

## 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 II załącznika do ustawy (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe)

Za okres sprawozdawczy

Data początkowa – 01-07-2024

Data końcowa – 30-09-2024

Dane zakładu ubezpieczeń:

Pełna nazwa	Partner Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.		
Kod pocztowy	02-672	Miasto:	Warszawa
Ulica	Domaniewska		Nr: 41

Zakres działalności określony w zezwoleniu Ministra Finansów / organu nadzoru:

Grupy ubezpieczeń

Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 10, Grupa 13, Grupa 14, Grupa 15, Grupa 16

Zakres prowadzonej działalności bezpośrednio:

Grupy ubezpieczeń

Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 10, Grupa 13, Grupa 14, Grupa 15, Grupa 16

Zakres prowadzonej reasekuracji czynnej:

Grupy ubezpieczeń

Klasy rachunkowe



Nota objaśniająca:

Skargą 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 4 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 i 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 unikatowy kod pozwalający jednoznacznie zidentyfikować dany produkt ubezpieczeniowy, stosowany przez zakład ubezpieczeń lub nadany przez organ nadzoru.

W kolumnie B „Nazwa produktu ubezpieczeniowego” wykazuje się nazwę zgodną z dokumentacją produktową (np. zgodną 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 przedmiotowej 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 odszkodowania lub świadczenia;
- 2) wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia;
- 3) opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia;
- 4) nieprawidłowa realizacja świadczeń assistance lub 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, nieprzekazywanie przez pośrednika ubezpieczeniowego dokumentów lub oświadczeń złożonych przez klienta;
- 7) nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta;
- 8) niezrozumiałe lub niezgodne z prawem brzmienie wzorca umownego;
- 9) ustalenie lub zmiana istotnych warunków umowy (suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna, 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) nieprawidłowe ustalenie, odmowa zwrotu lub nieuzasadniona windykacja regresu;
- 13) oszustwo lub prowadzenie działalności bez wymaganego zezwolenia przez zakład ubezpieczeń lub przez pośrednika ubezpieczeniowego, brak wymaganej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pośrednika ubezpieczeniowego;
- 14) nieprzekazywanie lub przekazywanie przez zakład niekompletnych danych do obowiązujących rejestrów;
- 15) niekompletna lub nieterminowa odpowiedź na reklamację;
- 16) nieprawidłowości w obsłudze roszczeń realizowanej przez zakład ubezpieczeń jako reprezentanta do spraw roszczeń lub w likwidacji szkód na rzecz Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
- 17) nieuzasadnione udostępnienie danych osobowych, naruszenie tajemnicy agencyjnej, brokerskiej lub ubezpieczeniowej;

18) nieprawidłowości przy odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, wystąpieniu z ubezpieczenia albo wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;

19) konflikt interesów w zakresie dystrybucji ubezpieczeń lub działalności lokacyjnej;

20) nieprawidłowe działanie systemów teleinformatycznych udostępnionych klientom lub pośrednikom ubezpieczeniowym;

21) zastrzeżenia dotyczące treści informacji publikowanych przez zakład (strony internetowe, media, prasa, materiały reklamowe);

22) inne przyczyny;

23) 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” wykazuje 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 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 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” wykazuje się liczbę reklamacji, w podziale na ich przyczyny, w przypadku których skarżącemu udzielono odpowiedzi z naruszeniem terminu określonego 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, wykazuje się 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 lub 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 kwotę odszkodowań i świadczeń wypłaconych w okresie sprawozdawczym z tytułu skarg, 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 lub świadczeń, na koniec okresu sprawozdawczego. Dane wykazuje się w podziale na rezerwę na pokrycie zobowiązań z tytułu skarg wniesionych przed okresem sprawozdawczym i 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 ubezpieczeń zasadami tworzenia i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.