

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 – 01-01-2024

Data końcowa – 31-12-2024

Dane zakładu ubezpieczeń:

Pełna nazwa	Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska Spółka Akcyjna				
Kod pocztowy	02-305	Miasto:	Warszawa		
Ulica	Aleje Jerozolimskie			Nr:	142B
Telefon					
E-mai					

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, Grupa 17, Grupa 18

Zakres prowadzonej działalności bezpośredniej:

Grupy ubezpieczeń

Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 10, Grupa 13, Grupa 14, Grupa 15, Grupa 16, Grupa 17, Grupa 18

Zakres prowadzonej reasekuracji czynnej:

Grupy ubezpieczeń

Klasy rachunkowe

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	
Razem				682	0	682	3	35	153	456	
1	ZDR_I	INTER VISION - Indywidualne	Grupa 1, Grupa 2	reklamacja	37	brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	0	1
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	5	0	0	0	5
						inne przyczyny	8	1	0	1	5
						nieprawidłowa realizacja świadczeń assistance lub świadczeń medycznych	18	0	0	8	10
						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	4	0	1	0	3

						nieprawidłowe działanie systemów teleinformatycznych udostępnionych klientom lub pośrednikom ubezpieczeniowym	1	0	0	1	0
2	ZDR_G	INTER VISION - Grupowe	Grupa 1, Grupa 2	reklamacja	95	brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	0	1
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	11	0	0	2	8
						inne przyczyny	32	1	1	10	18
						nieprawidłowa realizacja świadczeń assistance lub świadczeń medycznych	47	0	2	30	14
						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	2	0	0	1	1

						nieprawidłowe działanie systemów teleinformatycznych udostępnionych klientom lub pośrednikom ubezpieczeniowym	2	0	0	2	0
3	ZDR_G	INTER VISION - Grupowe	Grupa 1, Grupa 2	skarga niebędąca reklamacją	1	niekompletna lub nieterminowa odpowiedź na reklamację	1	0	0	0	1
4	3	INTER Zdrowie	Grupa 2	reklamacja	12	brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	0	1
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	3	0	0	0	3
						inne przyczyny	1	0	0	0	1
						nieprawidłowa realizacja świadczeń asystryencyjnych lub świadczeń medycznych	6	0	0	3	3

						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	0	1
5	3	INTER Zdrowie	Grupa 2	skarga niebędąca reklamacją	1	nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta	1	0	1	0	0
6	LOK	INTER Lokum	Grupa 1, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 17, Grupa 18	reklamacja	81	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	24	0	0	4	18
						brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	1	0
						inne przyczyny	12	0	0	8	3
						nieprawidłowa realizacja świadczeń asystry lub świadczeń medycznych	2	0	0	0	2

					nieprawidłowość przy odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, wystąpieniu z ubezpieczenia albo wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia	1	0	0	1	0
					nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta	1	0	0	1	0
					opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	11	0	0	6	4

						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	29	0	2	7	19
7	LOK	INTER Lokum	Grupa 1, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 17, Grupa 18	skarga niebędąca reklamacją	5	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	0	1
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	1	0	0	0	1
						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	3	0	0	2	1
9	LEN	INTER Lekarz Nieruchomości	Grupa 1, Grupa 8, Grupa 9,	reklamacja	3	całkowita odmowa wypłaty	1	0	0	0	1

			Grupa 13, Grupa 18			odszkodowani a lub świadczenia					
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowani a lub świadczenia, nieprzekazywa nie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	1	0	0	1	0
						inne przyczyny	1	0	0	1	0
10	PAR	INTER Partner	Grupa 1, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 16, Grupa 18	reklama cja	42	całkowita odmowa wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	22	1	2	2	17
						inne przyczyny	2	0	0	1	1
						odmowa lub utrudniony wgląd w akta szkodowe	1	0	0	1	0
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowani a lub świadczenia,	4	0	0	1	3

						nieprzekazywa nie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia					
						wysokość wyплаconego lub przewidzianeg o do wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	13	0	0	5	7
11	PAR	INTER Partner	Grupa 1, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 16, Grupa 18	skarga niebędą ca reklama cją	20	całkowita odmowa wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	13	0	1	2	9
						inne przyczyny	1	0	0	0	1
						niekompletna lub nieterminowa odpowieź na reklamację	1	0	0	0	1
						nieprawidłowe ustalenie, odmowa zwrotu lub nieuzasadnion a windykacja składki	1	0	0	0	1

						opieszalosc, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wplyta odszkodowani a lub swiadczenia, nieprzekazywa nie istotnych informacji w trakcie obslugi roszczenia	3	0	0	1	2
						wysokosc wplyaconego lub przewidzianeg o do wplyty odszkodowani a lub swiadczenia	1	0	0	1	0
12	PAR_MED	INTER Partner dla Medycyny	Grupa 1, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 16, Grupa 18	reklama cja	28	całkowita odmowa wplyty odszkodowani a lub swiadczenia	9	0	0	4	5
						inne przyczyny	1	0	0	1	0
						odmowa zawarcia albo kontynuacji umowy ubezpieczenia	1	0	0	0	1
						wysokosc wplyaconego lub przewidzianeg o do wplyty	13	0	0	3	8

						odszkodowania lub świadczenia					
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	4	0	0	2	2
13	PAR_MED	INTER Partner dla Medycyny	Grupa 1, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 16, Grupa 18	skarga niebędąca reklamacją	24	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	8	0	1	1	6
						inne przyczyny	1	0	0	1	0
						nieprzekazanie przez zakład należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta, nieprzekazywanie przez pośrednika	1	0	0	0	1

					ubezpieceniowego dokumentów lub oświadczeń złożonych przez klienta					
					odmowa lub utrudniony wgląd w akta szkodowe	1	0	0	0	1
					opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	2	0	0	0	2
					wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	10	0	1	1	8

						zastrzeżenia dotyczące treści informacji publikowanych przez zakład (strony internetowe, media, prasa, materiały reklamowe)	1	0	0	0	1
14	27	INTER Medicus	Grupa 1, Grupa 2	reklama cja	1	wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	0	1
15	IT365	INTER Tour 365	Grupa 1, Grupa 2, Grupa 9, Grupa 13, Grupa 18	reklama cja	2	ustalenie lub zmiana istotnych warunków umowy (suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna, składka, koszty, opłaty) niezgodnie z przepisami, warunkami umowy lub wolą ubezpieczającego	1	0	0	1	0
						inne przyczyny	1	0	0	1	0

16	NNW_I	NNW Indywidualne	- Grupa 1	reklamacja	1	wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	0	0
17	NNW_G	NNW Grupowe	- Grupa 1	reklamacja	2	wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	1	0
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	1	0
18	HIV/WZW_I	INTER Ochrona HIV/WZW Indywidualne	- Grupa 1	reklamacja	6	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	2	0	0	0	2
						nieprawidłowe działanie systemów teleinformatycznych udostępnionych klientom lub pośrednikom ubezpieczeniowym	1	0	0	0	0

					nieprawidłowo ści w obsłudze roszczeń realizowanej przez zakład ubezpieczeń jako reprezentanta do spraw roszczeń lub w likwidacji szkód na rzecz Ubezpieczenio wego Funduszu Gwarancyjneg o i Polskiego Biura Ubezpieczyciel i Komunikacyjny ch	1	0	0	0	1
					opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowani a lub świadczenia, nieprzekazywa nie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	1	0	0	1	0

						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	1	0	0	1	0
19	OCO_PW DL	Obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą	Grupa 13	reklamacja	190	brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	0	1
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	135	0	16	3	102
						inne przyczyny	5	0	0	2	3
						nieprawidłowe ustalenie, odmowa zwrotu lub nieuzasadniona windykacja składki	1	0	0	1	0
						odmowa lub utrudniony wgląd w akta szkodowe	4	0	0	2	2
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub	4	0	2	0	2

						świadczenia, nieprzekazywa nie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia					
						wysokość wyплаconego lub przewidzianeg o do wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	39	0	1	4	33
						zastrzeżenia dotyczące treści informacji publikowanych przez zakład (strony internetowe, media, prasa, materiały reklamowe)	1	0	0	0	0
20	OCO_PW DL	Obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność lecniczą	Grupa 13	skarga niebędą ca reklama cją	61	brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	1	0
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	42	0	2	1	37
						inne przyczyny	4	0	0	1	3

					nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta	1	0	0	1	0
					opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania lub świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	2	0	0	0	2
					odmowa lub utrudniony wgląd w akta szkodowe	1	0	0	1	0
					wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	10	0	1	0	9

21	OCD_I	OC Dobrowolne Podmiotu Udzielającego Świadczeń Zdrowotnych - Indywidualne	Grupa 13	reklamacja	29	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania lub świadczenia	21	0	1	1	19
						inne przyczyny	3	0	0	2	1
						nieprzekazanie przez zakład należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta, nieprzekazywanie przez pośrednika ubezpieczeniowego dokumentów lub oświadczeń złożonych przez klienta	1	0	0	1	0
						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	4	0	0	1	2
22	OCD_I	OC Dobrowolne Podmiotu Udzielającego Świadczeń	Grupa 13	skarga niebędąca	14	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania	10	0	0	0	10

		Zdrowotnych Indywidualne -		reklamacją		a świadczenia					
						inne przyczyny	1	0	0	0	1
						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowania a świadczenia, nieprzekazywanie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	2	0	0	0	2
						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania a świadczenia	1	0	0	0	1
23	OCD_G	OC Dobrowolne Podmiotu Udzielającego Świadczeń Zdrowotnych - Grupowe	Grupa 13	reklamacją	10	całkowita odmowa wypłaty odszkodowania a świadczenia	5	0	0	2	3
						inne przyczyny	1	0	0	0	1

						opieszałość, nieterminowa likwidacja szkody lub nieterminowa wypłata odszkodowani a lub świadczenia, nieprzekazywa nie istotnych informacji w trakcie obsługi roszczenia	1	0	0	0	1
						wysokość wypłaconego lub przewidzianeg o do wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	3	0	0	0	3
24	OP_ZM_I	Ochrona Prawna dla Osób Wykonujących Zawód Medyczny - Indywidualne	Grupa 17	reklama cja	10	brak wskazania wraźnej podstawy skargi	1	0	0	0	1
						całkowita odmowa wypłaty odszkodowani a lub świadczenia	2	0	0	1	1
						inne przyczyny	1	0	0	1	0
						nieprawidłowe ustalenie, odmowa zwrotu lub nieuzasadnion	1	0	0	1	0

						a windykacja składki					
						nieprzekazanie przez pośrednika ubezpieczeniowego należytej informacji, dokumentacji produktu ubezpieczeniowego lub brak właściwej oceny potrzeb klienta	1	0	0	0	1
						wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	4	0	0	2	2
25	OP_PL	Ochrona Prawna dla Podmiotów Leczniczych	Grupa 17	skarga niebędąca reklamacją	3	wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania lub świadczenia	3	0	0	0	3
26	99	Pozostałe	Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 10, Grupa 13,	reklamacja	2	wysokość wypłaconego lub przewidzianego do wypłaty odszkodowania	1	0	0	0	1

			Grupa 14, Grupa 15, Grupa 16, Grupa 17, Grupa 18			a lub świadczenia					
						brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	1	0	0	1	0
27	99	Pozostałe	Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3, Grupa 7, Grupa 8, Grupa 9, Grupa 10, Grupa 13, Grupa 14, Grupa 15, Grupa 16, Grupa 17, Grupa 18	skarga niebędą ca reklama cją	2	brak wskazania wyraźnej podstawy skargi	2	0	0	0	2

Liczba skarg (według przyczyn) nierozpatrzonych (w toku) na koniec okresu sprawozdawczego		Liczba reklamacji (według przyczyn) rozpatrzonych w okresie sprawozdawczym		Wartość roszczeń zgłoszonych z tytułu skarg		Rezerwa na roszczenia z tytułu skarg na początek okresu sprawozdawczego	Odszkodowania i świadczenia wypłacone w okresie sprawozdawczym z tytułu skarg		Rezerwa na roszczenia z tytułu skarg na koniec okresu sprawozdawczego	
wniesionych przed okresem sprawozdawczym	wniesionych w okresie sprawozdawczym	w terminie	po terminie	wniesionych przed okresem sprawozdawczym	wniesionych w okresie sprawozdawczym		wniesionych przed okresem sprawozdawczym	wniesionych w okresie sprawozdawczym	wniesionych przed okresem sprawozdawczym	wniesionych w okresie sprawozdawczym
L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
0	35	514	5	2 457 439	34 201 051	859 408	28 619	736 220	0	2 295 976
0	0	1	0	0,00	13 877,85	0,00	0,00	2 119,00	0,00	0,00
0	0	5	0							
0	1	7	0							
0	0	18	0							
0	0	4	0							
0	0	1	0							
0	0	1	0	217,80	16 717,25	0,00	0,00	5 729,40	0,00	0,00

0	1	10	0							
0	2	29	1							
0	1	45	1							
0	0	2	0							
0	0	2	0							
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0	0	1	0	0,00	1 868,80	0,00	0,00	114,30	0,00	0,00
0	0	3	0							
0	0	1	0							
0	0	6	0							
0	0	1	0							

0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0	2	22	0	4846,20	1 034 414,58	7 846,20	14 412,95	146 474,25		3 799,75
0	0	1	0							
0	1	11	0							
0	0	2	0							
0	0	1	0							
0	0	1	0							
0	1	10	0							

0	1	27	1							
0	0	0	0	0,00	12 072,29	0,00	0,00	8 000,00	0,00	0,00
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	1	0	0,00	1 232,00	0,00	0,00	12 684,27	0,00	0,00
0	0	1	0							
0	0	1	0							
0	0	22	0	15521,08	684 033,84	10 405,08	11 285,50	63 411,93	0,00	45 232,21
0	0	2	0							
0	0	1	0							

0	0	4	0							
0	1	12	0							
0	1	0	0	12878,86	267 027,15	0,00	0,00	1 388,33	0,00	244 784,99
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							

0	0	9	0	0,00	1 527 376,33	0,00	0,00	53 129,55	0,00	120 303,98
0	0	1	0							
0	0	1	0							
0	2	11	0							
0	0	4	0							
0	0	0	0	8208,99	1 540 163,47	3 208,99	920,43	32 152,60	0,00	0,00
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							

0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0	0	1	0							

0	1	0	0	0,00	800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 200,00
0	0	1	0	0,00	1 500,00	0,00	0,00	3 150,00	0,00	0,00
0	0	1	0							
0	0	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1 100,00	0,00	0,00
0	1	0	0							
0	0	1	0							
0	0	1	0							

0	0	1	0							
0	0	1	0	1523241,75	21 442 317,50	663 290,45	0,00	236 025,28	0,00	1 657 311,64
0	14	120	1							
0	0	5	0							
0	0	1	0							
0	0	4	0							
0	0	4	0							
0	1	38	0							
0	1	0	0							
0	0	0	0	734859,38	6 320 926,07	174 657,56	2 000,00	20 000,00	0,00	199 343,20
0	2	0	0							

0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	21	0	157665,00	561 408,53	0,00	0,00	88 048,97	0,00	24 000,00
0	0	3	0							
0	0	1	0							

0	1	3	0							
0	0	0	0	0,00	87 904,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	0	0							
0	0	5	0	0,00	599 412	0	0	31 035	0	0,00
0	0	1	0							
0	0	1	0							
0	0	2	1							
0	0	1	0	0,00	6 679,95	0,00	0,00	17 400,00	0,00	0,00

0	0	2	0							
0	0	1	0							
0	0	1	0							
0	0	1	0							
0	0	4	0							
0	0	0	0	0,00	45 470,00	0,00	0,00	5 000,00	0,00	0,00
0	0	1	0	0,00	35 848,03	0,00	0,00	9 256,70	0,00	0,00
0	0	1	0							
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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 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.