobieta w wieku 83 lat, zmarła w swoim domu we śnie. Przybyły na miejsce lekarz pogotowia nie był w stanie określić dokładnej przyczyny zgonu, w tym potwierdzić, że nastąpił on w wyniku schorzeń, na które cierpiała zmarła. W karcie statystycznej zgonu wpisał więc, że zgon nastąpił „z przyczyn naturalnych”. Sekcji zwłok nie zarządzono. Zakład ubezpieczeń odmówił przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenie, podnosząc iż zmarła leczyła się na nadciśnienie tętnicze powikłane niewydolnością naczyń krwionośnych. W uzasadnieniu wskazał, że w związku z tym, iż nie wykonano sekcji zwłok, przyczynę zgonu należało ustalić w oparciu o szczegółową dokumentację medyczną, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności zgonu. Dlatego też ubezpieczyciel uznał, że przyczyną zgonu były następstwa przewlekłych schorzeń układu krążenia, których objawy zdiagnozowano i które leczono od kilku lat.¹⁰

Przykład 2. Ubezpieczony zmarł w wieku 70 lat. Jako bezpośrednią przyczynę śmierci karta statystyczna zgonu wymienia zawał mięśnia sercowego, natomiast jako przyczynę wyjściową – cukrzycę i cukrzycową chorobę nerek. Ubezpieczyciel odmówił spełnienia świadczenia, gdyż zgon ubezpieczonego nastąpił w związku z następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności. Na trzy lata przed śmiercią u ubezpieczonego zdiagnozowano bowiem cukrzycę i miażdżycę. Skarżąca, wdowa po zmarłym, wskazała jednak w swoim wystąpieniu, że wyniki badania poziomu glukozy wykonane na osiem miesięcy oraz na jeden dzień przed śmiercią jej męża dowodzą łagodnego przebiegu cukrzycy, która nawet nie wymagała specjalistycznego leczenia diabetologicznego. Badanie przeprowadzone przed śmiercią męża wykazało natomiast niewydolność nerek i to ona zapewne przyczyniła się do zawału.¹¹

Zakłady ubezpieczeń oraz banki zdają sobie zapewne doskonale sprawę, że wyłączenie odpowiedzialności w sytuacji, gdy do zgonu przyczyniło się schorzenie istniejące w momencie przystępowania do ubezpieczenia, w kolosalnym stopniu ogranicza ryzyko

¹⁰ RU/WSI/G/4575/SP/12.

¹¹ RU/WSI/G/5637/PA/12.

związane ze śmiercią z przyczyn naturalnych. Pracownicy banków obsługujący kredytobiorców nie tylko mogą na własne oczy ocenić ich kondycję fizyczną i widoczne ułomności, ale dysponują także dokumentami, z których wynika ich wiek oraz takie okoliczności, jak chociażby przyznane prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy. Skarżący w swoich wystąpieniach do Rzecznika Ubezpieczonych podnoszą jednak na ogół, że opłacenie składki ubezpieczeniowej było wymogiem udzielenia kredytu, nikt nie zwrócił im uwagi na tak daleko idące wyłączenia ochrony, ani nie spytał o przebyte choroby i aktualny stan zdrowia, nierzadko zaś – że tekst ogólnych warunków ubezpieczenia lub wyciąg z nich był przekazywany dopiero po podpisaniu stosownych oświadczeń albo też w ogóle nie został doręczony. Czasami zaś zakres ubezpieczenia, do którego przystępuje klient banku, ma się nijak do jego indywidualnej sytuacji.

Przykład 1. Ubezpieczony zmarł nagle, w związku z czym prokurator zarządził przeprowadzenie sekcji zwłok. W jej wyniku ustalono, że przyczyną zgonu była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa spowodowana nagłym zatrzymaniem czynności chorobowo zmienionego serca. Zakład ubezpieczyciel w zajęтым stanowisku odmownym nie wskazał na jakiegokolwiek okoliczności faktyczne i poczynione przez siebie ustalenia, zacytował jedynie fragment ogólnych warunków ubezpieczenia wyłączających spod ochrony zdarzenia, do których przyczyniły się istniejące wcześniej choroby. Skarżąca w swoim piśmie do Rzecznika wyjaśniła, że mąż był rencistą po przebytych 6 lat przed zawarciem umowy zawale. Podniosła, że pracownicy banku zostali poinformowani podczas udzielania pożyczki o tym, że mąż jest rencistą, a mimo to pobrali opłatę za ubezpieczenie.¹²

Przykład 2. Ubezpieczyciel odmówił spełnienia roszczenia wdowy po zmarłym mężu, objętym grupowym ubezpieczeniem na życie. Wskazał na postanowienie umowne, w świetle którego wyłączona jest ochrona, jeśli zgon nastąpił w wyniku choroby, o której ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową, nawet jeśli ich następstwa ujawniły się dopiero po objęciu ochroną ubezpieczeniową. Skarżąca zarzuciła, że bank otrzymał dokument potwierdzający wysokość świadczenia rentowego, wiedział więc, że klient ten jest chory – ze względu na cukrzycę i miażdżycę miał amputowaną jedną nogę. Ubezpieczyciel był więc świadomy stanu zdrowia kredytobiorcy, a mimo to zawarł z nim umowę o określonej treści. Zdaniem skarżącej bank naciągnął celowo i świadomie jej męża, wiedząc, że żadne świadczenie z tego tytułu nie zostanie zrealizowane.¹³

¹² RU/WSI/G/3330/PA/12.

¹³ RU/WSI/G/4909/WK/12.

Przykład 3. Klient banku w chwili zawierania umowy o kartę kredytową przeznaczoną do zakupu w ciężar jej limitu telewizora miał ukończone 65 lat i był trwale niezdolnym do pracy inwalidą, który po amputacji nogi poruszał się na wózku. Z treści tej umowy wynika, że został on objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie następującej opcji: zgon, niezdolność do pracy oraz utrata pracy (w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o stosunek pracy lub prowadzących działalność gospodarczą) albo poważne zachorowanie (w przypadku pozostałych osób). Kilka miesięcy później zmarł – bezpośrednią przyczyną zgonu było zatrzymanie krążenia. Ubezpieczyciel zajął stanowisko o odmowie przyjęcia odpowiedzialności, ponieważ zgon był wynikiem przewlekłej niewydolności wątroby, a więc choroby rozpoznanej i leczonej przed dniem zawarcia umowy kredytu. Skarżąca, wdowa po zmarłym, wskazała, że niezrozumiałym dla niej jest, dlaczego ubezpieczyciel przed zawarciem umowy nie zażądał oceny lekarskiej o stanie zdrowia jej męża, skoro był to czynnik powodujący odmowę wypłaty świadczenia. Zakład ubezpieczeń poinformował w odpowiedzi, że po ponownej analizie posiadanej dokumentacji medycznej oraz w oparciu o ponowną ocenę medyczną lekarza konsultanta, zmienił stanowisko w sprawie i uznał roszczenie z tytułu zgonu.¹⁴

Wątpliwości budzi jednak sama praktyka, dodajmy – powszechna, zakładów ubezpieczeń, które rezygnują w tego typu ubezpieczeniach z przeprowadzenia nawet uproszczonego wywiadu medycznego mającego na celu ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego, zastrzegają zaś w treści umów swój brak odpowiedzialności, jeśli przyczyny wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego istniały przed chwilą powstania ochrony ubezpieczeniowej. Prowadzi to do zjawiska polegającego na przystępowaniu do ubezpieczenia osób, względem których już od początku istnieją przesłanki odmowy zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z uwagi na to, że jeśli zajdzie wypadek ubezpieczeniowy przewidziany w umowie, zostanie on uznany jako następstwo czy konsekwencja chorób zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Okoliczność ta, w połączeniu z mającymi dość często miejsce nieprawidłowościami w doręczeniu tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego, uniemożliwia dokonanie przez potencjalnego ubezpieczonego analizy skuteczności ochrony ubezpieczeniowej, w szczególności w zakresie przewidzianych wyłączeń.

Opisana praktyka może wskazywać na próbę obejścia przepisów art. 815 § 1 i 834 k.c. Przewidują one, że ubezpieczony obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela

¹⁴ RU/WSI/G/927/WK/12.

wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach, w razie zaś zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Ubezpieczyciel nie ponosi natomiast odpowiedzialności za skutki nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności, przy czym wina umyślna ubezpieczonego powoduje domniemanie, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem tych właśnie okoliczności. W odniesieniu do ubezpieczenia na życie zarzut, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej, nie przysługuje ubezpieczycielowi, jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy, chyba że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin.

Obowiązek deklaracji dotyczy więc tylko tych okoliczności, o jakie zapytywał ubezpieczyciel, a które są ubezpieczonemu znane. O tym, jakie okoliczności są istotne dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, decyduje zaś sam ubezpieczyciel. Obowiązek ten jest znamieny dla stosunku ubezpieczenia, w którym ubezpieczyciel, przejmując ryzyko grożące ubezpieczonemu, jest zmuszony polegać na informacjach przez niego przekazanych. Przyjęty system deklaracji ryzyka w oparciu o kwestionariusze powoduje więc obarczenie ubezpieczyciela ciężarem ustalenia okoliczności mających istotne znaczenie dla oceny ryzyka. Aktywność w tej mierze ubezpieczonego jest uwarunkowana wyłącznie kierowanymi do niego przez ubezpieczyciela pytaniami. Ten zaś może zadowolić się podstawowymi tylko danymi ubezpieczonego, jak jego płeć (w tym przypadku jednak z ograniczeniem wynikającym z wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie C-236/09) czy wiek, pominać zaś pytania dotyczące chociażby wykonywanego zawodu, stosowanych używek, jak również stanu zdrowia. Jeżeli więc ubezpieczyciel rezygnuje nie tylko z badania lekarskiego, ale też z zadania pytań dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, pozbawia się tym samym możliwości podniesienia wynikającego stąd zarzutu, jako że przyjął ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego bez względu na jego przyczyny natury medycznej.

Mając na uwadze, że zgodnie z art. 807 § 1 k.c. postanowienia umowy ubezpieczenia lub ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z przepisami tytułu XXVII Kodeksu cywilnego są nieważne, podobnie jak i czynność prawna lub jej część mająca na celu obejście ustawy (art. 58 § 1 i 3 k.c.), zaś przepis art. 815 k.c. ma charakter bezwzględnie obowiązujący, postanowienia umowne, które prowadzą do skutków sprzecznych z tym przepisem albo mają na celu jego obejście, uznać należy za nieważne. Rezygnacji przez

ubezpieczyciela z przeprowadzenia *underwritingu* medycznego nie może więc towarzyszyć wyłączenie w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności za wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego sprzed przystąpienia do umowy.

Przeprowadzone przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku „Ogólnopolskie Badanie Rozpowszechnienia Czynniki Ryzyka Chorób Układu Krążenia NATPOL 2011” dowodzi, że na samo tylko nadciśnienie tętnicze aktualnie choruje około 32 % populacji dorosłych Polaków: 9,5 mln osób w wieku 18-79 lat i około 1 mln osób powyżej 80. roku życia. Spośród nich aż 3 mln nie zdaje sobie z tego sprawy. Skoro 1/3 Polaków choruje na to tylko jedno schorzenie, a część spośród nich, jak i część pozostałych osób na inne, mniej lub bardziej przewlekłe choroby (np. na cukrzycę cierpi co dwudziesta osoba w wieku 18-79 lat), oznacza to, że zawarcie umowy ubezpieczenia na życie na ich rachunek o brzmieniu powodującym wyłączenie spod ochrony znacznej części ryzyka związanego ze zgonem, powoduje w dużej mierze ograniczenie udzielanej ochrony tylko do śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, mimo że nazwa samego ubezpieczenia i jego przedmiot wskazują na coś zgoła odmiennego. Jeżeli zaś ubezpieczyciel zastrzeże we wzorcu umownym, że wyłącza ochronę w sytuacjach, gdy *„zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednim lub pośrednim skutkiem lub nastąpiło w związku ze stanami istniejącymi przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”*, wówczas – jak należy mniemać – może on powołać się również na takie powszechne zjawiska, jak chociażby otyłość (która jest przypadłością prawie 1/4 dorosłych mężczyzn i nieco mniejszej liczby kobiet) czy hipercholesterolemia (występująca u 61 % ogółu populacji w wieku 18-79 lat), które z kolei są czynnikami ryzyka wystąpienia wielu poważnych schorzeń, zwłaszcza układu krążenia.

Nie ulega wątpliwości, iż zakład ubezpieczeń jest profesjonalistą, na którym spoczywa ciężar szczególnie starannego wykonywania zobowiązań związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Do czynności ubezpieczeniowych, których wykonywanie jest z mocy ustawy powierzone wyłącznie zakładom ubezpieczeń, należy także ocena ryzyka, zarówno w ubezpieczeniach osobowych, jak i majątkowych. Trafnie wskazuje się w orzecznictwie Sądu Najwyższego, iż zarówno przepisy prawa normujące poszczególne umowy, jak i postanowienia umowne, nie powinny być interpretowane w sposób oderwany od ich natury i funkcji, jak również pomijać celu, w jakim umowa została zawarta. Umowa ubezpieczenia pełni zaś funkcję ochronną, z czego wynika, że miarodajny dla wykładni jej postanowień powinien być przede wszystkim punkt widzenia tego, kto jest chroniony.

Celem zawarcia przez zakład ubezpieczeń i bank umowy ubezpieczenia grupowego na życie dla kredytobiorców, a następnie przystąpienia do tej umowy przez kolejnych klientów, powinno być skuteczne zabezpieczenie udzielanego kredytu na wypadek śmierci (poważnego zachorowania, utraty pracy czy niezdolności do pracy) ubezpieczonego, we wspólnym interesie banku, dla którego ustanowienie takiego zabezpieczenia jest wymogiem przyznania kredytu, jak i kredytobiorcy, który wszak ponosi ciężar finansowania składki ubezpieczeniowej po to, by w razie zajścia w jego życiu nieszczęśliwego zdarzenia chroniony był interes majątkowy jego samego lub spadkobierców. Za cel zawarcia umowy ubezpieczenia nie może natomiast zostać uznana chęć obciążenia kredytobiorcy dodatkowym kosztem w postaci składki ubezpieczeniowej, dzielonej następnie pomiędzy bank i zakład ubezpieczeń, w zamian za w wysokim stopniu okrojoną lub nawet iluzoryczną ochronę. Jeśli tego typu „ubezpieczenia-wydmuszki” są oferowane w kanale *bancassurance*, zwłaszcza jako obligatoryjny element umowy kredytu lub pożyczki, z całą pewnością nie pełnią one przewidzianej przez ustawodawcę dla tej umowy funkcji ochronnej, proceder taki godzi zaś w dobre obyczaje i zasady współżycia społecznego.

Przeprowadzone przez Rzecznika Ubezpieczonych postępowania wyjaśniające wykazały, że niektórzy spośród ubezpieczycieli stosują jednak w ubezpieczeniu grupowym na życie ankietę medyczną, choć w niezwykle uproszczonej formie. Osobie chcącej przystąpić do tego typu ubezpieczenia jest mianowicie zadawane pytanie dotyczące przebytych chorób przewlekłych („Czy Pan/i chorował/a lub choruje na przewlekłe, zagrażające życiu choroby, a w szczególności choroby układu krążenia lub choroby nowotworowe?”), z możliwością zaznaczenia jednej z dwóch odpowiedzi – „tak” lub „nie”. Ubezpieczyciel definiuje jednocześnie pojęcie, którego pytanie dotyczy („Choroba przewlekła to stan chorobowy trwający długo, min. 3 miesiące. Cechą charakterystyczną jest ciągłość trwania lub występowanie nawrotów. Nieleczona stanowi bezpośrednie zagrożenie życia. Osoba przewlekłe chora wymaga długoterminowej opieki medycznej”). Tego typu rozwiązanie także nie jest jednak wolne od wad, które w dużej mierze wynikają nie tylko z treści samego pytania (choć w wielu przypadkach laikowi trudno będzie zapewne stwierdzić, czy dana choroba zagraża jego życiu), ale towarzyszącej mu definicji, która nie jest tak precyzyjna, jak mogłoby się to w pierwszej chwili wydawać.

Przykład. Kredytobiorca przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zaznaczył w ankiecie, że nie chorował ani nie choruje na chorobę przewlekłą, zagrażającą jego życiu. Po pewnym czasie zmarł, przyczyną zgonu była zaś choroba niedokrwienna serca i przebyty zawał mięśnia sercowego, a w konsekwencji niewydolność krążenia i jego nagłe

zatrzymanie. Zakład ubezpieczeń odmówił przyjęcia odpowiedzialności za to zdarzenie podnosząc, że ubezpieczony już przed objęciem go ochroną przebył zawał i był leczony z tego powodu, podał więc nieprawdę, co uprawnia ubezpieczyciela do odmowy spełnienia świadczenia. Zdaniem jednak skarżącej, wdowy po zmarłym, jej mąż udzielił prawdziwej odpowiedzi na zadane mu pytanie, gdyż zawał, o którym mowa, miał miejsce na miesiąc przed przystąpieniem do ubezpieczenia i dopiero od tej daty rozpoczęło się jego leczenie, ubezpieczyciel zaś zapytywał wyłącznie o choroby trwające co najmniej 3 miesiące.¹⁵

Innym problemem, który zdiagnozował Rzecznik Ubezpieczonych, jest stosowanie postanowienia wzorca umownego sprzecznego z bezwzględnie obowiązującym przepisem art. 815 k.c., tym samym nieważnego z mocy prawa na podstawie art. 807 § 1 k.c. Jak już wspomniano, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieprawdziwych okoliczności, które zostały podane do jego wiadomości. Tym samym możliwość odmowy przez ubezpieczyciela spełnienia świadczenia występuje tylko wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy i jego następstwa są skutkiem zatajonych lub nieprawdziwych informacji. Tymczasem niektórzy ubezpieczyciele zastrzegają sobie we wzorcu umownym uprawnienie do odmowy, jeżeli nieprawdziwe informacje podane przez ubezpieczonego miały wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest zgon ubezpieczonego – abstrahując w ogóle od okoliczności i rzeczywistych przyczyn śmierci tej osoby. Prowadzi to do absurdalnych sytuacji, w których zatajenie informacji o powszechnie występującym w populacji schorzeniu powoduje automatyczną odmowę objęcia ochroną zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który nie miał żadnego związku z tą chorobą.

Przykład. W trakcie urlopu ubezpieczony wraz z inną jeszcze osobą wypłynął łódką w morze. Następnego dnia odnaleziono i wyłowiono z wody ciała obu tych osób. Powołany przez prokuratora biegły patomorfolog ustalił na podstawie przeprowadzonej sekcji zwłok ubezpieczonego mężczyzny, iż przyczyną jego śmierci było uduszenie gwałtowane spowodowane zatkaniem dróg oddechowych przez wodę, czyli utonięcie. Nie stwierdził przy tym ani jakichkolwiek obrażeń ciała, ani też samoistnych zmian chorobowych. Podobnie u drugiej ze zmarłych osób. Na tej podstawie prokurator postanowił umorzyć śledztwo. Wdowa po zmarłym zawiadomiła ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ten zaś zażądał przedłożenia dokumentacji medycznej od lekarza pierwszego kontaktu, co zdziwiło roszącą, jej zdaniem nie miała ona bowiem znaczenia dla przedmiotowej sprawy. Następnie zaś zakład ubezpieczeń zajął stanowisko odmowne, oparte na postanowieniu ogólnych warunków ubezpieczenia, przewidującym odmowę

¹⁵ RU/WSI/G/4324/SL/12.

„w przypadku podania przez ubezpieczonego nieprawdziwych informacji, chyba że informacje te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”. Ubezpieczony zaś, mimo iż 9 lat wcześniej zdiagnozowano u niego nadciśnienie tętnicze, podpisał wniosek o przystąpienie do umowy, zawierający oświadczenie o treści: „nie zasięgałem porady lekarskiej, nie zdiagnozowano u mnie, ani też nie leczyłem się z powodu: (...) podwyższonego ciśnienia (nadciśnienia)”. W uzasadnieniu swojego stanowiska ubezpieczyciel zaznaczył, że wymieniona choroba zwiększa prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli zgonu ubezpieczonego, zatem gdyby towarzystwo przy zawarciu ubezpieczenia było w posiadaniu informacji tej choroby, wówczas nie objęłoby kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową. Nie wyjaśnił jednak i nie udowodnił, do czego był w świetle Kodeksu cywilnego zobowiązany, jaki związek miałby istnieć pomiędzy zdiagnozowanym u ubezpieczonego nadciśnieniem tętniczym a jego zgonem w ustalonych przez prokuraturę okolicznościach, tylko zaś w takim przypadku miał prawo odmówić przyjęcia odpowiedzialności za zgłoszone zdarzenie.¹⁶

Rzecznik Ubezpieczonych w niektórych ze spraw, które dotyczyły grupowych ubezpieczeń na życie, stwierdził praktykę niemal automatycznych odmów ze strony ubezpieczycieli, gdy z dokumentacji medycznej wynikało, że ubezpieczony w jakikolwiek sposób nie zastosował się do zaleceń lekarskich, np. stawiał się w poradni lub w szpitalu w terminie późniejszym niż wyznaczony, bądź też wypisał się ze szpitala na własne żądanie. Zarzut w tym przypadku dotyczy tego, że ubezpieczyciel nie bada związku przyczynowego pomiędzy niewypełnieniem zalecenia a zgonem. W świetle zaś brzmienia postanowień umownych, możliwość odmowy istnieje tylko wtedy, gdy udowodni on, że tego typu zachowanie ubezpieczonego spowodowało zgon lub do niego się przyczyniło. Skargi dotyczą również odmowy ze strony pacjenta przeprowadzenia u niego leczenia operacyjnego (np. amputacji nogi). Ubezpieczyciele w takich przypadkach nie wskazują jednak w uzasadnieniu zajętego stanowiska, że zabieg taki istotnie zapobiegłby śmierci ubezpieczonego, jego celem mogło zaś być potencjalne jedynie wydłużenie życia pacjenta lub czasowa poprawa jakości życia w czasie choroby, sama zaś operacja mogła się wiązać z istotnym ryzykiem zgonu. Skarżący wskazywali także na nieuwzględnianie okoliczności powodujących, że ubezpieczonemu nie można przypisać winy, bowiem jego działanie lub zaniechanie było podyktowane czy to polepszeniem się stanu zdrowia czy też problemami

¹⁶ RU/WSI/G/3819/CO/12.

komunikacyjnymi w dotarciu do placówki leczniczej (np. osoba niepełnosprawna, która w danym dniu nie mogła skorzystać z pomocy członków rodziny).¹⁷

Kolejny problem wyłaniający się z treści skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczy postanowień wzorców umownych stanowiących część umowy grupowego ubezpieczenia kredytobiorców, zgodnie z którym w przypadku ubezpieczonych, którzy w dniu zawarcia umowy kredytu ukończyli 65 lat (w przypadku jednego z ubezpieczycieli – 69 lat), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zgonu ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Wielu klientów w starszym wieku nie zdaje sobie bowiem sprawy, że mimo opłacenia składki za ubezpieczenie na życie, udzielana im ochrona obejmuje tylko i wyłącznie zgon jako następstwo nieszczęśliwego wypadku. Nie podejrzewają oni, że produkt nazwany ubezpieczeniem na życie będzie wobec nich zawierał w swoich szczegółowych warunkach tak daleko idące ograniczenie, zwłaszcza gdy nie zwróci im na to uwagi obsługujący ich pracownik banku. Nie jest przy tym zrozumiałe, dlaczego osoby te finansują składkę w tej samej wysokości co klienci młodszy, objęci ochroną w pełnym zakresie – wysokość składki jest bowiem na ogół uzależniona wyłącznie od wysokości udzielonego kredytu (pożyczki), nie jest natomiast brany pod uwagę zakres ochrony udzielanej ubezpieczonemu, ani też poziom ryzyka ponoszonego przez ubezpieczyciela. Wątpliwości budzi też wreszcie spełnienie przez tak okrojone ubezpieczenie swojej podstawowej funkcji w postaci zabezpieczenia kredytu – bank, któremu powinno wszak zależeć na jak najszerzej ochronie wynikającej z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, godzi się na to, że względem znacznej części jego klientów ochrona ta będzie poważnie ograniczona, i umawia się jednocześnie z ubezpieczycielem na taki sam poziom składki wobec wszystkich ubezpieczonych. Bank ustanowi tym samym jedynie symboliczne zabezpieczenie zobowiązania starszego klienta, u którego ryzyko zgonu naturalnego jest nieporównywalnie większe od zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ale za to pobiera wysoką prowizję od składki opłaconej przez tą osobę – często tym wyższą, im niższy jest poziom szkodowości wśród ubezpieczonych objętych daną umową.

Przykład. Zakład ubezpieczeń w związku ze zgłoszonym mu zgonem ubezpieczonego zajął stanowisko odmowne. Wyjaśnił, iż warunki umowy zapewniają różny zakres ochrony, a ubezpieczony, który w dniu zawarcia umowy ukończył 65 lat jest objęty ochroną wyłącznie

¹⁷ Np. RU/WSI/G/1639/SP/12 oraz RU/WSI/G/3862/AG/12.

na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Kredytobiorca przystąpił zaś do ubezpieczenia w wieku 67 lat, a przyczyną jego śmierci był rak jelita grubego.¹⁸

Problematyczne jest zresztą także samo pojmowanie przez niektórych ubezpieczycieli pojęcia nieszczęśliwego wypadku, definiowanego na ogół jako zdarzenie wywołanie gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego, w wyniku którego doznał on obrażeń ciała lub zmarł.

Przykład. Posiadacz rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego doznał poważnego urazu głowy na skutek upadku, do którego doszło w łazience jego domu. Zmarł trzy tygodnie później. Przyczyną wyjściową zgonu według wpisu w karcie zgonu był uraz głowy, przyczyną wtórną – zakrzepica zatok żylnych, zaś przyczyną bezpośrednią – zatrzymanie krążenia. Zawiadomiony o zdarzeniu ubezpieczyciel odmówił zapłaty świadczenia z ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Podniósł, że z dokumentacji medycznej wynika, iż ubezpieczony zasłabł, w wyniku czego upadł, doznając urazu głowy. Zdarzenie to nie spełnia więc zdaniem ubezpieczyciela kryteriów nieszczęśliwego wypadku, brak jest bowiem przyczyny zewnętrznej tego zdarzenia – przyczyną urazu był stan zdrowia ubezpieczonego, a nie skutki nieszczęśliwego wypadku.¹⁹

Liczne skargi dotyczą także problemu karencji stosowanej w umowach grupowego ubezpieczenia na życie. Zazwyczaj umowy te przewidują, że okres odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, z wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku, gdzie odpowiedzialność rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia. Co znamienne, karencja w udzielanej ochronie jest przewidywana nawet wówczas, gdy umowa ubezpieczenia zawiera restrykcyjne wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w związku z chorobami istniejącymi przed dniem przystąpienia do umowy. W takim zaś przypadku karencja nie spełnia swojego normalnego celu, czyli wyeliminowania przypadków, gdy do ubezpieczenia przystępują osoby, u których wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest pewne lub bardzo prawdopodobne. Skoro ubezpieczyciel i tak nie ponosi odpowiedzialności za wypadek ubezpieczeniowy, do którego przyczyniło się schorzenie istniejące w dniu przystąpienia do umowy, oznacza to, że karencja ma w takiej sytuacji na celu po prostu skrócenie bez szczególnego powodu okresu udzielanej ubezpieczonemu odpowiedzialności. Tego typu praktyka rodzi jednak wiele wątpliwości, skoro deklarowanym celem

¹⁸ RU/WSI/G/5625/MD/12.

¹⁹ RU/WSI/G/7320MAR/12.

ubezpieczenia ma być zabezpieczenie zobowiązania ubezpieczonego klienta wobec banku. Zabezpieczenie takie będzie zaś ułomne, jeżeli okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest krótszy od okresu trwania umowy kredytu lub pożyczki. Dochodzi do tego jeszcze kwestia prawidłowego ustalenia wysokości składki. Zgodnie bowiem z art. 813 § 1 k.c. niedozwolone jest pobieranie składki za okres, przez który ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności. Wśród skarg obecny był także problem związany ze stosowaniem karencji wobec tej samej osoby w związku z zawarciem z bankiem umowy pożyczki, mimo ciągłości ubezpieczenia w ramach tego samego ubezpieczenia grupowego.

Przykład. Klientka w tym samym dniu, w którym spłaciła w kasie oszczędnościowo-kredytowej pożyczkę zabezpieczoną grupowym ubezpieczeniem na życie z przewidzianym okresem karencji, zawarła kolejną umowę pożyczki z tą kasą, ponownie zabezpieczoną tym samym ubezpieczeniem grupowym. Niecałe dwa miesiące później zmarła, lecz ubezpieczyciel odmówił spełnienia świadczenia, podnosząc, że w jej przypadku doszło do kolejnego przystąpienia do umowy ubezpieczenia, obwarowanego kolejną karencją trwającą 90 dni.²⁰

W świetle otrzymanych przez Rzecznika skarg ujawniła się ponadto praktyka niektórych banków i zakładów ubezpieczeń, by wymogiem udzielenia kredytu uczynić ubezpieczenie na życie, które jednak mimo swej nazwy obejmuje *de facto* śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, tylko więc w niewielkim stopniu stanowi rzeczywiste zabezpieczenie kredytu. Składka ubezpieczeniowa jest mimo to bardzo wysoka.

Przykład. Małżeństwo w wieku około 55 lat zawarło umowę o kredyt hipoteczny za pośrednictwem pewnej instytucji finansowej. W związku z tym wyrazili oni zgodę na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową z tytułu „Ubezpieczenia na życie osób zaciągających kredyty hipoteczne”, którego przedmiotem był zgon, zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, trwałe inwalidztwo i całkowita niezdolność do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, przy czym każdy ze „współubezpieczonych” miał po 50 % udziału w całkowitej sumie ubezpieczenia. Kwota kredytu wynosiła około 175.000 zł, a składka ubezpieczeniowa pobrana za okres ubezpieczenia wynoszący 3 lata stanowiła równowartość 6 % sumy ubezpieczenia (kwoty kredytu netto), tj. około 10.500 zł. Niedługo po tym fakcie małżonka rozpoczęła leczenie z powodu ciężkiego, narastającego nadciśnienia płucnego z kwalifikacją do przeszczepu serca i płuc. Dwa i pół roku po wzięciu kredytu kobieta zmarła na skutek krańcowej niewydolności krążenia i nerek.

²⁰ RU/WSI/G/5269/SP/12.

Zakład ubezpieczeń, który otrzymał informację o śmierci ubezpieczonej, przyznał świadczenie w wysokości nieco ponad 300 zł. Warunki ubezpieczenia na które się powołał, a z którymi miała się zapoznać zmarła, przewidywały bowiem, że w przypadku zgonu ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu 0,5 % sumy ubezpieczenia, zaś w przypadku zgonu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – 99,5 % sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu.²¹

2. Ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, od utraty pracy oraz na wypadek poważnego zachorowania

Kolejna grupa skarg, które kierowane są do Rzecznika Ubezpieczonych, obejmuje ubezpieczenie z tytułu niezdolności do pracy oraz od utraty pracy. Przeważająca część skarg jest związanych z definicjami zdarzeń ubezpieczeniowych, przewidzianymi we wzorcach umownych. Wiele spośród nich jest bowiem nader wąskich, często też nie uwzględniają one obowiązujących przepisów w zakresie niepełnosprawności czy rent z ubezpieczenia społecznego. Szczególnie częste jest też definiowanie wypadków ubezpieczeniowych w postaci „inwalidztwa”, „niezdolności do pracy” czy „całkowitej niezdolności do zarobkowania” jako stanu, w którym ubezpieczony nie tylko utracił bezterminowo lub długoterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, ale także została równocześnie spełniona druga przesłanka, mianowicie osoba ta jest trwale i całkowicie lub długoterminowo niezdolna do samodzielnej egzystencji. Niekiedy również przewidziany jest wymóg, że udowodnienie zaistnienia danej przesłanki wymaga podjęcia decyzji przez konkretnie wskazany w umowie organ, co nie zawsze uwzględnia obowiązujące procedury i faktyczną sytuację niektórych ubezpieczonych. Uzależnianie przyznania świadczenia od przedstawienia orzeczenia organu rentowego może zostać uznane za nieuzasadnione utrudnianie dochodzenia roszczeń. Orzeczenia tego typu są wydawane przez odpowiednie podmioty do celów ustalenia prawa do świadczeń rentowych. Przepisy o działalności ubezpieczeniowej nie ograniczają ubezpieczycieli w sposobach ustalania ich odpowiedzialności, dlatego fakt zajścia określonego zdarzenia może być w praktyce potwierdzony na różne sposoby. W szczególności nieuzasadnione jest włączanie obowiązku posiadania określonego dokumentu (orzeczenia) do definicji wypadku ubezpieczeniowego, co bezpodstawnie zawęży zakres możliwych do zastosowania środków dowodowych,

²¹ RU/WSI/G/4203/PA/12.

dyskryminując w szczególności niektóre kategorie ubezpieczonych (np. osoby pracujące za granicą czy emerytów).

Przykład 1. Ubezpieczony, który zapadł na przewlekłą niewydolność nerek, w związku z czym 3 razy w tygodniu musi poddawać się dializie, został uznany przez ZUS za całkowicie niezdolnego do pracy na okres 25 miesięcy, zaś Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności orzekł względem niego niepełnosprawność w stopniu znacznym, z jednoczesnym wskazaniem, że wymaga on stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Zakład ubezpieczeń odmówił zapłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia obejmującej ryzyko całkowitej niezdolności do zarobkowania, ta bowiem została zdefiniowana w umowie jako „*trwale, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony trwale utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, powodujące wydanie Orzeczenia*”, to ostatnie natomiast to: „*prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach (Orzeczenie ZUS), stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 24 miesięcy*”. Wydane przez ZUS orzeczenie nie uznaje zaś ubezpieczonego za osobę całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji.²²

Przykład 2. Posiadacz karty kredytowej został objęty ubezpieczeniem na wypadek utraty stałego źródła dochodu, niezdolności do zarobkowania oraz śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W wieku 40 lat, na skutek nieszczęśliwego upadku z wysokości, doznał poważnego urazu czaszkowo-mózgowego, skutkującego zespołem otępiennym. Na dzień złożenia skargi przez jego ojca, ubezpieczony od kilkunastu już miesięcy znajdował się w stanie wegetatywnym, bez kontaktu z otoczeniem, za to będąc całkowicie zależnym od innych osób. Ubezpieczony został ubezwłasnowolniony przez sąd, orzeczono także wobec niego o stopniu niepełnosprawności. W postępowaniu likwidacyjnym dotyczącym roszczenia z tytułu niezdolności do zarobkowania zakład ubezpieczeń zażądał przedłożenia m.in. decyzji ZUS o przyznaniu świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W odpowiedzi ojciec ubezpieczonego wskazał, że ZUS nie wydał względem niego takiej decyzji, gdyż jego syn jako były funkcjonariusz służby mundurowej nabył już prawo do emerytury. Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie stanowiące około 45 % zadłużenia wobec banku. Wskazał, że na ówczesną chwilę ubezpieczony był czasowo niezdolny do wykonywania

²² RU/WSI/G/3922/KPC/12.

działalności zarobkowej, zgodnie z umową świadczenie to jest należne w wysokości 5 % sumy ubezpieczenia za każdy miesiąc niezdolności do pracy, nie więcej jednak niż limit kredytowy i nie więcej niż 100.000 zł, a okres ubezpieczenia kończy się w dniu rozwiązania umowy dotyczącej karty kredytowej. Ponieważ umowa ta została rozwiązana po kilku miesiącach od wypadku, świadczenie zostało wyliczone jako iloczyn sumy ubezpieczenia i tego właśnie okresu, a za pozostały czas niezdolności do pracy ubezpieczyciel nie wypłaci już żadnego świadczenia. Z wyjaśnień ubezpieczyciela opartych na brzmieniu umowy ubezpieczenia wynika, że ten dokonałby wypłaty odszkodowania równej wysokości salda zadłużenia na karcie tylko wówczas, gdyby otrzymał prawomocne orzeczenie ZUS o całkowitej niezdolności do zarobkowania na okres powyżej 5 lat – mimo, iż z przedłożonej w niniejszej sprawie dokumentacji nie wynika, że ubezpieczony znajduje się w stanie wegetatywnym i ma nikłą szansę na wyzdrowienie, a w dodatku jest emerytem.²³

Skargi kierowane do Rzecznika wiążą się także z ograniczeniem odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy tylko do takich przypadków całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji, które są rezultatem nieszczęśliwego wypadku, nie zaś chorób. Problemy powstają także na gruncie zróżnicowania przewidzianego w świetle umowy wypadku ubezpieczeniowego w zależności od tego, czy ubezpieczony jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony czy na czas określony. W pierwszym przypadku świadczenie jest należne w razie utraty stałego źródła dochodu, z kolei w drugim – w razie czasowej niezdolności do pracy. Kolejny problem dotyczy uzależnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela od tego, czy całkowita niezdolność do pracy utrzymywała się przez czas wymagany umową w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (np. przez 180 dni). Skargi dotyczą poza tym również stosowania w umowach ubezpieczenia karencji. Kolejny zdiagnozowany problem dotyczy żądania przez zakład ubezpieczeń w toku likwidacji szkody dokumentów, których ubezpieczony nie jest w stanie przedłożyć i których wymagania nie posiada odzwierciedlenia w postanowieniach umownych, w praktyce zaś ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do zakresu ochrony wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia.

Przykład. Klientka banku prowadząca działalność gospodarczą została objęta grupowym ubezpieczeniem na życie użytkowników kart kredytowych, które obejmowało ryzyko zgonu oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub czasowej niezdolności do pracy. Po pewnym jednak czasie z powodu urazu narządu ruchu najpierw zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej, a następnie ją zakończyła. Po wykorzystaniu

²³ RU/WSI/G/3951/AG/12.

półrocznego zasiłku chorobowego oraz rocznego świadczenia rehabilitacyjnego została zarejestrowana jako bezrobotna. Do zakładu ubezpieczeń zgłosiła roszczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy, przekazując kopię posiadanej dokumentacji medycznej, a także decyzję o wykreśleniu z ewidencji działalności gospodarczej oraz zaświadczenia z ZUS i PUP. Ubezpieczyciel zażądał jednak przedłożenia dalszych dokumentów, w tym zaświadczenia lekarskiego określającego przewidywany okres przerwy w pracy (L4) oraz zaświadczenia pracodawcy o zatrudnieniu osoby ubezpieczonej w dniu zdarzenia, mimo że ubezpieczona nie była pracownikiem, lecz przedsiębiorcą. Następnie odmówił uznania roszczenia, podnosząc, że nie otrzymał żądanych zwolnień lekarskich, ale też druków N9 (czyli zaświadczeń o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego wydawanych przez lekarza prowadzącego leczenie), dokumentacji medycznej z leczenia przez ostatnie 9 lat w rejonowej placówce zdrowia oraz w poradniach kardiologicznej i dermatologicznej (mimo że przyczyną orzekania o czasowej niezdolności do pracy był uraz ortopedyczny) wraz z ewentualnymi kartami informacyjnymi z pobytów w szpitalu. W odpowiedzi na odwołanie zakład ubezpieczeń nadal uzależnił przyznanie świadczenia od uzupełnienia dokumentacji o zaświadczenie L4. W następstwie rozpatrzenia kolejnego odwołania ubezpieczyciel przyznał, że warunki ubezpieczenia nie przewidują konieczności pozostawania w stosunku pracy w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie czasowej niezdolności do pracy, stan ten może być zaś wykazany innymi dokumentami.²⁴

Także i w przypadku ubezpieczeń na wypadek utraty pracy oraz niezdolności do pracy zgłaszane problemy dotyczą, podobnie jak przy ubezpieczeniu na życie, wyłączenia udzielanej ochrony ze względu na powiązanie pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a wcześniej istniejącą chorobą lub mającym miejsce uprzednio wypadkiem. W odniesieniu do ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy jeszcze większego znaczenia nabiera pytanie o sens przystępowania do ubezpieczenia osoby już chorej lub która w przeszłości doznała poważnego wypadku, grożącego orzeczeniem niezdolności do pracy w kolejnych miesiącach lub latach, a także możliwość powołania się na taką okoliczność mimo rezygnacji z przeprowadzenia ankiety medycznej.

Przykład 1. Skarżący w 1978 r. doznał urazu głowy, na skutek czego objawiła się u niego encefalopatia i oligofrenia. Orzeczeniem wydanym w 1996 r. został zaliczony do I grupy inwalidzkiej. W 2008 r., w związku z umową o kredyt gotówkowy, został objęty ochroną wynikającą z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, przy czym bank posiadał informację o tym, że jest on inwalidą z przyznanym prawem do renty. Natomiast w 2010 r.

²⁴ RU/WSI/G/1547/AG/12.

została u niego stwierdzona trwała i całkowita niezdolność do pracy. Jak jednak podniósł ubezpieczyciel, ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały objęcie ochroną niezdolności do pracy w następstwie uszkodzenia ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.²⁵

Przykład 2. Kredytobiorca w 2005 r. przystąpił do ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. W 2011 r. komisja lekarska orzekła o jego całkowitej niezdolności do służby w policji, której przyczyną była: „*cukrzyca z angiopatią i nefropatią, stan po zawale mięśnia sercowego i implantacji stentu, stan po implantacji zastawki mitralnej, nadciśnienie tętnicze III stopnia, stan po przebyłym udarze mózgowym ze śladowym niedowładem połowicznym prawostronnym, nefropatia cukrzycowa w okr. niewydolności nerek, otyłość*”. Ubezpieczyciel odmówił przyjęcia odpowiedzialności, powołując się na związek przyczynowy między chorobami będącymi przyczyną trwałej i całkowitej niezdolności do pracy a schorzeniami rozpoznanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową – cukrzycą i nadciśnieniem, leczonymi od 2002 r.²⁶

Wśród skarg obecne są też takie, które wskazują na automatyczną odmowę ze strony ubezpieczyciela, jeżeli tylko stwierdził on, że ubezpieczony miał problemy ze zdrowiem jeszcze przed przystąpieniem do ubezpieczenia, nawet gdy brak jest dowodów na związek pomiędzy takimi schorzeniami a orzeczoną niezdolnością do pracy.

Przykład. W 2006 r. pożyczkobiorca (lat 67) przystąpił do umowy ubezpieczenia na wypadek zgonu lub trwałego inwalidztwa. Trzy lata później uczestniczył w wypadku komunikacyjnym – został przejechany przez samochód ciężarowy – na skutek czego doznał urazu wielonarządowego. Po pewnym czasie w zmiążdżonej nodze wystąpiła martwica tkanek miękkich, dlatego został u niego wykonany zabieg amputacji podudzia. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności orzekł względem niego niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji. Zawiadomiony o inwalidztwie zakład ubezpieczeń odmówił spełnienia roszczenia, ponieważ w świetle umowy jego odpowiedzialność nie obejmuje jakiegokolwiek inwalidztwa, ale jedynie inwalidztwo powodujące wydanie orzeczenia na gruncie przepisów o nabywaniu praw do emerytur i rent. Ubezpieczony zdobył więc i przedłożył orzeczenie ZUS o trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji począwszy od dnia, w którym uległ on wypadkowi samochodowemu. Ubezpieczyciel ponownie odmówił, ponieważ dokument ten zawierał w swojej treści informację, iż został wydany m.in. na podstawie kart leczenia szpitalnego

²⁵ RU/WSI/G/340/AG/12.

²⁶ RU/WSI/G/5845/WK/12.

w latach 1997, 1999 i 2002, co według zakładu ubezpieczeń jednoznacznie wskazuje, że przyczyna jego wydania zaistniała daleko przed zawarciem umowy. Ponadto, orzeczenie to nie uznaje ubezpieczonego za osobę całkowicie niezdolną do pracy na okres minimum 2 lat. Rzecznik w swojej interwencji podniósł, że orzeczenie ZUS określa datę powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji na dzień doznania poważnego uszczerbku na zdrowiu do którego doszło na skutek wypadku samochodowego z 2009 r. Zgodnie zaś z uzasadnieniem orzeczenia, zostało ono wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania i dokonaniu analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, w tym dokumentacji z przebiegu leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego po wypadku, kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w latach 1997-2010, zaświadczeń o stanie zdrowia i wyników dodatkowych badań domowych. Fakt leczenia się przez ubezpieczonego w latach poprzedzających wypadek nie oznacza, że to właśnie tamte schorzenia lub urazy były przyczyną stwierdzenia trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji, a nie uraz wielonarządowy i amputacja podudzia lewego, które miały miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Z kolei tego typu uszczerbek u osoby ponad 70-letniej bezspornie powoduje niezdolność do samodzielnej egzystencji nie tylko na okres co najmniej 2 lat, ale do końca jej życia.²⁷

Skargi kierowane do Rzecznika dotyczą nie tylko odmów, ale również wysokości przyznanego świadczenia. Jedną ze skarg związanych była z nieprawidłowym – zdaniem ubezpieczonego – przeliczeniem wartości zadłużenia z tytułu kredytu zaciągniętego w obcej walucie (franku szwajcarskim) na kwotę odszkodowania, które ubezpieczyciel wypłacił w złotych. W sprawie tej kluczowe było ustalenie, czy właściwy będzie kurs Narodowego Banku Polskiego z dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, czy też z dnia zapłaty świadczenia. Zakład ubezpieczeń przyjął kurs waluty z dnia zdarzenia, ten z kolei był dużo mniejszy niż kurs z dnia wypłaty, a świadczenie nie wystarczyło na spłatę całości zadłużenia z tytułu zaciągniętego kredytu.

Oprócz ubezpieczenia obejmującego ryzyko zgonu, utraty pracy oraz niezdolności do pracy ubezpieczonego, skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczą także ryzyka poważnego zachorowania. W tym przypadku skarżący nie mogą pogodzić się z odmową spełnienia świadczenia, wskazując, że choroba na którą zachorowali jest ich zdaniem „poważnym zachorowaniem”. Funkcjonujące na rynku ubezpieczenia przewidują jednak ograniczenie odpowiedzialności z tego tytułu tylko do tych kilku lub kilkunastu schorzeń, które zostały enumeratywnie wskazane w treści wzorca umownego,

²⁷ RU/WSI/G/526/PA/12.

jako odpowiadające definicji „poważnego zachorowania” w rozumieniu zawartej umowy. Są to zaś na ogół takie zachorowania, jak zawał serca, udar mózgu, złośliwa choroba nowotworowa czy niewydolność nerek.

3. Składki ubezpieczeniowe i okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej

Kolejna grupa skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych obejmuje problematykę związaną ze składkami ubezpieczeniowymi oraz okresem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W przedmiocie odmów zwrotu składki ubezpieczeniowej za okres po spłacie kredytu lub po zajściu zdarzenia powodującego zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej (np. ustanowieniu wpisu do hipoteki) – niegdyś notorycznych – nastąpiła zdecydowana poprawa, wynikająca w znacznej mierze z przyjęcia przez ZPB kolejnych rekomendacji. Do Rzecznika zgłaszane są natomiast problemy dotyczące wysokości zwracanych przez ubezpieczycieli składek, zdaniem bowiem osób skarżących kwoty te są w niektórych przypadkach zaniżone. Dodać zaś należy, iż składka z tytułu umowy ubezpieczenia pobierana jest na ogół z góry za cały okres ubezpieczenia, znacznie rzadziej jest opłacana w miesięcznych lub innych ratach.

Część ubezpieczycieli rzeczywiście stosuje zasady obliczania wysokości składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi w sposób niezgodny z art. 813 § 1 k.c. Przepis ten w sposób jednoznaczny przewiduje, że składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, zwrot składki przysługuje za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Ustawodawca zdecydował więc, że wysokość podlegającej zwrotowi składki nie może być ustalana według innych kryteriów niż odnoszące się do okresu ochrony. Mimo to, w umowach ubezpieczenia grupowego na życie spotkać można klauzule, wedle których zwracana składka jest wyliczana na podstawie wskazanego wzoru matematycznego, który uwzględnia nie tylko okres niewykorzystanej ochrony, ale też procentową wartość malejącego w czasie zadłużenia, z którym skorelowana jest suma ubezpieczenia. Ubezpieczyciele motywują to tym, że z czasem maleje poziom ryzyka związanego z umową ubezpieczenia, bowiem zadłużenie, a za nim suma ubezpieczenia, co miesiąc maleje. Musi to więc ich zdaniem znaleźć odzwierciedlenie w koszcie miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, który na początku umowy jest najwyższy, a potem stopniowo się zmniejsza.

Wskazana argumentacja, jakkolwiek odnosząca się do specyfiki ubezpieczeń grupowych, nie zmienia jednak faktu, że art. 813 § 1 k.c. jest przepisem bezwzględnie obowiązującym, mającym zastosowanie także w modelu *bancassurance*. Zawarta w tym przepisie norma nie przewiduje natomiast w żadnej mierze możliwości wyliczania zwrotu składki w oparciu o poziom ryzyka czy sumę ubezpieczenia, a więc przesłanki inne niż okres ochrony ubezpieczeniowej. O ile zaś suma ubezpieczenia może w świetle zawartej umowy zmniejszać się w czasie, dzięki jej powiązaniu ze stanem zadłużenia wynikającym z umowy kredytu lub pożyczki, o tyle ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego dotyczy już samego przedmiotu ubezpieczenia. Prawdopodobieństwo zaś wystąpienia takich zdarzeń, jak zgon, poważne zachorowanie czy całkowita niezdolność do pracy, na ogół nie maleje, lecz rośnie w czasie wraz z wiekiem osoby ubezpieczonej. Omawiając wskazane zagadnienie nie można pominąć też tego, że wysokość prowizji należnej dla banku na podstawie umowy zawartej z zakładem ubezpieczeń, uzależniona jest często nie tylko od łącznej wysokości składki sfinansowanej przez ubezpieczonych, ale także od poziomu zwrotów tej składki, do dokonania których zmuszony był ubezpieczyciel w związku z wcześniejszym zakończeniem stosunku ubezpieczenia.²⁸

Skargi kierowane do Rzecznika dotyczą ponadto sposobu wyliczania i pobierania składki za okres, w którym stosowana była karencja w udzielanej ochronie ubezpieczeniowej. Inny problem dotyczy przypadków nieuprawnionego pobierania składki po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. W niektórych sytuacjach praktyka taka może wprowadzać w błąd osobę ubezpieczoną, poprzez utwierdzenie jej w przekonaniu, że ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal.

Przykład. Posiadacz karty kredytowej został objęty ubezpieczeniem na wypadek śmierci, poważnego zachorowania i trwałej niezdolności do pracy oraz ubezpieczeniem NNW. W 2008 r. zachorował, w związku z czym dokonał zgłoszenia tego faktu ubezpieczycielowi, który na początku 2009 r. wypłacił świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na rzecz uposażonego, czyli banku. Przez kolejne miesiące bank potrącał składkę ze środków na rachunku bankowym na dotychczasowych zasadach. W marcu 2011 r. ubezpieczony zmarł, o czym jego żona zawiadomiła bank, ten zaś wskazał na konieczność poinformowania o tym fakcie ubezpieczyciela, co też uczyniła. Pomimo to otrzymała z banku wezwanie do spłaty zadłużenia wraz z informacją, że wszczęte zostały czynności windykacyjne. Bank zaznaczył ponadto w uwagach do kolejnego miesięcznego zestawienia transakcji, że „ochrona ubezpieczeniowa w zakresie opcji 1 i opcji 2 wygasła, zgodnie

²⁸ Np. RU/WSI/G/4893/WK/12 oraz RU/WSI/G/585/MAR/12.

z warunkami ubezpieczenia”. Natomiast zakład ubezpieczeń – dopiero po dwóch miesiącach – poinformował lakonicznie o odmowie uznania roszczenia. W odpowiedzi zaś na skierowane do niego przez wdowę odwołanie wyjaśnił, iż zgodnie z warunkami ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa w dniu zgonu ubezpieczonego lub w dniu stwierdzenia u niego poważnego zachorowania, co w niniejszym przypadku miało miejsce w 2008 r. Zakład ubezpieczeń dodał ponadto, że składka ubezpieczeniowa naliczona po wystąpieniu u ubezpieczonego poważnego zachorowania została pobrana niesłusznie, jednak nie ma on wpływu na działania podejmowane przez bank.²⁹

Z problemem składek ubezpieczeniowych związana jest też kwestia okresu obowiązywania danego ubezpieczenia. W wielu skargach zwracana jest uwaga na brak związku pomiędzy długością trwania umowy kredytu lub pożyczki, której zabezpieczeniem ma być ubezpieczenie grupowe, a okresem ochrony ubezpieczeniowej przewidzianym w umowie ubezpieczenia, do której przystąpienia klient jest zmuszony. Jeżeli bowiem umowa kredytu przewidziana jest na okres kilkadziesiąt miesięcy, a w przypadku kredytów hipotecznych nawet na 30-40 lat, to już umowa ubezpieczenia – czy to na życie czy z tytułu utraty pracy lub inwalidztwa – zawierana jest bardzo często na okres zdecydowanie krótszy, np. na 12 miesięcy albo na 3-4 lata, gdy dotyczy to kredytu hipotecznego. Przypadki te są dodatkowym argumentem na potwierdzenie tezy, iż podstawowym celem takiego ubezpieczenia nie jest wcale zabezpieczenie wiarygodności banku, lecz obciążenie kredytobiorcy dodatkowym kosztem, w celu podziału tak osiągniętego zysku pomiędzy bank i zakład ubezpieczeń. Paradoksalnie przy tym większa część składki przypada na ogół bankowi, a nie ubezpieczycielowi, co z kolei pokazuje, ile tak naprawdę warta jest ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z umowy, do której przystąpić musiał konsument. Koszt ubezpieczenia w kanale *bancassurance* jest bowiem często nieadekwatny do faktycznie udzielonej ochrony, a jednocześnie wyższy niż dostępne na rynku ubezpieczenia indywidualne.

4. Likwidacja szkód

Kolejna grupa skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczy nieprawidłowości towarzyszących likwidacji szkody. W wielu przypadkach problemy zaczynają się już na etapie zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczeni lub ich najbliżsi, jeśli chodzi o ubezpieczenie na życie,

²⁹ RU/WSI/G/4098/PA/12.

kontaktują się w tej sprawie na ogół z bankiem, który jest zarówno ubezpieczającym, jak i uposażonym. Nierzadko bank zachowuje się w sposób opieszwały i zwleka z przekazaniem informacji do ubezpieczyciela. Jednocześnie na ogół podejmuje czynności związane z ustaleniem kręgu spadkobierców odpowiadających za długi spadkowe oraz czynności windykacyjne. W niektórych sprawach osoby zainteresowane, które zgłosiły zdarzenie bankowi, w ogóle nie były informowane o przebiegu postępowania, przyczynach jego wydłużenia, ani też o zajęciu przez zakład ubezpieczeń stanowiska odmownego.

Przykład. Konkubina kredytobiorcy, objętego ochroną ubezpieczeniową w razie zgonu, zawiadomiła bank o jego śmierci, po czym przez półtora roku nie otrzymała żadnej korespondencji w tej sprawie. Po upływie tego czasu bank przesłał jej wezwanie do zapłaty długu. Gdy w związku z tym kobieta udała się do oddziału banku, dowiedziała się od jednego z pracowników, że ubezpieczyciel nie uznał roszczenia.³⁰

W jednej z umów grupowych przewidziano, niezgodnie z powszechnie obowiązującym prawem, że świadczenia z ubezpieczenia są wypłacane jedynie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego przez uprawnionego z umowy (czyli instytucję udzielającą pożyczki), do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W konsekwencji zdarzały się przypadki, gdy podmiot ten, otrzymawszy zawiadomienie o zgonie od rodziny zmarłego, uznawał że przekazana dokumentacja jest niewystarczająca i w związku z tym przez wiele miesięcy nie zgłaszał szkody zakładowi ubezpieczeń. Tak więc to sam ubezpieczający *de facto* prowadził czynności likwidacyjne, arbitralnie decydując, czy przedłożone przez spadkobierców ubezpieczonego dokumenty wystarczą do zajęcia stanowiska w sprawie roszczeń wynikających z umowy. Jak przy tym widać z opisanych przypadków, podmiot ten nie był zbyt zainteresowany dochodzeniem roszczenia od ubezpieczyciela – wchodzącego w skład tej samej grupy kapitałowej co on, mógł bowiem żądać spłaty zobowiązania bezpośrednio od spadkobierców zmarłego klienta. Tymczasem w świetle Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej zawiadomienie o wypadku może zgłosić nie tylko ubezpieczający czy uprawniony z umowy ubezpieczenia, lecz także ubezpieczony lub inna osoba, a podjęcie postępowania likwidacyjnego jest obowiązkiem zakładu ubezpieczeń niezależnym od tego, czy zgłaszający już na tym etapie dołączył jakiegokolwiek dokumenty. Ubezpieczyciel powinien natomiast w ciągu 7 dni poinformować osobę występującą z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne

³⁰ RU/WSI/G/554/MAR/12.

do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.³¹

Podstawową jednak kwestią, na którą skarżą się osoby kierujące swoje sprawy do Rzecznika Ubezpieczonych, jest opieszałość w likwidacji szkody. Zakłady ubezpieczeń przedłużające się postępowanie tłumaczą na ogół niezłożeniem wystarczających dokumentów przez bank lub rodzinę zmarłego lub też brak odpowiedzi ze strony placówek medycznych, Policji czy prokuratury, przy czym nierzadko po wysłaniu jednego pisma do takiej instytucji przez następne miesiące ubezpieczyciel nie podejmuje żadnych kroków. Zdarza się, że nieterminowość tłumaczona jest przeoczeniem lub błędem pracownika. W sprawach, w których Rzecznik podejmował interwencję, opieszałość zakładu ubezpieczeń powodowała nieuzasadnione wydłużenie postępowania likwidacyjnego o kilka a nawet kilkanaście miesięcy (!).

Przykład. Do śmierci kredytobiorcy doszło w lipcu 2010 r. Sekcja zwłok wykazała, że zgon nastąpił z przyczyn naturalnych (zapalenie płuc), w związku z czym śledztwo w tej sprawie zostało wkrótce umorzono. O śmierci męża wdowa poinformowała bank, ten z kolei – w sierpniu 2010 r. – zawiadomił zakład ubezpieczeń, gdyż zmarły był objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek zgonu. Wedle uzyskanej przez Rzecznika korespondencji postępowanie likwidacyjne przebiegało w sposób następujący. W odpowiedzi na zgłoszenie szkody ubezpieczyciel zażądał od banku wypełnionego formularza pt. „wniosek o wypłatę świadczenia”, wszelkiej dokumentacji medycznej, którą posiada rodzina ubezpieczonego, nazw placówek, w których się leczył, a także dokumentacji dotyczącej przyczyny zgonu (np. kopia protokołu z policji lub prokuratury), *„jeżeli zgon był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem”*. W połowie września 2010 r. zakład ubezpieczeń ponowił swoją prośbę. Pod koniec tego miesiąca bank wystąpił do rodziny zmarłego o dostarczenie wskazanych dokumentów. Tydzień później ubezpieczyciel poinformował bank o *„podjęciu decyzji o wstrzymaniu wypłaty zgłoszonego roszczenia do dnia otrzymania żądanych dokumentów”*, wskazując, że zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia uposażony zobowiązany jest złożyć w siedzibie ubezpieczyciela dokumenty wymagane do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia. W związku z ich brakiem zakład ubezpieczeń zaznaczył, że *„jest zmuszony zakończyć rozpatrywanie roszczenia bez podjęcia ostatecznej decyzji”*, jednak *„otrzymanie wniosku o ponowne rozpatrzenie roszczenia wraz z powyżej wspomnianą dokumentacją, pozwoli na wznowienie rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia”*. Na początku listopada 2010 r. ubezpieczyciel poinformował bank,

³¹ RU/WSI/G/3679/WK/12.

że wystąpił do oddziału NFZ o podanie informacji koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia. Po upływie dalszego miesiąca przesłano kolejne pismo informujące o wystąpieniu do placówki medycznej, w której miał leczyć się ubezpieczony. Pismem datowanym na połowę lutego 2011 r. ubezpieczyciel zawiadomił bank, że w celu uzyskania dokumentacji wystąpił do prokuratury oraz NFZ (monit). W lipcu 2011 r. pełnomocnik wdowy wezwał bank do niezwłocznego udzielenia informacji dotyczących przyczyn przewlekłości postępowania o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, brak bowiem racjonalnych przesłanek uzasadniających tak długie rozpoznawanie wniosku. W odpowiedzi udzielonej we wrześniu 2011 r. bank „przypomniał”, że w listopadzie 2010 r. przekazał wdowie informację otrzymaną od ubezpieczyciela w sprawie likwidacji roszczenia. Jednocześnie wskazał na istniejące wciąż zadłużenie wynikające z umów kredytowych wraz z naliczonymi kosztami windykacji. W październiku 2011 r. pełnomocnik ponownie wystąpił do banku w sprawie przewlekłości postępowania likwidacyjnego. Bank zadeklarował, że ostatecznej odpowiedzi udzieli w przeciągu kolejnych 3 tygodni, gdyż „z uwagi na złożoność powołanego zagadnienia oraz w celu dokładnego zbadania poruszonego problemu, termin rozpatrzenia sprawy musi ulec przedłużeniu”. W związku z brakiem odpowiedzi w lutym 2012 r. złożono skargę do Rzecznika Ubezpieczonych. W udzielonej po wymaganym prawem terminie odpowiedzi zakład ubezpieczeń poinformował Rzecznika, że należna kwota świadczenia została wypłacona uposażonemu, czyli bankowi, a „ostatni dokument, który pozwolił na podjęcie decyzji w przedmiotowej sprawie wpłynął do Towarzystwa 30.04.2012 r.”³²

Skarżący kwestionują ponadto samą treść przesyłanych im przez zakład ubezpieczeń pism, a w szczególności stanowiska odmawiającego spełnienia roszczenia. Często są one niezwykle skrótowe, nie przywołuje się w nich podstawy prawnej odmowy, a jeszcze częściej nie wskazuje na okoliczności faktyczne, które uzasadniają odmowę spełnienia świadczenia. Czasem wręcz robią one wrażenie niechlujnych. Zdarza się, że pismo informujące o odmowie spełnienia roszczenia, które może opiewać na kwotę kilkuset tysięcy złotych, zawiera samo przytoczenie klauzuli umownej, która ma dawać taką możliwość ubezpieczycielowi. W jednej ze spraw w uzasadnieniu odmowy przywołano ogólne warunki ubezpieczenia, które w tytule mają aktualną nazwę ubezpieczającego banku, w dacie jednak przystępowania do ubezpieczenia bank miał zupełnie inną nazwę, co dowodzi temu, że likwidacja szkody została oparta na brzmieniu wzorca umownego, który nie miał zastosowania w sprawie. Treść wielu pism wskazuje więc na nieuprawniony automatyzm w rozpatrywaniu roszczenia

³² RU/WSI/G/2154/AG/12.

i prowadzenie postępowania likwidacyjnego bez uwzględniania indywidualnych okoliczności sprawy.

Przykład. Ubezpieczyciel zajął stanowisko odmowne, uzasadniając to w sposób niezmiernie lakoniczny: „Zgon Pana (...) był spowodowany chorobą, której objawy i leczenie występowały w okresie 12 miesięcy przed datą przystąpienia do ubezpieczenia. Mając na uwadze powyższe, nie znajdujemy podstaw do wypłaty świadczenia”. Gdy na skutek skargi Rzecznik wystąpił o wskazanie konkretnych okoliczności faktycznych i prawnych potwierdzających prawidłowość zajętogo stanowiska, ubezpieczyciel równie krótko co poprzednio odpowiedział, że po ponownym rozpatrzeniu sprawy podjęta została decyzja o uznaniu roszczenia.³³

Kolejny problem jest związany ze statusem członków najbliższej rodziny zmarłego ubezpieczonego w postępowaniu likwidacyjnym. Poszczególni ubezpieczyciele oraz banki traktują te osoby w sposób zupełnie odmienny, niektórzy odmawiają wręcz przekazywania jakichkolwiek informacji o przebiegu postępowania, tłumacząc to tajemnicą ubezpieczeniową lub bankową. Zdarza się, że zakład ubezpieczeń wprowadza adresuje swoje stanowisko (odmowne) do członka rodziny zmarłego, który zgłosił zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, lecz na dalszych etapach odmawia tej osobie jakichkolwiek uprawnień, podnosząc, że nie jest ona stroną umowy ubezpieczenia.

Przykład. Przyczyną zgonu kredytobiorcy, objętego grupowym ubezpieczeniem na życie, był udar mózgu. Ubezpieczony przez 9 lat przed śmiercią był rencistą, uznanym za całkowicie niezdolnego do pracy w związku z przebytą operacją wymiany zastawki serca. Ubezpieczający wiedział o tym fakcie, gdyż przed zawarciem umowy kredytu przedłożono mu decyzję rentową. Zawiadomiony o zgonie ubezpieczyciel zajął stanowisko odmowne. W piśmie adresowanym do wdowy powołał się na brzmienie umowy, zgodnie z którą zdarzenie ubezpieczeniowe to zdarzenie, którego bezpośrednio lub pośrednio przyczyny powstały w okresie ubezpieczenia. Nie wyjaśnił przy tym, dlaczego uważa, że przyczyna śmierci, czyli udar mózgu, do którego doszło pół roku po zawarciu umowy kredytu, nie powstała w okresie ubezpieczenia. Wdowa skierowała do zakładu ubezpieczeń odwołanie, w którym podniosła m.in., że pomiędzy udarem mózgu a wykonaną przed laty operacją zastawki serca brak jest związku przyczynowo-skutkowego. W odpowiedzi ubezpieczyciel odmówił rozpatrzenia odwołania, wskazując, że jedynym podmiotem, któremu przysługuje w niniejszej sprawie roszczenie jest ubezpieczający, czyli bank, uprawniony do odbioru

³³ RU/WSI/G/425/MAR/12.

świadczenia zgodnie z zawartą umową. Wdowie zaś po ubezpieczonym roszczenie nie przysługuje i nie jest ona podmiotem stosunku ubezpieczenia.³⁴

5. Proces związany z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Następna grupa skarg dotyczy nieprawidłowości przy samym zawieraniu umowy ubezpieczenia, a właściwe – ze względu na to, iż w *bancassurance* dominuje model ubezpieczenia grupowego – przystępowaniu w charakterze ubezpieczonego do już zawartej umowy ubezpieczenia, z czym oczywiście wiąże się obowiązek sfinansowania składki ubezpieczeniowej. Nagminne jest podnoszenie przez skarżących, iż kredytobiorca nie miał faktycznej możliwości zapoznania się dokumentem określającym warunki ubezpieczenia, najczęściej dlatego, że nie wręczono mu przed podpisaniem stosownego oświadczenia ogólnych warunków ubezpieczenia lub innego wzorca umownego określającego prawa i obowiązki ubezpieczonego, przekazując mu je już po fakcie, albo w ogóle pomijając spełnienie tego obowiązku. Wskazuje się też na obszerność i niezrozumiały język poszczególnych dokumentów, a także na ich drobny druk, szczególnie w odniesieniu do treści oświadczeń, które towarzyszą zawarciu umowy z bankiem. Małżonkowie zmarłych kredytobiorców podnoszą też czasem, iż nikt nie pytał ich o zgodę na zawarcie umowy z bankiem, a już po śmierci męża lub żony okazuje się, że muszą spłacić na rzecz banku dług, ponieważ zobowiązanie to było źle zabezpieczone umową grupowego ubezpieczenia na życie, o warunkach zupełnie nieadekwatnych do indywidualnej sytuacji osoby ubezpieczonej, a zwłaszcza do jego złego stanu zdrowia.

Kolejnym problemem, jaki wyłania się z otrzymanych przez Rzecznika skarg, jest niewystarczające informowanie klienta przez pracowników banku lub innych jego przedstawicieli o oferowanym mu ubezpieczeniu – czy jest ono wymogiem uzyskania kredytu lub pożyczki, na jakich warunkach klient będzie mógł wziąć kredyt, jeśli nie zdecyduje się na opłatę składki ubezpieczeniowej, czy bank akceptuje samodzielnie zawarte przez konsumenta ubezpieczenie indywidualne, a wreszcie – w jaki sposób oferowane mu ubezpieczenie chroni jego interes i w jakim zakresie stanowi rzeczywiste zabezpieczenie spłaty jego zobowiązania wobec banku. W szczególności zaś, jaki zakres ochrony – uwzględniając przewidziane w umowie wyłączenia i prawo ubezpieczyciela do regresu, a także osobistą sytuację klienta (przede wszystkim wiek i stan zdrowia) – będzie mu faktycznie przysługiwał w związku z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego.

³⁴ RU/WSI/G/9934/PA/12.

Działania banku nie powinny prowadzić do zniekształcenia zachowań konsumentów poprzez ich dezinformowanie, niedoinformowanie lub niezapewnienie warunków do spokojnego zapoznania się z treścią umowy i wzorców umownych oraz brzmieniem oświadczeń, które mają oni podpisać. Szczególnie osoby starsze mogą być w wielu sytuacjach przytłoczone zalewem docierających do nich informacji, w związku z czym trudno im podejmować racjonalne decyzje konsumenckie i wymagać od swojego kontrahenta dopełnienia ciężących na nim z mocy prawa obowiązków. Nierzadko osoby te w ogóle nie czytają zawieranych przez siebie umów, czy to ze względu na użycie niezrozumiałego dla nich języka, czy to z powodu drobnego druku i obszerności przedkładanych im dokumentów. Częstym tego powodem jest też okazywanie zbyt dużego zaufania do innych osób, a szczególnie do pracowników takich przedsiębiorstw, jak banki czy zakłady ubezpieczeń, które w poprzednim ustroju były wyłącznie instytucjami państwowymi.

Przykład 1. Pożyczkobiorca zmarł po miesiącu od przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie. Przyczyną wyjściową zgonu była uogólniona miażdżyca, zaś przyczyną bezpośrednią – niewydolność krążeniowo-oddechowa. Zakład ubezpieczeń odmówił przyjęcia odpowiedzialności, gdyż ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia podpisał oświadczenie, iż nie chorował na przewlekłe, zagrażające życiu choroby, w tym choroby układu krążenia. Ze zgromadzonej dokumentacji medycznej wynika natomiast, że miażdżyca została u niego rozpoznana przed tą datą. Skarżący podniósł, że ubezpieczyciel świadomie przyjął deklarację niezgodną z rzeczywistością. Zmarły był bowiem osobą bez nóg i poruszał się na wózku inwalidzkim. Pracownicy oddziału mieli więc świadomość niepełnosprawności klienta, a mimo to przyjęli od niego oświadczenie, że jest osobą zdrową. Co więcej, pożyczkobiorca nie był w stanie wejść do biura pożyczkodawcy, więc wszelkie czynności formalne były załatwiane z nim na zewnątrz budynku. W takich zaś warunkach osobie starszej i niepełnosprawnej trudno było działać z pełną świadomością dokonywanych czynności.³⁵

Przykład 2. Klientka banku zawarła umowę o wydanie karty kredytowej, zawierającą oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową na podstawie „umów Grupowego Ubezpieczenia Użytkowników Kart Kredytowych”. Dokument ten nie wyjaśnia, o jakie dokładnie umowy chodzi i ile ich jest. W momencie składania oświadczenia stan zdrowia kobiety był na tyle zły – występował u niej bowiem niedowład prawostronny związany z doznaniem dwóch udarów – że nie mogła ona nawet złożyć podpisu na umowie. Stąd też zawarcie umowy zostało potwierdzone tuszowym odciskiem palca. *Nota bene*

³⁵ RU/WSI/G/7897/WK/12.

uczyniono to w sposób nieprawidłowy, bowiem zgodnie z art. 79 k.c. obok tego odcisku inna osoba powinna wpisać jej imię i nazwisko oraz umieścić własny podpis, czego nie uczyniono. Mimo widocznego gołym okiem stanu zdrowia klientki pracownica instytucji finansowej zaproponowała ubezpieczenie kredytu na wypadek jej śmierci, nie informując o warunkach tej umowy. Jakiś czas później ubezpieczona zmarła po przejściu kolejnego udaru mózgu. Ubezpieczyciel odmówił spełnienia świadczenia, powołując się na to, że przyczyną zgonu było schorzenie istniejące w chwili przystąpienia do ubezpieczenia.³⁶

Kolejnym problemem jest brak odpowiednich informacji o warunkach ubezpieczenia, do którego przystępuje klient, w tym powoływanie się w treści umowy kredytu na ogólne warunki ubezpieczenia bez podania danych umożliwiających ich identyfikację. Z lektury umowy kredytu, która zawiera oświadczenie o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia, bądź też z odrębnej deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, może bowiem nie wynikać, do jakiej umowy ubezpieczony faktycznie przystąpił oraz jaki wzorzec umowy ma do niej zastosowanie, a więc jakie tak naprawdę są jego prawa i obowiązki.

Przykład 1. Spadkobierca zażądał od zakładu ubezpieczeń przedłożenia kopii dokumentów, z których wynikałoby do jakiej dokładnie umowy przystąpił zmarły ubezpieczony, a także udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego. W odpowiedzi ubezpieczyciel przedstawił podpisany przez ubezpieczonego dokument o nazwie „Deklaracja zgody”, zawierający oświadczenie: *„Po zapoznaniu się z Warunkami grupowego ubezpieczenia (WU), oświadczam, że zgadzam się na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową przez TUnŻ X. S.A. ochroną ubezpieczeniową na podstawie UMOWY w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu lub trwałej i całkowitej niezdolności do zarobkowania”*, a także dokument oznaczony jako „Warunki grupowego ubezpieczenia”, na którym brak jest jakiegokolwiek daty jego przyjęcia lub obowiązywania, podpisów czy paraf, a także tego, do której konkretnie umowy ubezpieczenia się odnosi. Warunki te posiadają jedynie dodatkowe oznaczenie jako *„Wyciąg z Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu lub trwałej i całkowitej niezdolności do zarobkowania klientów X Bank SA”*. W oparciu o powyższe dokumenty nie sposób więc ustalić, że klient przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego regulowanej za pomocą tego właśnie wzorca umownego.³⁷

³⁶ RU/WSI/G/10509/PA/12.

³⁷ RU/WSI/G/628/MAR/12.

Przykład 2. Ubezpieczony w toku zawierania umowy kredytu złożył podpis pod następującym oświadczeniem: „Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy (ów) ubezpieczenia zawartej (ych) na mój rachunek (jako Ubezpieczonego) przez X SA (jako Ubezpieczającego) z TUnŻ Y SA/TUiR Y SA (jako ubezpieczycielem) w oparciu o warunki ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem”. W toku postępowania skargowego podniesiono, że deklaracja taka nie jest dowodem na to, do jakiego ubezpieczenia przystąpił klient i jakie są jego warunki oraz jaki wzorzec umowny został mu przekazany. Tym bardziej, iż ubezpieczyciel sam przyznał, że na ówczesną chwilę miał z tą instytucją finansową zawarte trzy różne umowy ubezpieczenia, a podmiot ten zgłosił zakładowi ubezpieczeń swojego klienta do jednej z nich.³⁸

Podsumowanie

Przedstawiona powyżej analiza skarg wniesionych do Rzecznika Ubezpieczonych w ostatnich miesiącach dowodzi, że kwestie związane z *bancassurance* w dalszym ciągu przysparzają konsumentom wielu problemów, a ubezpieczenia oferowane konsumentom za pośrednictwem banków i innych zbliżonych podmiotów zdecydowanie zbyt często nie spełniają przewidzianych dla nich funkcji. Uwzględniając ten fakt Rzecznik podtrzymuje swój postulat dotyczący konieczności uregulowania w niezbędnym zakresie tak specyficznego kanału dystrybucji sprzedaży ubezpieczeń, jakim jest *bancassurance*. W pełni popieramy zatem zapowiedziane przez Komisję Nadzoru Finansowego wydanie rekomendacji dotyczącej dobrych praktyk ostrożnego i stabilnego zarządzania bankami w zakresie funkcjonowania segmentu *bancassurance*. Jest to z pewnością krok we właściwym kierunku, który przynajmniej częściowo pozwoli na sanację nieprawidłowych praktyk, do których dochodzi na styku współpracy biznesowej pomiędzy bankami i zakładami ubezpieczeń, ze szkodą dla konsumentów.

Należy wszakże mieć na względzie pewne ograniczenia związane z istotą rekomendacji wydawanych przez Komisję Nadzoru Finansowego. Dotyczą one zarówno charakteru prawnego rekomendacji, które nie są aktami normatywnymi o charakterze powszechnie obowiązującym, jak i zakresu podmiotowego, ponieważ skierowane są one wyłącznie do podlegających polskiemu nadzorowi banków, względem zaś pozostałych podmiotów, w tym również zakładów ubezpieczeń, mogą one być traktowane co najwyżej jako niewiążące

³⁸ RU/WSI/G/4597/MAR/12.

wytyczne. Dlatego celem wyeliminowania wszelkich patologii nieodzowne wydaje się podjęcie prac legislacyjnych nad zmianami w obowiązujących przepisach prawa, które na chwilę obecną w niedostatecznym stopniu regulują *bancassurance*.

Uważamy, że podstawowym problemem modelu *bancassurance* w polskich realiach jest łączenie przez banki (lub inne podmioty tego segmentu) ról pośrednika ubezpieczeniowego i ubezpieczającego. Bank powinien jednoznacznie informować, czy jest pośrednikiem działającym w interesie zakładu ubezpieczeń, czy też ubezpieczającym, który z tego tytułu nie pobiera żadnych prowizji i nie jest w związku z tym narażony na konflikt interesów. Nie jest bowiem do pogodzenia łączenie ról ubezpieczającego i pośrednika w sytuacji, gdy bank jako kontrahent i partner biznesowy zakładu ubezpieczeń zarabia tym więcej, im mniej na to ubezpieczenie wyda ubezpieczyciel (klauzula *no claims bonus*). Niekiedy również bank jest powiązany z zakładem ubezpieczeń kapitałowo, a nawet pozostaje z nim w jednej grupie kapitałowej. W takim przypadku bank jest więc żywotnie zainteresowany tak naprawdę tym, by ubezpieczony przystąpił do umowy ubezpieczenia na jak najgorszych warunkach (w relacji cena-jakość), a w razie zgłoszenia przez niego lub jego spadkobierców roszczeń – by roszczenie zostało oddalone, względnie by wypłacono jak najniższe świadczenie. To bowiem wygeneruje dla banku największe zyski i nie będzie stało na przeszkodzie w podjęciu windykacji (w razie potrzeby również egzekucji) z majątku dłużnika, jeżeli zaś kredyt jest zabezpieczony hipoteką, zastawem czy przewłaszczeniem – bank będzie mógł zaspokoić się na tej podstawie.

Koniecznym jest ponadto zapewnienie nieograniczonej swobody wyboru przez klienta ubezpieczyciela, z którego oferty chce skorzystać. Jeżeli konieczność posiadania ochrony ubezpieczeniowej przez klienta jest rzeczywiście motywowana chęcią zabezpieczenia wiarygodności przysługującej bankowi, nie ma znaczenia, który z ubezpieczycieli ponosił będzie ryzyko z tym związane, jeżeli tylko konsument spełni podstawowe i uczciwe wymogi formalne dotyczące przedmiotu i zakresu ubezpieczenia oraz cesji praw do odszkodowania. Takie rozwiązanie zapewni konkurencyjność na tym rynku i spowoduje, że umowy ubezpieczenia oferowane za pośrednictwem banków będą musiały być atrakcyjne, tak by parametrami ceny i jakości dorównywały ubezpieczeniom indywidualnym, a nawet z nimi wygrywały, dzięki upustom wynegocjowanym przez banki dla swoich klientów. Taka jest zresztą obecnie logika funkcjonowania ubezpieczeń grupowych poza segmentem *bancassurance*, nie ma zatem powodu by i tutaj nie stworzyć warunków dla podobnych mechanizmów.

Banki i zakłady ubezpieczeń powinny zostać zobowiązane do zapewnienia, by oferowany klientowi produkt miał przynajmniej w podstawowym stopniu pokrycie w jego indywidualnej sytuacji. Niedopuszczalne jest kreowanie po stronie kredytobiorców przekonania, że dany produkt ubezpieczeniowy jest dopasowany do ich potrzeb i w razie potrzeby zapewni spłatę zadłużenia, jeżeli jego przedmiot, zakres ochrony czy wyłączenia odpowiedzialności powodują, że dany klient faktycznie otrzymuje iluzoryczną jedynie ochronę ubezpieczeniową.

Wprowadzony winien być mechanizm, dzięki któremu ubezpieczenie wymagane przy kredycie czy pożyczce, finansowane w całości przez klienta, przestanie być zawołowaną formą obejścia przepisów antylichwiarskich o maksymalnym poziomie odsetek, opłat, prowizji i kosztów związanych z zawarciem umowy z bankiem.

Należy również zapewnić spełnienie przez banki wysokich standardów informacyjnych wobec konsumentów. Potrzebna jest pełna jawność i transparentność w obszarze ryzyka ponoszonego przez klienta, a także w zakresie kosztów składki i zakresu ochrony. Konsument musi mieć zapewnioną rzeczywistą możliwość zapoznania się z treścią umowy i to jeszcze przed podjęciem decyzji w tej sprawie. Ważnym aspektem spełnienia obowiązku informacyjnego przez bank powinno być przekazanie klientowi precyzyjnych zasad występowania z roszczeniem regresowym. Regres nie powinien być możliwy w sytuacjach, kiedy to ochronę ubezpieczeniową w związku z ryzykiem braku spłaty kredytu finansował sam kredytobiorca.

Ubezpieczony, jak i jego spadkobiercy, powinni mieć możliwość samodzielnego zgłoszenia wypadku ubezpieczycielowi, jak również dostęp do dokumentacji związanej z realizacją umowy ubezpieczenia, która ma wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela i wysokość należnego świadczenia. Banki winny zapewnić klientom pomoc w realizacji umowy ubezpieczenia, w szczególności poprzez aktywny udział w procesie rozpatrywania roszczeń, a w razie potrzeby analizę zasadności stanowiska końcowego ubezpieczyciela i ewentualne złożenie odwołania. W razie zaś odmowy przyjęcia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela, bank na żądanie tych osób powinien cedować prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia, jeżeli sam nie zamierza ich dochodzić na drodze sądowej.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych rekomendacja w pierwszej kolejności powinna mieć za zadanie wprowadzenie dla banków takich standardów działania, które w efekcie zapewnią zgodność funkcjonowania kanału *bancassurance* z przepisami kodeksu cywilnego (w tym również w zakresie takich klauzul generalnych, jak dobre obyczaje, zasady współżycia społecznego i społeczno-gospodarczy cel zobowiązania) oraz ustaw o działalności

ubezpieczeniowej, pośrednictwie ubezpieczeniowym, przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i kredycie konsumenckim.

Wydaje się, iż konieczność uzdrowienia opisywanego kanału dystrybucji ubezpieczeń przebija się do świadomości coraz szerszego grona osób i podmiotów, w tym również przedstawicieli rynku bankowego i ubezpieczeniowego. Rzecznik Ubezpieczonych wyraża zatem nadzieję, że za słowami wypowiedzianymi przez reprezentanta środowiska bankowego Krzysztofa Pietraszkiewicza (prezesa Związku Banków Polskich) – *„Chcemy służyć ludziom i rozwiązywać ich problemy. Chcemy, żeby do nas przyszli i mieli poczucie, że zrobili dobry interes”* – pójdą również konkretne czyny. Strategiczny alians bankowo-ubezpieczeniowy musi bowiem być użyteczny społecznie, a konsumenci korzystający z *bancassurance* powinni być traktowani jako równoprawni partnerzy, a nie – jak dotychczas ma to miejsce – dostawcy tanich przychodów dla banków i zakładów ubezpieczeń.

Opracował:

Tomasz Młynarski

główny specjalista w Wydziale Prawnym

Biura Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski