

## SKARGI NA DZIAŁALNOŚĆ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ OBSŁUGIWANE W OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM

Dodatkowe roczne/kwartalne sprawozdanie finansowe i statystyczne zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy (ubezpieczenia na życie)

Za okres sprawozdawczy

Data początkowa – 01.01.2024

Data końcowa – 31.03.2024

Dane zakładu ubezpieczeń:

Pełna nazwa	Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna			
Kod pocztowy	00-854	Miasto:	WARSZAWA	
Ulica	ALEJA JANA PAWŁA II		Nr:	17
Telefon				
E-mai				

Zakres działalności określony w zezwoleniu Ministra Finansów / organu nadzoru:

Grupy ubezpieczeń

grupy 1-5

Zakres prowadzonej działalności bezpośredniej:

Grupy ubezpieczeń

grupy 1-5

Zakres prowadzonej reasekuracji czynnej:

Grupy ubezpieczeń

--

Kod identyfikacyjny produktu ubezpieczeniowego	Nazwa produktu ubezpieczeniowego	Przyporządkowanie produktu ubezpieczeniowego do grup ubezpieczeń	Skargi	Skargi na dany produkt ubezpieczeniowy obsługiwane w okresie sprawozdawczym			Liczba skarg (według przyczyn) rozpatrzonych w okresie sprawozdawczym				
				Liczba skarg	Przyczyna skargi	Liczba skarg według przyczyn	wniesionych przed okresem sprawozdawczym		wniesionych w okresie sprawozdawczym		
							uwzględnionych w całości	oddalonych w całości	uwzględnionych w całości	oddalonych w całości	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
<b>Razem</b>				<b>648</b>		<b>648</b>	<b>31</b>	<b>58</b>	<b>163</b>	<b>264</b>	
1.	GBGUNZ	Grupowe ubezpieczenie na życie	Grupa 1	reklamacja	39	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	11	0	0	1	6
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	28	0	0	9	14
2.	GBGUNZ	Grupowe ubezpieczenie na życie	Grupa 5	reklamacja	318	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	106	6	12	23	38
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	212	15	27	39	90
3.	GBIKG	Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie	Grupa 1	reklamacja	4	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	1	0	0	0	0
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo	1	0	0	0	1

						wartość wykupu ubezpieczenia					
						nieprzekazanie przez zakład należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta	2	0	0	2	0
4.	GBIKG	Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie	Grupa 5	reklamacja	4	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	1	0	0	0	1
wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia						3	0	0	0	2	
5.	GBOCHPREM	Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona Premium	Grupa 1	reklamacja	27	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	6	0	0	1	4
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata świadczenia albo nieterminowa wypłata wykupu ubezpieczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	1	0	0	1	0
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty	20	0	0	7	5

						świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia					
6.	GBOCHPREM	Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona Premium	Grupa 5	reklamacja	144	inne przyczyny	1	0	0	0	0
						całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	45	3	5	13	15
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	98	4	9	26	40
7.	GBPAD	Grupowe ubezpieczenie na życie Pakiet dla Firmy	Grupa 1	reklamacja	2	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	1	0	0	0	0
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	1	0	0	0	1
8.	GBPAD	Grupowe ubezpieczenie na życie Pakiet dla Firmy	Grupa 5	reklamacja	20	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	5	0	1	1	1
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	15	0	1	7	5
9.	INDEND	Ubezpieczenie na Życie i Dożycie	Grupa 1	reklamacja	1	inne przyczyny	1	0	0	1	0
10.	INDEND	Ubezpieczenie na Życie i Dożycie	Grupa 5	reklamacja	1	wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty	1	0	0	0	1

						świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia					
11.	INDFI	Ubezpieczenie Terminowe na Życie Ochrona Dochodu	Grupa 1	reklamacja	1	inne przyczyny	1	0	0	1	0
12.	INDLT	Ubezpieczenie Terminowe na Życie	Grupa 1	reklamacja	6	inne przyczyny	5	0	0	3	2
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata świadczenia albo nieterminowa wypłata wykupu ubezpieczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	1	0	0	1	0
13.	INDLT	Ubezpieczenie Terminowe na Życie	Grupa 5	reklamacja	14	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	11	1	1	3	5
						wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	3	0	0	0	2
14.	INDRIE	Ubezpieczenie na Życie z Gwarantowaną Emeryturą	Grupa 4	reklamacja	5	inne przyczyny	4	0	0	4	0
						całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	1	0	0	0	0
15.	INDRIE	Ubezpieczenie na Życie z Gwarantowaną Emeryturą	Grupa 5	reklamacja	8	całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu	8	1	0	0	6
16.	INDVWL	Ubezpieczenie na Całe Życie z Ubezpieczeniowym	Grupa 3	reklamacja	2	inne przyczyny	2	0	0	2	0

		Funduszem Kapitałowym									
17.	INDVWL	Ubezpieczenie na Całe Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym	Grupa 5	reklamacja	1	wysokość wyłaconego albo przewidzianego do wyłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	1	0	0	0	1
18	INDWLMOD	Ubezpieczenie na Całe Życie	Grupa 1	reklamacja	8	inne przyczyny	8	0	0	8	0
19.	INDWLMOD	Ubezpieczenie na Całe Życie	Grupa 5	reklamacja	11	całkowita odmowa wyłaty świadczenia albo wykupu	9	1	2	2	3
						wysokość wyłaconego albo przewidzianego do wyłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	2	0	0	1	1
20.	GBGUNZ	Grupowe ubezpieczenie na życie	Grupa 5	skarga niebędąca reklamacją	5	całkowita odmowa wyłaty świadczenia albo wykupu	3	0	0	0	2
						wysokość wyłaconego albo przewidzianego do wyłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	2	0	0	0	1
21.	GBOCHPREM	Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona Premium	Grupa 1	skarga niebędąca reklamacją	2	nieprzekazanie przez zakład należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta	2	0	0	1	1

22.	GBOCHPREM	Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona Premium	Grupa 5	skarga niebędąca reklamacją	1	wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia	1	0	0	0	1
23.	INDFI	Ubezpieczenie Terminowe na Życie Ochrona Dochodu	Grupa 1	skarga niebędąca reklamacją	2	inne przyczyny	2	0	0	0	2
24.	INDLT	Ubezpieczenie Terminowe na Życie	Grupa 1	skarga niebędąca reklamacją	11	inne przyczyny	11	0	0	2	7
25.	INDWLMOD	Ubezpieczenie na Całe Życie	Grupa 1	skarga niebędąca reklamacją	7	inne przyczyny	6	0	0	1	5
						nieprawidłowości przy odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, wystąpieniu na prawach odstąpienia, wystąpieniu z ubezpieczenia albo wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia	1	0	0	1	0
26.	INDRIE	Ubezpieczenie na Życie z Gwarantowaną Emeryturą	Grupa 4	skarga niebędąca reklamacją	2	inne przyczyny	2	0	0	1	0
27.	INDVWL	Ubezpieczenie na Całe Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym	Grupa 3	skarga niebędąca reklamacją	1	inne przyczyny	1	0	0	1	0
28.	INDWHL	Ubezpieczenie na Całe Życie + Zdrowie	Grupa 1	skarga niebędąca reklamacją	1	inne przyczyny	1	0	0	0	1







Nota objaśniająca:

Skarga jest:

1) reklamacja w rozumieniu art. 2 pkt 2 ustawy o Rzeczniku Finansowym, złożona przez klienta w rozumieniu art. 2 pkt 1 tej ustawy oraz w rozumieniu art. 16 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń;

2) skarga niebędąca reklamacją – wystąpienie, które nie jest reklamacją w rozumieniu ustawy o Rzeczniku Finansowym oraz ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, skierowane do zakładu ubezpieczeń, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ten zakład ubezpieczeń lub wykonywanej przez niego działalności, złożone przez każdy podmiot, tj. osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, który korzysta lub korzystał z usług zakładu ubezpieczeń, wnioskował o świadczenie takich usług lub był odbiorcą oferty marketingowej tego zakładu.

Skarga obsługiwana to skarga, która wpłynęła do zakładu ubezpieczeń w okresie sprawozdawczym albo przed okresem sprawozdawczym, jest rozpatrywana przez zakład ubezpieczeń, w stosunku do której nie została podjęta decyzja dotycząca uwzględnienia albo oddalenia skargi.

Kryterium głównym formularza jest kolumna A „Kod identyfikacyjny produktu ubezpieczeniowego” i kolumna B „Nazwa produktu ubezpieczeniowego”.

W kolumnie A „Kod identyfikacyjny produktu ubezpieczeniowego” wykazuje się kod produktu ubezpieczeniowego, stosowany przez zakład ubezpieczeń lub nadany przez organ nadzoru, który w przypadku, gdy w formularzu S.14.01.01, wypełnianym zgodnie z rozporządzeniem wykonawczym 2015/2450, produkt ubezpieczeniowy:

1) jest dzielony na części, zapewnia identyfikację poszczególnych kodów części produktu ubezpieczeniowego, wykazywanych w pozycji C0010 formularza S.14.01.01.01 oraz w pozycji C0090 formularza S.14.01.01.02;

2) nie jest dzielony na części, odpowiada kodowi produktu ubezpieczeniowego wykazywanemu w pozycji C0010 formularza S.14.01.01.01 oraz w pozycji C0090 formularza S.14.01.01.02.19

W kolumnie B „Nazwa produktu ubezpieczeniowego” wykazuje się nazwę produktu ubezpieczeniowego z zastosowaniem następującej hierarchii:

1) wykazywaną w pozycji C0120 formularza S.14.01.01.02;

2) zgodną z dokumentacją produktową (np. z OWU).

W kolumnie C „Przyporządkowanie produktu ubezpieczeniowego do grup ubezpieczeń” wykazuje się wszystkie grupy ubezpieczeń, które obejmuje produkt ubezpieczeniowy.

W kolumnie D „Skargi” wykazuje się skargi w podziale na reklamacje i skargi niebędące reklamacjami, w odrębnych wierszach. Raportowaniu podlegają wszystkie skargi obsługiwane przez zakład ubezpieczeń w okresie sprawozdawczym. W zależności od rodzaju obsługiwanej skargi w polu słownikowym należy wskazać jedną z opcji:

- 1) „reklamacja” albo
- 2) „skarga niebędąca reklamacją”.

W kolumnie E „Liczba skarg” należy wskazać łączną liczbę skarg do zakładu ubezpieczeń na dany produkt ubezpieczeniowy, obsługiwanych w okresie sprawozdawczym. W kolumnie należy wykazać zarówno skargi wniesione bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń, jak i skargi wniesione za pośrednictwem innego podmiotu lub instytucji. W przypadku wniesienia skargi odnoszącej się do kilku produktów ubezpieczeniowych, skargę wykazuje się dla każdego produktu ubezpieczeniowego, którego skarga dotyczy. W przypadku wniesienia skargi w jednej sprawie zarówno bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń, jak i za pośrednictwem innego podmiotu lub instytucji skargę wykazuje się tylko raz.

W kolumnie F „Przyczyna skargi” wykazuje się zidentyfikowane przez zakład ubezpieczeń przyczyny skarg zgodnie ze wskazaną poniżej listą:

- 1) całkowita odmowa wypłaty świadczenia albo wykupu;
- 2) wysokość wypłaconego albo przewidzianego do wypłaty świadczenia albo wartość wykupu ubezpieczenia;
- 3) opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata świadczenia albo nieterminowa wypłata wykupu ubezpieczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia;
- 4) nieprawidłowa realizacja świadczeń medycznych;
- 5) odmowa lub utrudniony wgląd w akta szkodowe;
- 6) nieprzekazanie przez zakład należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta;
- 7) nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta, nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego dokumentów lub oświadczeń złożonych przez klienta;
- 8) niezrozumiałe lub niezgodne z prawem brzmienie wzorca umownego;
- 9) ustalenie lub zmiana istotnych warunków umowy (suma ubezpieczenia, składka, koszty, opłaty) niezgodnie z przepisami, warunkami umowy lub wolą ubezpieczającego;
- 10) odmowa zawarcia albo kontynuacji umowy ubezpieczenia;
- 11) nieprawidłowe ustalenie, odmowa zwrotu lub nieuzasadniona windykacja składki;

- 12) oszustwo lub prowadzenie działalności bez wymaganego zezwolenia przez zakład ubezpieczeń lub przez pośrednika ubezpieczeniowego, brak wymaganej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pośrednika ubezpieczeniowego;
- 13) nieprzekazywanie lub przekazywanie przez zakład niekompletnych danych do obowiązujących rejestrów;
- 14) niekompletna lub nieterminowa odpowiedź na reklamację;
- 15) nieuzasadnione udostępnienie danych osobowych, naruszenie tajemnicy agencyjnej, brokerskiej lub ubezpieczeniowej;
- 16) nieprawidłowości przy odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, wystąpieniu na prawach odstąpienia, wystąpieniu z ubezpieczenia albo wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
- 17) konflikt interesów w zakresie dystrybucji ubezpieczeń lub działalności lokacyjnej;
- 18) nieprawidłowe działanie systemów teleinformatycznych udostępnionych klientom lub pośrednikom ubezpieczeniowym;
- 19) zastrzeżenia dotyczące treści informacji publikowanych przez zakład ubezpieczeń (strony internetowe, media, prasa, materiały reklamowe);
- 20) inne przyczyny;
- 21) brak wskazania wyraźnej podstawy skargi.

W przypadku gdy skarżący wskazał więcej niż jedną przyczynę skargi, wykazuje się wszystkie przyczyny.

W kolumnie G „Liczba skarg według przyczyn” wskazuje się, ile razy w obsługiwanych skargach wystąpiły poszczególne przyczyny wykazane w kolumnie F.

W kolumnach H–K „Liczba skarg (według przyczyn) rozpatrzonych w okresie sprawozdawczym” wykazuje się liczbę poszczególnych przyczyn skarg ostatecznie uwzględnionych w całości albo oddalonych w całości przez zakład ubezpieczeń, w podziale na skargi wniesione przed okresem sprawozdawczym oraz skargi wniesione w okresie sprawozdawczym.

W kolumnach L i M „Liczba skarg (według przyczyn) nierozpatrzonych (w toku) na koniec okresu sprawozdawczego” wykazuje się liczbę poszczególnych przyczyn skarg, które nie zostały rozpatrzone przez zakład ubezpieczeń w okresie sprawozdawczym, w podziale na skargi wniesione przed okresem sprawozdawczym oraz skargi wniesione w okresie sprawozdawczym.

W kolumnie N „Liczba reklamacji (według przyczyn) rozpatrzonych w okresie sprawozdawczym w terminie” wykazuje się liczbę reklamacji, w podziale na ich przyczyny, w przypadku których skarżącemu udzielono odpowiedzi w terminie, o którym mowa w art. 6 albo w art. 7 ustawy o Rzeczniku Finansowym oraz w art. 16 ust. 2 albo ust. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

W kolumnie O „Liczba reklamacji (według przyczyn) rozpatrzonych w okresie sprawozdawczym po terminie” wskazuje się liczbę reklamacji, w podziale na ich przyczyny, w przypadku których skarżącemu udzielono odpowiedzi z naruszeniem terminu, o którym mowa w art. 6 albo w art. 7 ustawy o Rzeczniku Finansowym oraz w art. 16 ust. 2 albo ust. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

W kolumnach P i Q „Wartość roszczeń zgłoszonych z tytułu skarg” wykazuje się sumę wartości roszczeń zgłoszonych przez skarżących. W przypadku gdy skarżący nie określił wartości roszczenia, należy wykazać wartość rezerwy z tytułu tego roszczenia ustaloną przez zakład ubezpieczeń. Dane wykazuje się w podziale na roszczenia z tytułu skarg wniesionych przed okresem sprawozdawczym oraz roszczenia z tytułu skarg wniesionych w okresie sprawozdawczym. Nie uwzględnia się odszkodowań i świadczeń wypłaconych skarżącemu na etapie likwidacji szkody.

W kolumnie R „Rezerwa na roszczenia z tytułu skarg na początek okresu sprawozdawczego” wykazuje się, ustaloną zgodnie z obowiązującymi w zakładzie ubezpieczeń zasadami tworzenia i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wartość rezerwy na pokrycie zobowiązań zakładu ubezpieczeń z tytułu skarg wniesionych przed okresem sprawozdawczym, z uwzględnieniem kosztów likwidacji szkód związanych z tymi skargami oraz odsetek z tytułu

zwłoki w wypłacie odszkodowań i świadczeń. W przypadku skarg, dla których skarżący nie określił wartości roszczenia, wykazuje się wartość

rezerwy ustaloną zgodnie z obowiązującymi w zakładzie ubezpieczeń zasadami tworzenia i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

W kolumnach S i T „Odszkodowania i świadczenia wypłacone w okresie sprawozdawczym z tytułu skarg” wykazuje się kwoty odszkodowań i świadczeń wypłaconych w okresie sprawozdawczym z tytułu skarg obsługiwanych w okresie sprawozdawczym, powiększonych o koszty likwidacji szkód związanych z tymi skargami obejmujące koszty postępowania spornego oraz o odsetki z tytułu zwłoki w wypłacie odszkodowań i świadczeń. Dane wykazuje się w podziale na odszkodowania i świadczenia wypłacone z tytułu skarg wniesionych przed okresem sprawozdawczym oraz odszkodowania i świadczenia wypłacone z tytułu skarg wniesionych w okresie sprawozdawczym.

W kolumnach U i V „Rezerwa na roszczenia z tytułu skarg na koniec okresu sprawozdawczego” wykazuje się, ustaloną zgodnie z obowiązującymi w zakładzie ubezpieczeń zasadami tworzenia i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wartość rezerwy na pokrycie zobowiązań zakładu ubezpieczeń z tytułu skarg, z uwzględnieniem kosztów likwidacji szkód związanych z tymi skargami oraz odsetek z tytułu zwłoki w wypłacie odszkodowań i świadczeń na koniec okresu sprawozdawczego. Dane wykazuje się w podziale na rezerwę na pokrycie zobowiązań z tytułu skarg wniesionych przed okresem sprawozdawczym oraz rezerwę na pokrycie zobowiązań z tytułu skarg wniesionych w okresie sprawozdawczym.

W przypadku skarg, dla których skarżący określił wartość roszczenia, wykazuje się wartość rezerwy ustaloną zgodnie z obowiązującymi w zakładzie zasadami tworzenia i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

W przypadku skarg, dla których skarżący nie określił wartości roszczenia, wykazuje się wartość rezerwy ustaloną zgodnie z obowiązującymi w zakładzie zasadami tworzenia i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.