Rozprawy Ubezpieczeniowe

Zeszyt 9(2/2010)

RZECZNIK UBEZPIECZONYCH
UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO
FUNDACJA EDUKACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Redakcja
Dr Stanisław Rogowski (redaktor naczelny), dr Dariusz Fuchs, mgr Ewa Maleszyk (zastępcy redaktora naczelnego), Martyna Gondek (sekretarz redakcji), Anna Arwaniti

Rada Naukowa
Przewodniczący: prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz
Członkowie rady: mec. Aleksander Daszewski, prof. dr hab. Jerzy Handschke, prof. dr hab. Romuald Holly, prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk, prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski, dr hab. Maria Kuchlewska, prof. dr hab. Jarosław Majewski, prof. Ing. PhD. Anna Majtánová (Bratysława), dr Małgorzata Maliszewska, prof. dr hab. Cezary Mik, Halina Olendzka Rzecznik Ubezpieczonych, dr Marcin Orlicki, prof. dr hab. Jadwiga Pazdan, prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec

W „Rozprawach Ubezpieczeniowych" nr 8(1/2010) w składzie Rady Naukowej omyłkowo nie zostało umieszczone nazwisko prof. dr hab. Ireny Jędrzejczyk. Informujemy, iż Pani profesor jest stałym członkiem Rady.
Za powstały błąd Panią profesor jak i Czytelników najmocniej przepraszamy.

Redakcja

Recenzenci
Prof. dr hab. Kazimierz Ortyński
Dr Marcin Orlicki

Korekta
Karolina Gondek

© Copyright by
Rzecznik Ubezpieczonych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej
Warszawa 2010

Kontakt z redakcją:
Martyna Gondek
Tel. (22) 333-73-26; 333-73-27
e-mail: m.gondek@rzu.gov.pl
Al. Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa
www.rzu.gov.pl

Czasopismo jest wpisane na listę czasopism naukowych przez MNiSW (6 pkt.)
ISSN 1896-3641
Nakład 700 egz.
Druk: Wydawnictwo TiO

Radosnych i pogodnych Świąt Bożego Narodzenia
oraz wszelkiej pomyślności, spełnienia marzeń
i dalszych sukcesów w pracy naukowej
w Nowym 2011 Roku
wszystkim Czytelnikom, Autorom
i Współpracownikom

życzą
Redakcja i Wydawcy

SPIS TREŚCI

I. ROZPRAWY I ARTYKUŁY

Ilona Kwiecień
Kultura roszczeniowa – dynamika zjawiska w kontekście odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń 7

Justyna Orlicka
Wyłączenie grupowe dla porozumień dotyczących standardowych warunków ubezpieczenia – stan obecny i postulaty *de lege ferenda* 21

Aleksander Daszewski
Zadośćuczynienia za szkody niemajątkowe z art. 445 § 1 k.c. oraz art. 446 § 4 k.c. 34

Mariusz Fras
Umowa ubezpieczenia w szwajcarskim prawie prywatnym międzynarodowym 46

Maria Kuchlewska
„Odwzajemnianie" towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce 55

Wioleta Kardasz
Sekurytyzacja jako nowy element zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym 65

Magdalena Dąbrowska
Problematyka przedmiotu, podmiotu oraz zakresu ochrony w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków rolniczych 78

Joanna Iwko
Kodeksy deontologiczne na polskim rynku ubezpieczeniowym 91

Justyna Witkowska
Ocena jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii klientów 107

Ryszard Zelwiański
Kancelarie odszkodowawcze – problem nie tylko legislacyjno–prawny 120

II. OPRACOWANIA I RAPORTY

Principles of European Insurance Contract Law (PEICL) prepared by the Project Group „Restatement of European Insurance Contract Law"
– Zasady Europejskiego Prawa Ubezpieczeń (ZEPU)

Insurance Restatement jako europejski instrument opcjonalny służący regulacji umowy ubezpieczenia (*Dariusz Fuchs)* 126

Principles of European Insurance Contract Law (PEICL) prepared by the Project Group „Restatement of European Insurance Contract Law" – Zasady Europejskiego Prawa Ubezpieczeń (ZEPU) – tekst 134

Klauzule abuzywne w *Restatement of European Insurance Contract Law* a prawo polskie (*Michał P. Ziemiak)* 156

III. RECENZJE I NOWOŚCI WYDAWNICZE

Jan Monkiewicz, Lech Gąsiorkiewicz (red. nauk.), *Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji,* C.H.Beck*,* Warszawa 2010, 266 s. *(Irena Jędrzejczyk)* 168

Jacek Lisowski, *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, 356 s. (*Wanda Ronka–Chmielowiec*) 173

Ilona Kwiecień, *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem działalności gospodarczej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, 230 s. (*Kazimierz Ortyński*) 175

Malwina Lemkowska, *Fuzje i przejęcia a wartość zakładu ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2010, 248 s. (*Małgorzata Maliszewska*) 178

Nowości wydawnicze 181

IV. SPRAWOZDANIA I INFORMACJE

Sprawozdanie z 27 seminarium „Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law", Walencja, 22 – 25 września 2010 r. (*Dariusz Fuchs*) 184

Sprawozdanie z konferencji „Broker jako zawód zaufania publicznego", Warszawa, 12 października 2010 r. (*Izabella Sapińska–Binda*) 187

Sprawozdanie z konferencji „Priorytet rozwoju konkurencyjnego rynku ubezpieczeń w świetle prezydencji Polski w Unii Europejskiej", Warszawa, 20–21 października 2010 r. (*Stanisław Nowak*) 189

Sprawozdanie z konferencji „Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego", Zegrze, 24–26 października 2010 r. (*Joanna Owczarek*) 194

Sprawozdanie z konferencji „Kancelarie i doradcy odszkodowawczy", Warszawa, 16 listopada 2010 r. *(Piotr Budzianowski)* 197

Sprawozdanie z konferencji „Ubezpieczenia wzajemne w Polsce: zmierzch czy nowe możliwości", Warszawa, 22 listopada 2010 r. (*Adam Śliwiński)* 201

I. ROZPRAWY I ARTYKUŁY

Ilona Kwiecień

Kultura roszczeniowa – dynamika zjawiska w kontekście odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń

Wstęp

W wielu krajach, w tym także w Polsce, obserwujemy w ostatnich latach wzrost ilości roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej, ich szerszy zakres, zwiększoną skuteczność oraz wyższy poziom przyznawanych odszkodowań i świadczeń[1]. Z uwagi na wielopłaszczyznowe implikacje tego wzrostu tendencja ta jest analizowana w kontekście ekonomiki funkcjonowania systemów odpowiedzialności cywilnej (zwłaszcza deliktowej) oraz ubezpieczeń odpowiedzialności. Poszukuje się przyczyn, rozważa konsekwencje oraz możliwe lub konieczne modyfikacje – tak w zakresie regulacji prawnych, jak i w obszarze zarządzania ryzykiem i ubezpieczeń. W toku dyskusji wskazuje się w niektórych krajach, a zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Irlandii, że w dużej mierze wzrost ilości (wartości) roszczeń wynika ze zmiany podejścia społeczeństw do problemu szkody i jej kompensacji. Zjawisko to – określane, jako *compensation culture*, *claiming culture* – postrzegane jest często w aspekcie negatywnym[2]. Pojawia się jednak pytanie czy większa skłonność i determinacja poszkodowanych w dochodzeniu kompensacji szkody nie wynika ze wzrostu świadomości prawnej, w tym ubezpieczeniowej, czy nie jest jedynie realizacją prawa do pokrycia strat przez podmiot odpowiedzialny[3]. Zagadnienia te i tendencje zyskują na znaczeniu także w odniesieniu do polskiego rynku, tak ze względu na wspomniany wzrost ilości i wartości roszczeń, w tym także w obszarach dotychczas rzadziej „eksplorowanych", jak błędy w sztuce medycznej, dobra osobiste[4], jak i z uwagi na aktualne zmiany i dyskusje w obszarze

[1] Swiss Re wskazuje w swoich analizach, że wzrost roszczeń obserwowany jest w prawie wszystkich krajach.

[2] Przy czym wskazuje się na szeroki zakres tych zmian, obejmujący obok roszczeń kompensacyjnych także wzrost ilości skarg na działania określonych podmiotów, w tym grup zawodowych czy instytucji publicznych; por. m.in. F. Furedi, *Courting Mistrus: The hidden growth of a culture of litigation in Britain*; Centre for Policy Studies, London 1999 oraz J. Lowe (red.), *The cost of compensation culture*, Working Party of The Actuaries Society, 2002; htpp://www.actuaries.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/.../Lowe.pdf.

[3] Krytyka jednostronnej oceny m.in. G. Thomas, *Better routes to redress*, The Actuary, October 2005; http://www.guythomas.org.uk/compensation/betterroutes.php oraz niektóre stanowiska, w tym np. *Motor Accident Solicitors Society* (MASS) prezentowane w sprawozdaniu *Constitutional Affairs Committee*: *Compensation culture*, Third Report of Session 2005–06, Volume II; *The Stationery Office by Order of the House,* 2006; http://www.parliament.uk/conaffcom.

[4] Co wynika z analizy wartości odszkodowań i świadczeń wypłacanych z tytułu ubezpieczeń OC przez ubezpieczycieli wg danych KNF, jak i obserwacji procesów i orzecznictwa; por. także m.in. M. Serwach, *OC w teorii i praktyce – najnowsze tendencje i kierunki zmian*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2009, nr 6.

regulacji istotnych dla analizowanego obszaru czy komentowaną ostatnio na rynku intensyfikację usług doradczych w zakresie odszkodowań (tzw. kancelarie odszkodowawcze). Celem opracowania jest analiza pojęcia i genezy zjawiska kultury roszczeniowej oraz czynników determinujących zmianę zachowań społecznych w zakresie dochodzenia roszczeń, w kontekście tendencji na innych rynkach i aktualnych zmian na polskim rynku. Uwaga poświęcona została także konsekwencjom dla funkcjonowania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej.

1. Kultura roszczeniowa a wzrost świadomości – uwagi o pojęciu i ocenie zjawiska

W opracowaniach dotyczących analizowanego zjawiska używa się najczęściej określenia *compensation culture,* rzadziej *claiming culture, claiming compensation culture* lub *culture of litigation.*

Grupa Robocza stowarzyszenia aktuariuszy brytyjskich definiuje *compensation culture* jako „chęć (żądanie) pozwania kogoś przez jednostkę, która doznała szkody z powodu czegoś, czego można było uniknąć, gdyby pozwany wykonał swoją pracę (działania) prawidłowo".

W innych istotnych dla rynku brytyjskiego raportach termin ten odnoszony jest do zjawiska polegającego na społecznej akceptacji i nasilenia dążności każdego, kto doznał szkody (zwłaszcza osobowej) do uzyskania kompensacji od jakiegokolwiek podmiotu, który w opinii poszkodowanego mógłby być obciążony odpowiedzialnością[5].

W ujęciach negatywnych akcentuje się postawy agresywne, chęć pozwania „kogokolwiek o cokolwiek", degradację istotności podstaw żądania, kreowanie zakresu uszczerbków, zwłaszcza trudnych do uchwycenia postaci uszczerbków fizycznych (np. neurologicznych, stanów bólowych) oraz krzywdy, cierpień i uszczerbków psychicznych[6].

W ujęciach pozytywnych analizowane pojęcie odnoszone jest jak wskazano do zwiększonej skłonności do dochodzenia roszczeń (głównie odszkodowawczych, ale także chociażby reklamacji). Podkreśla się tu, że rośnie świadomość społeczeństw i poszkodowani jedynie wykonują swoje prawa w zakresie kompensaty doznanej szkody. Zarzuca się przy tym jednocześnie, dyskredytowanie postaw jedynie „zwykłych" poszkodowanych, rzadko zaś krytykuje się niemniej skłonne do dochodzenia roszczeń osoby publiczne czy przedsiębiorstwa (naruszenie dóbr osobistych)[7]. W tym miejscu – na tle ujęcia pozytywnego i negatywnego – warto jednak zwrócić uwagę na trudności pojęciowe na gruncie języka polskiego oraz relacje w stosunku do kwestii wzrostu świadomości prawnej społeczeństwa.

Tłumaczenie terminów angielskich pozwala na użycie określeń: kultura roszczeniowa (*claiming culture*), kultura odszkodowawcza, kultura kompensaty (*compensation culture*[8]), kultura sporów (*culture of litigation*). Niektóre z tych określeń zawierają w sobie negatywny ładunek emocjonalny, wydaje się, że szczególnie w przypadku słowa „roszczeniowy". Roszczeniowy, a zatem „wyrażający się w nieuzasadnionych lub nadmiernych żądaniach". Szczególnie w polskim społeczeństwie, gdzie postawa roszczeniowa uznawana jest za cechę *homo sovieticus* i postrzegana negatywnie, jako właściwa dla klientów pomocy społecznej, jednostek upominających się

[5] *Tackling the „Compensation Culture"*, *Government Response to the Better Regulation Task Force Report „Better Routes to Redress"*, 2004, s. 1; http://www.pdfdownload.org/pdf2html/pdf2html.php?url=http%3A%2F%2Fwww.dca.gov.uk%2Fmajrep%2Fbettertaskforce%2Fbetter–task–force.pdf&images=yes.

[6] Należy jednakże zwrócić uwagę, ze ujęcie negatywne charakterystyczne jest dla wczesnego okresu analiz zjawiska w Europie, stron powiązanych z ubezpieczycielami (np. stowarzyszenia aktuariuszy) oraz rynku US, z uwagi na szczególną ostrość zjawiska; por. F. Furedi, *op.cit.* oraz J. Lowe (red.), *op.cit.*

[7] G. Thomas, *op.cit.*

[8] *Compensation* definiowane jest jako: świadczenie płacone w celu naprawienia szkody bądź jako żądanie wyrównania czegoś.

o opiekuńczą rolę państwa, zakładających, że ośrodki realizacji celów danej jednostki leżą poza nią i nastawionych na czerpanie korzyści z aktywności innych. W opozycji stawia się przedsiębiorczość, jako postawę motywowaną potrzebą osiągnięć, której przesłanką jest przekonanie o realności osiągnięć celów stawianych sobie przez jednostkę i dążenie do ich zrealizowania poprzez aktywność własną[9]. Wydaje się, że trzeba tu zwrócić uwagę na dwie kwestie. Z jednej strony dochodzenie roszczenia wymaga aktywności, niekiedy wcale niełatwej dla osoby poszkodowanej[10], z drugiej „roszczeniowy" oznacza także po prostu „odnoszący się do roszczeń prawnych". Podobnie w obszarze ubezpieczeń używa się terminu roszczenie bez żadnych negatywnych konotacji. Oczywiście aktualne pozostaje pytanie o ujęcie – negatywne lub pozytywne. W indywidualnym wymiarze wydaje się to kwestią oceny czy żądanie jest uzasadnione czy nadmierne, przy czym nie jest to ocena łatwa i oczywista. W ujęciu fundamentalnym wymaga analizy konsekwencji społeczno–ekonomicznych.

Pojęcie „kultura" określa m.in. „odpowiednio wysoki poziom rozwoju społeczeństwa w jakimś zakresie"[11]. W omawianym obszarze ów wysoki poziom odnosi się odpowiednio do zagadnień dotyczących odszkodowań i dochodzenia roszczeń. Zakładając, że analizowane zjawisko obejmuje skłonność do działania w określonym zakresie (dochodzenia roszczeń) termin ten wydaje się właściwszy. *In minus* należy wskazać szerokie ujęcie tego określenia, wykraczające poza odszkodowania. Co istotne – odniesienie do odpowiednio wysokiego stopnia rozwoju akcentuje aspekt pozytywny. Narzuca konieczność posiadania odpowiedniej wiedzy w zakresie dochodzenia roszczeń, a zatem świadomości prawnej, świadomości odszkodowawczej.

Granica między wysoką świadomością w zakresie odszkodowań, a kulturą roszczeniową w ujęciu negatywnym może być trudna do uchwycenia. Z jednej strony podkreśla się, że *compensation culture* staje się coraz bardziej oddzielona od zasad prawnych[12]. Jest zainteresowana przede wszystkim w znalezieniu kogoś, kto może zostać pociągnięty do odpowiedzialności i kto daje – przez swój potencjał finansowy lub sytuację prawną – większą szansę na skuteczność roszczenia. Powoduje to modyfikację funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej, w kierunku prymatu funkcji kompensaty nad funkcją represji, co jest jak najbardziej uzasadnione, z uwagi na słabszą pozycję poszkodowanego, jako podmiotu, który korzystając z usług lub nabywając dobra może oczekiwać odpowiedniego poziomu staranności od wykonawcy[13]. Z drugiej, wskazuje się, że dążenie do należnej kompensaty od właściwego podmiotu nie tylko sprawiedliwie adresuje finansowe konsekwencje wyrządzenia szkody (nie obciążając nimi chociażby społeczeństwa[14]),

---

[9] E. Cierniak–Szóstak, *Mentalność ekonomiczna jako czynnik prorozwojowy,* (w:) *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy Problemy globalizacji i regionalizacji,* cz. 1, z. 8, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2006; http://www.univ.rzeszow.pl/ekonomia/Zeszyt8/14_cierniak–szostak.pdf.

[10] Porównaj choćby zarzuty braku aktywności stawiane rodzicom małoletnich poszkodowanych na osobie, którzy przez brak działania (skupieni na codziennej opiece nad niepełnosprawnym dzieckiem) doprowadzili do przedawnienia roszczenia o odszkodowanie (przed zmianą przepisów kodeksu cywilnego dotyczących okresów przedawnienia w roku 2007) – orzeczenie niepublikowane Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 13 maja 2010 r., XII C 2511/09/3.

[11] Słownik języka polskiego PWN; http://www.pwn.pl.

[12] F. Furedi, *op.cit.*, s. 2.

[13] Uwagi o rozwoju modyfikacji funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej por. T. Dybowski, *Naprawienie szkody*, (w:) Z. Radwański (red.), *System prawa cywilnego,* t. III, cz. 1, Ossolineum, Wrocław 1981, s. 168 i nast. oraz M. Serwach, *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym,* (w:) T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2010.

[14] Warto tu wskazać kontrowersyjne sytuacje, w których świadczona jest pomoc odszkodowawcza państwa, w sytuacji gdy sprawca jest znany i mógłby być pociągnięty do odpowiedzialności, por. na polskim rynku świadczenia na rzecz ofiar wypadku z Grenoble bądź pożaru domu socjalnego w Kamieniu Pomorskim w 2009 r.

ale jest wręcz, w niektórych sytuacjach, konstruktywnym aktem obywatelskiej odpowiedzialności, gdyż może zmienić i poprawić sposób postępowania sprawcy (podmiotu odpowiedzialnego) w przyszłości[15].

2. Geneza zjawiska *compensation culture* – doświadczenia innych krajów

Eskalacja ilości pozwów o odszkodowanie, spektakularne wartości dochodzonych roszczeń oraz szeroki – niekiedy wręcz anegdotyczny lub budzący opory mentalne z europejskiej perspektywy[16] – wachlarz podstaw i okoliczności powoływanych przez poszkodowanych lub ich pełnomocników wydawały się specyficzną cechą amerykańskiego rynku. Dość łatwo z europejskiej perspektywy wskazywano na czynniki potęgujące to zjawisko[17], w tym: silną konkurencję wśród prawników oferujących dodatkowo usługi wynagradzane zależnie od sukcesu; instytucję pozwów zbiorowych (*class action*)[18] funkcjonujących na liberalnych warunkach oraz karnych odszkodowań (*punitive damages*), ale także mentalność i świadomość społeczeństwa, „podsycaną"[19] z jednej strony przez pełnomocników poszukujących klientów, a z drugiej media opisujące sukcesy wartościowe czy niestandardowe przypadki. Wpływ tych osobistych czynników ma znaczenie dodatkowe w związku z udziałem w orzekaniu przysięgłych (jury).

Rosnący gwałtownie koszt odpowiedzialności cywilnej[20] – najwyższy w okresie 1970–1990, następnie w latach 2001–2002, przy czym średnioroczny wzrost w okresie 1950–2007 szacowany na 9% przewyższa ten wskaźnik w odniesieniu do PKB (7%) (por. dane w Tabeli nr 1.) – stał się na rynku amerykańskim podstawą do dyskusji o kryzysie i konieczności reformy systemu odpowiedzialności cywilnej deliktowej, przekłada się również na funkcjonowanie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (por. uwagi w dalszej części).

---

[15] Z drugiej strony ma negatywne implikacje z uwagi na unikanie upublicznienia faktu odpowiedzialności za cenę należytego świadczenia na podstawie ugody, w celu nienaruszania reputacji podmiotu, a także w niektórych obszarach istotnie wpływa na cenę usługi lub produktu – kwestie te jednak istotniejsze są w obszarach innych niż wypadki komunikacyjne, a podstawowych dla funkcjonowania kultury roszczeniowej jak odpowiedzialność pracodawcy, za produkt, za świadczenia medyczne, profesjonalne doradztwo. Por. F. Furedi, *op. cit.*

[16] Por. roszczenia z tytułu szkód wywołanych przez niezdrową żywność (vs Mc Donald), palenie papierosów (vs producenci), brak szczegółowych instrukcji korzystania z produktu, czy też nieprawidłowo udzieloną pierwszą pomoc – historia mężczyzny, który uratował tonącą kobietę, udzielił jej pierwszej pomocy i został przez nią pozwany o odszkodowanie w związku z pęknięciem żeber (ostatni przykład za: M. Bleasdale, *The claiming compensation culture in Europe*, 2006; http://www.a1articles.com/article_56547_15.html).

[17] Por. S. Narita, *Product liability claims in Europe*, Swiss Reinsurance Company Ltd., 1997, http://www.swissre.com; R. Enz, T. Holzheu, *The economics of liability losses – insuring the moving target*, Swiss Reinsurance Company Ltd., Sigma 2004, nr 6; http://www.swissre.com; U. Leimbacher i in., *The globalisation of collective redress: Consequences for the insurance industry*, Swiss Reinsurance Company Ltd., 2009; http://www.swissre.com.

[18] Specyfika pozwów zbiorowych w USA zakłada dużą swobodę w możliwości złożenia pozwu, brak szczególnych restrykcji w zakresie przedmiotu, procedurę opartą na klauzuli *opt–out* polegającą na tym, że to pełnomocnik, firma prawnicza prowadząca proces zbiorowy decyduje o składzie grupy powodów i jedynie informuje o tym jej członków (odmiennie do klauzuli opt–in), brak obowiązku pokrywania kosztów obrony pozwanego przez powodów w razie przegrania procesu; por. U. Leimbacher i in., *op.cit.*

[19] W ujęciu pozytywnym trzeba przyznać, że działania tak doradców jak i mediów wpływają po prostu na podnoszenie świadomości oraz podjęcie decyzji o dochodzeniu roszczenia.

[20] *Tort cost* mierzony jako suma odszkodowań i świadczeń dla poszkodowanych, kosztów obrony i wydatków administracyjnych; por. analizy *Towers Perrin* (przed 1987 r. Tillinghast) – amerykańskiej firmy konsultingowej w zakresie zarządzania ryzykiem i aktuariatu, która od 1985 r. publikuje raporty dotyczące kosztu i trendów w zakresie odpowiedzialności cywilnej deliktowej; dane pochodzą z raportu z roku 2008 oraz 2002, który zawiera także próbne oceny kosztu OC deliktowej w innych krajach, (w:) *Update on U.S. Tort Cost Trends*, 2008; http://www.towersperrin.com/tp/getwebcachedoc?webc=USA/2008/200811/2008_tort_costs_trends.pdf.

Tabela nr 1. Koszt systemu odpowiedzialności cywilnej deliktowej *(tort cost)* w USA

	1950	1970	1990	2007
***Tort Cost* w mld USD**	1,8	13,9	130,2	252
PKB w mld USD	294	1.039	5.803	13.808
***Tort Cost* jako % PKB**	0,62	1,34	2,24	1,83
***Tort Cost* per capita w USD**	12	68	522	835

Źródło: Update on U.S. Tort Cost Trends, 2008.

W latach 90. ubiegłego stulecia zaczęto dostrzegać zmiany w podejściu do kwestii sporów i odszkodowań na rynkach europejskich, w tym zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, gdzie wskazuje się, że zmiany datuje się od połowy lat 80.[21], jakkolwiek w tym okresie koszty systemu odpowiedzialności cywilnej deliktowej oceniane w odniesieniu do wartości produktu krajowego brutto były znaczące także w innych krajach[22]. Według Tillinghast[23] koszt ten w roku 1998 wynosił odpowiednio: dla USA 1,9% GDP, Włochy 1,7%, Niemcy 1,3%, Francja i Japonia po 0,8%, Wielka Brytania 0,6 % GDP (zastrzega się tu, że w latach 1994–98 w Wielkiej Brytanii wartość produktu krajowego brutto wzrosła o 25% i był to najszybszy wzrost w Europie, inaczej wskaźnik ten byłby porównywalny do Francji czy Japonii).

W analizie zjawiska *compensation culture* na rynku brytyjskim[24] – zwrócono uwagę na następujące elementy specyficzne dla tego wzrostu:

- wzrost ilości i wartości roszczeń oraz kosztów pomocy prawnej (w tym zwłaszcza dla podmiotów pozwanych) – przy tym dane za lata 1992–2001 wskazują, że w tym okresie na rynku brytyjskim wzrosła przede wszystkim ilość roszczeń, gdyż uwzględniając inflację wartość przykładowych kwot odszkodowania przy określonych uszczerbkach pozostała na podobnym poziomie[25];
- ekspansja roszczeń w dotąd wolnych obszarach – byli uczniowie pozywają szkoły w związku ze szkodami wynikłymi z niskiej jakości nauczania lub błędów w procesie oceny, żołnierze, policjanci i pracownicy służb ratowniczych domagają się kompensat za cierpienia psychiczne i traumy wynikłe w związku z pracą, pełnieniem służby; spekulanci pozywają banki i doradców finansowych za brak ostrzeżenia o kryzysie na rynku nieruchomości, a pracownicy swoich pracodawców za stres wynikły z przepracowania – uwagę zwraca tu nasilenie cierpień psychicznych, trudnych do weryfikacji, jako podstawa roszczenia oraz kierowanie roszczeń do podmiotów „pewniejszych", jako potencjalny zobowiązany do kompensacji z uwagi na pozycję finansową, w tym w dużej mierze do podmiotów publicznych.

Z uwagi na drugi z wymienionych elementów – kontrowersyjność pewnych roszczeń – powstała tendencja do negatywnej oceny owej ekspansji roszczeń, określanej, jako *compensation culture*, *culture of litigatio*n. Wskazywano[26] na wiele negatywnych konsekwencji[27]:

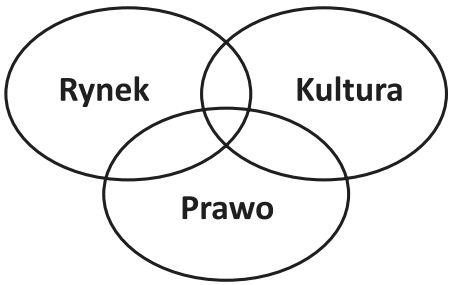
[21] F. Furedi, *op.cit.*
[22] J. Lowe, *op. cit.*
[23] Por. wyjaśnienia dot. raportów *Towers Perrin* we wcześniejszych przypisach.
[24] F. Furedi, *op. cit.*
[25] Por. zestawienie w Appendix II, (w:) J. Lowe, *op. cit.*
[26] F. Furedi, *op.cit.*, J. Lowe, *op.cit.*
[27] Kwestia ta wielokrotnie zresztą była także dyskutowana na rynku amerykańskim.

- kreowanie atmosfery sporów[28], obaw związanych z ryzykiem odpowiedzialności, co blokuje innowacyjność przedsiębiorstw lub prowadzi do nadmiernych restrykcji w zakresie niektórych usług czy obszarów działalności (zakaz jazdy na sankach w parkach miejskich, skoków do wody na basenach publicznych, czy nakaz noszenia gogli ochronnych na zajęciach sportowych dla dzieci, a w biznesie rezygnacja np. z wprowadzenia produktu na rynek);
- wzrost kosztów ekonomicznych i społecznych – koszt odpowiedzialności cywilnej ponoszony pierwotnie przez podmioty zobowiązane do zapłaty, w ostatecznym jednak rozrachunku obciąża społeczeństwo, konsumentów dóbr i usług (także, gdy jest transferowana na ubezpieczyciela, o czym w dalszej części);
- pogarszającą się strukturę kosztu odszkodowania – szacuje się na rynku brytyjskim, średnio ponad 1/3 (a w przypadku wypadków komunikacyjnych i OC pracodawcy – obowiązkowo ubezpieczanych 40%) kwoty, jaką zostaje obciążony podmiot odpowiedzialny to koszty prawne i administracyjne (dla porównania Towerrs Perrin szacuje w swoich raportach, że na rynku amerykańskim jedynie 42% kwoty trafia do poszkodowanego, 17% stanowią koszty pełnomocnika poszkodowanego, 16% obrony pozwanego, reszta to koszty administracyjne; w przypadku odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela, koszty administracyjne szacowane są na poziomie 23 %)[29].

3. Czynniki wzrostu ilości i wartości roszczeń

Sam wzrost ilości i wartości roszczeń oraz wskazywane negatywne konsekwencje stały się także w Europie – podobnie jak wcześniej na rynku amerykańskim[30] – podstawą do poszukiwania przyczyn i czynników, jak i ewentualnych koniecznych reakcji. Oczywistym jest, że ilość i zakres roszczeń determinowany jest wieloma czynnikami. Aspekty ekonomiczne, prawne i społeczne przenikają się, oddziałują na siebie wzajemnie, dlatego ich korelacja powinna być brana pod uwagę przy analizie i ocenie aktualnego stanu oraz tendencji w badanym obszarze. Zależności te obrazuje Rysunek nr 1.

Rysunek nr 1. Relacje między rynkiem a kulturą i prawem[31]



[28] Posiłkowanej na rynku brytyjskim także przez organizacje konsumenckie promujące aktywne postawy „why don't you complain".

[29] Por. raport *Tores Perrin,* 2008 oraz J. Lowe, *op. cit.*

[30] Już w 1986 r. powstało stowarzyszenie American Tort Reform Association (ATRA), skupiające przedsiębiorców, korporacje, gminy, przedstawicieli grup zawodowych, opowiadające się za reformą systemu odpowiedzialności cywilnej deliktowej i wskazujące na konieczne (zdaniem stowarzyszenia) ograniczenia zakresu odpowiedzialności za szkody i zmiany systemu dochodzenia roszczeń; http://www.atra.org/.

[31] A. Brodecka–Chamera, *Zrozumieć rynek ubezpieczeń*, (w:) Z. Brodecki, M. Serwach, M. Glicz (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz,* t. I, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 16.

Omówienie wszystkich czynników wykraczałoby poza ramy opracowania, przy tym istnieje wiele czynników specyficznych dla poszczególnych obszarów odpowiedzialności (związanych z wypadkami komunikacyjnymi, świadczeniem usług medycznych, wypadkami przy pracy, korzystaniem z produktów oraz usług profesjonalnych podmiotów, a także związanych z popełnieniem przestępstwa[32] i inne). W kontekście przedmiotu artykułu istotne jest wskazanie na ile istotne są zmiany zachowań społecznych oraz co je determinuje i jak należy je oceniać.

W literaturze dotyczącej *compensation culture* zwraca się uwagę na zmiany w postawach społecznych. F. Furedi[33] zwraca uwagę, że był w Wielkiej Brytanii okres, gdy fakt, że ludzie doznali szkody osobowej (nawet poważnej), nie nasuwał automatycznie myśli o tym, że należy dochodzić odszkodowania. Wskazuje dwa przykłady zmiany podejścia. W 1966 r. w katastrofie w Aberfan, walijskiej wiosce w wyniku obsunięcia się hałdy górniczej na domy i szkołę zginęło 116 dzieci i 28 dorosłych – nikt nie wysunął roszczenia o odszkodowanie. W latach 70. *Criminal Injuries Compensation Board* była zakłopotana z powodu niskiego poziomu odpowiedzi na system rekompensat dla poszkodowanych na osobie w wyniku przestępstwa (por. powołana wcześniej ilość aktualnych roszczeń).

Pojawia się pytanie czy obserwowana w okresie późniejszym zmiana postaw – w 1990 r. *British Coal* zostało pozwane przez kobietę, która była w dzieciństwie świadkiem tragedii w Aberfan w związku z cierpieniem i załamaniem nerwowym – to zmiana mentalności czy zmiana świadomości. Mentalność to charakterystyczny sposób myślenia i odnoszenia się do rzeczywistości, wynik przyjęcia określonych zasad i wartości, które wyznaczają sposób zachowania jednostki lub grupy społecznej. Świadomość to wiedza i umiejętności. Modyfikując nieco definicję świadomości ubezpieczeniowej T. Szumlicza[34], można by stwierdzić, że świadomość odszkodowawcza to wiedza i umiejętności pozwalające racjonalnie skorzystać z możliwości dochodzenia kompensacji doznanej szkody.

Zmiana postawy społecznej w analizowanym obszarze polega na większej skłonności oraz determinacji, wytrwałości w dochodzeniu roszczenia. Skłonność jest istotna na poziomie podejmowania decyzji o dochodzeniu roszczenia, wytrwałość ma znaczenie w konsekwencji jego dochodzenia. W obu etapach poszkodowani uwzględniają ewentualną konieczność uczestniczenia w długotrwałym procesie sądowym, opowiadania o trudnych przeżyciach, udowadniania swoich racji w opozycji do argumentów obrony pozwanego czy sądu pierwszej instancji w razie niekorzystnego wyroku, poddawania się ekspertyzom biegłych. Decyzje poszkodowanego (jak każde decyzje) determinowane są silnie przez cechy indywidualne decydenta[35], w tym osobowość, wykształcenie, wiek[36].

W wymiarze społecznym istotna jest także ocena otoczenia, które może wspierać, odwołując się do poczucia sprawiedliwości społecznej (najczęściej najbliżsi) bądź krytykować za „chęć przekucia krzywdy na korzyści finansowe" (często dalsze otoczenie)[37]. Przykładem takich ocen

[32] W Wielkiej Brytanii odszkodowania za szkody osobowe wynikłe z przestępstwa wypłacane są przez utworzone w 1996 r. *Criminal Injuries Compensation Authority* (wcześniej od 1964 r. *Criminal Injuries Compensation Board)*; co ciekawe wg danych za rok 2000 w Wielkiej Brytanii złożono ponad 78 tys. wniosków o takie odszkodowanie, co stanowi ilość większą niż łączna złożona w pozostałych państwach EU w tym okresie (kolejno Francja 13,4 tys., Niemcy 9,7 tys., Szwecja 6,5 tys.); por. J. Lowe, *op.cit.*, Apendix III.

[33] F. Furedi, *op.cit.*, s. 4.

[34] T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2006, s. 21.

[35] J. Supernat, *Decydowanie w zarządzaniu. Problemy, metody, techniki,* Kolonia Limited, Wrocław 1997.

[36] Kass, *Risk in Decision Making as a Function of Age, Sex and Probability Preference*, Child Development, Vol. 35, No. 2, Blackwell Publishing, 1964.

[37] Najpowszechniejsze opinie zgłaszane w wywiadach z klientami firmy doradczej w zakresie odszkodowań.

społecznych może być także prezentowana w orzecznictwie na rynku polskim – w okresie poprzedniego ustroju negacja podstaw pieniężnej kompensacji uszczerbku w postaci krzywdy, zwłaszcza po śmierci osoby bliskiej i odmiennie – w ostatnich latach – uznanie więzi rodzinnych za dobro osobiste, którego naruszenie uzasadnia zadośćuczynienie, czy faktu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości i w razie uszczerbku na zdrowiu zadośćuczynienie pieniężne powinno być odpowiednio duże[38].

Zmiany postaw społecznych w zakresie skłonności i wytrwałości w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych determinowane są jak wskazano przez wiele czynników – za najważniejsze (także na tle doświadczeń innych krajów) należy uznać obok zmian w orzecznictwie (też mentalnych?) zmiany regulacji w zakresie podstaw dochodzenia roszczeń (zadośćuczynienie za krzywdę własną lub po śmierci osoby bliskiej, dobra osobiste), sposobu (np. instytucja pozwów zbiorowych[39], które – obok ułatwień organizacyjnych – zapewniają wsparcie grupy w procesie decyzyjnym[40]) zmiany zasad wynagradzania i obniżenia kosztów sądowych. W Wielkiej Brytanii podkreśla się, że najistotniejsze determinanty to dopuszczenie możliwości dochodzenia odszkodowania za cierpienia psychiczne, wprowadzenie w 1999 r. (jeden z elementów Woolf Reform) możliwości uzgodnienia wynagradzania w formie *no win – no fee* (*conditional fee* – CFA) oraz rozwój usług prawników i firm doradczych, pośredniczących w dochodzeniu roszczeń (*claims management*)[41]. System wynagradzania uzależniony od sukcesu zwiększa istotnie skłonność do dochodzenia roszczeń, gdyż niweluje finansowe ryzyko poszkodowanego, w Wielkiej Brytanii i USA dodatkowo prawnik może dzięki ubezpieczeniu pokryć własne koszty, nieodzyskane w razie przegranej od pozwanego. Koszty mogą być także finansowane z systemu pomocy prawnej opłacanej przez państwo bądź ubezpieczeń ochrony prawnej posiadanych przez powoda. Podobną rolę minimalizującą ryzyko finansowe pełni system (możliwość) finansowania kosztów związanych z dochodzeniem roszczenia (także, a może zwłaszcza w pozwach zbiorowych) przez osobę trzecią, niezwiązaną z osobą poszkodowaną (*third party funding*), która ponosi przy tym ryzyko ewentualnej przegranej, za cenę prowizji w przypadku sukcesu[42]. Procedury takie sto-

[38] Por. np. wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 21 stycznia 2005 r., I Aca 554/2005 oraz wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 18 listopada 1998 r., II CKN 353/98.

[39] Instytucja pozwów zbiorowych weszła w życie w Polsce w dniu 19 lipca 2010 r.

[40] Badania wskazują, że dyskusja w grupie zwiększa skłonność do akceptacji ryzyka por. R.D. Clark, *Risk Taking in Groups: A Social psychological Analysis*, Journal of Risk and Insurance 1974, nr 1; podobny efekt wywołuje wspomniana procedura *opt–out* stosowana w pozwach zbiorowych na rynku amerykańskim, gdzie poszkodowany może zostać „odgórnie" objęty pozwem zbiorowym, a decyzji wymaga ewentualna rezygnacja i wyjście z grupy; na zagrożenie wynikające z pozwów zbiorowych z opcją *opt–out*, w związku z ich pojawieniem się, wskazuje się także w Anglii i Walii.

[41] P. Fenn, N. Rickman, D. Vencappa, *The unintended consequences of reforming civil procedure: Evidence from the Woolf reforms in England and Wales,* 2009.

[42] Na rynku amerykańskim dodatkowo powód w przypadku przegranej jak wspomniano nie jest zobowiązany do zwrotu kosztów obrony pozwanego, co z jednej strony obniża ryzyko powoda, z drugiej potęguje koszt odpowiedzialności cywilnej z punktu widzenia podmiotów zagrożonych; w Wielkiej Brytanii na tle sprawy Arkin vs Borchard Lines (2005) finansowanej przez osobę trzecią dla zysku sąd orzekł, że w przypadku przegranej powoda podmiot finansujący zobowiązany jest do zwrotu kosztów na rzecz pozwanego do poziomu, który dopasowany jest do poszkodowanego, ograniczając w ten sposób ekspozycję podmiotu finansującego Por. *Litigation and business. Transatlantic trends*, 2008; RAND Europe and Lloyd's; http://www.lloyds.com oraz U. Leimbacher i in., *op.cit*.; „kwestie te implikują dyskusje na temat sposobu finansowania kosztów dochodzenia roszczeń" por. raport brytyjskiej The Civil Justice Counsel „The Future Funding of Litigation – Alternative Funding Structures"; http://www.civiljusticecounsel.gov.uk/files/future_funding_litigation_paper_v117_final.pdf.

sowane są na rynku amerykańskim, pojawiły się również na rynku europejskim, np. w Wielkiej Brytanii i Niemczech[43].

Podobną sytuację mamy obecnie w Polsce, gdzie nastąpiło wiele istotnych dla decyzji o dochodzeniu roszczeń zmian na rynku. Najistotniejsze to: obniżenie w 2006 r. wysokości opłaty sądowej do 5% od kwoty dochodzonego roszczenia[44] oraz w praktyce większa wydaje się także skłonność sądów do zwolnienia lub obniżenia należnej opłaty; zmiana w 2007 r. okresów przedawnienia dla dochodzenia przez poszkodowanych roszczeń od sprawcy (i w konsekwencji ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia OC)[45]; zmiana w 2008 r. w zakresie wprowadzenia możliwości przyznania poszkodowanym pośrednio zadośćuczynienia po śmierci osoby bliskiej[46] (jakkolwiek już wcześniej pojawiły się roszczenia o zadośćuczynienie po śmierci oparte na koncepcji naruszenia dóbr osobistych) oraz regulacja dotycząca praw pacjenta i roszczeń z tytułu ich naruszenia (2009).

Dodatkowo w ostatnich latach także na polskim rynku pojawiły się firmy specjalizujące się w dochodzeniu roszczeń odszkodowanych, pobierających najczęściej wynagrodzenie zależnie od sukcesu, firmy te dodatkowo zapewniają niekiedy finansowanie w całości lub części kosztów związanych z dochodzeniem roszczenia (biegłych, kosztów leczenia lub rehabilitacji, opłat sądowych). Nastąpił także wzrost zainteresowania obszarem odszkodowań po stronie adwokatów i radców prawnych. Przy czym rośnie ich ilość. Liczba adwokatów wzrosła w latach 2005 – 2010 o około 1/3. Dziś jest łącznie 36 599 adwokatów i radców prawnych. Zakłada się, że do 2013 r. liczba ta wzrośnie do ok. 50 tys. i wówczas jeden prawnik licencjonowany będzie przypadał na 755 mieszkańców (obecnie ok. 1 012)[47]. Wskazuje się także, że posiadanie ochrony ubezpieczeniowej przez podmiot odpowiedzialny zwiększa ilość roszczeń, jako, że indemnizacja jest pewniejsza (wzrost obserwowany jest np. przy wprowadzeniu obowiązku ubezpieczenia – tak np. w Wielkiej Brytanii ilość roszczeń wobec lekarzy wzrosła trzykrotnie w ciągu pierwszych 5 lat po wprowadzeniu obowiązku ubezpieczenia (1992–1997); podczas gdy w tym okresie wskazywano, że np. w Szwecji, gdzie obowiązek ubezpieczenia miał pacjent (formuła *first party insurance*) odnotowuje się rocznie około 10 roszczeń z tytułu negatywnych następstw świadczeń medycznych[48]).

Obok tych czynników za podstawowy uznaje się także wzrost świadomości i wiedzy, w tym zarówno ogólnej[49], jak i w zakresie prawa i odszkodowań. Na rynku brytyjskim zwłaszcza przeciwnicy „mitu" *compensation culture* podkreślają znaczenie wzrostu świadomości. Zwracają

[43] W USA stanowe przepisy (tzw. *cham perty laws*) ograniczyły *third party funding* do poszczególnych stanów; w Europie pojawiły się oferty finansowania dużych spraw lub pozwów zbiorowych przez podmioty z Australii, por. *Litigation and business…*

[44] Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz. U. z 2005 r., nr 167 poz. 1398.

[45] Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, Dz. U. z 2007 r., nr 80, poz. 538, zmiana weszła w życie dnia 10 sierpnia 2007 r. i spowodowała także przedłużenie terminu przedawnienia dla spraw, dla których termin ten nie upłynął przed wejściem w życie zmiany.

[46] Ustawa z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2008 r., nr 116, poz. 731; zmiana weszła w życie dnia 3 sierpnia 2008 r.

[47] Dla porównania liczba mieszkańców przypadająca na jednego prawnika w USA to 264, a w UE: Włochy 279 (najmniejsza obok Grecji i Hiszpanii), Wielka Brytania 436, Niemcy 559, a Irlandia 2202; por. Raport o dostępności pomocy prawnej, Naczelna Rada Adwokacka, 12 stycznia 2010; http://adwokatura.pl/newsletter/gfx/File/001/DANE.pdf.

[48] R. Świtał, *Ubezpieczenia we Francji*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 1998, nr 7–8, s. 44.

[49] Jak słusznie – w kontekście edukacji ubezpieczeniowej – podnosi T. Szumlicz (por. T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości…*, s. 21) w kształceniu wyróżnia się wiedzę ogólną, bez której nie da się podnosić wiedzy specjalistycznej.

uwagę (stanowisko MASS przytaczane w raporcie *Constitutional Affairs Committee*[50], że konsument jest zwykle o wiele lepiej poinformowany niż 10 lat temu i skłonny do wykonywania swoich uprawnień. Obok ogólnego wzrostu poziomu wykształcenia mamy działania wspierające, popularyzujące kształcenie w zakresie finansów osobistych i ubezpieczeń. Istotną rolę w zakresie podnoszenia świadomości i zwiększania skłonności do dochodzenia roszczeń odgrywają także działania edukacyjne i wspierające różnych instytucji, w tym szczególnie Rzecznika Ubezpieczonych, organizacji konsumenckich. Dodatkowo nie bez znaczenia jest też edukacja medialna – bezpośrednia i pośrednia, w tym upublicznianie informacji o sukcesach określonych roszczeń (tak w Polsce w kwestii uznania więzi rodzinnych za dobro osobiste podlegające ochronie), wysokości świadczeń. Specyficzny wpływ na społeczeństwo wywierają także informacje o kwotach zadośćuczynienia zasądzanych za naruszenie dóbr osobistych osób publicznych (abstrahując od dyskusji dotyczącej uzasadnionego zakresu ochrony tych dóbr).

4. Konsekwencje dla funkcjonowania systemu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej

Z uwagi na fakt, że w wielu przypadkach świadczenia dla poszkodowanych wypłacane są przez ubezpieczycieli, odpowiedzialnych gwarancyjnie z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej warto zwrócić uwagę na konsekwencje analizowanego zjawiska w tym obszarze. Tendencje w zakresie odszkodowań i świadczeń są szczególnie istotne dla ubezpieczycieli, gdyż stanowią one (wraz z kosztami administracyjnymi związanymi z procesem likwidacji szkody) jeden z podstawowych kosztów działalności, wpływają na rentowność produktu, ale też całej działalności. Wpływ ten potęgowany jest przez wielkość portfela ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, przy czym należy zwrócić uwagę, że intensyfikacja roszczeń związanych z ubezpieczeniem dotyczy obszarów, w których ubezpieczenie jest obowiązkowe (odpowiedzialność za wypadki komunikacyjne czy – w niektórych krajach odpowiedzialność cywilna pracodawcy bądź podmiotów świadczących usługi zdrowotne[51]). Tendencje te stanowią też istotny czynnik dla decyzji aktuarialnych, w tym procedur underwritingu i taryf oraz kalkulacji rezerw i planowania kosztów operacyjnych. Trudności aktuarialne potęguje cecha tzw. długich ogonów w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, odnoszona w literaturze anglojęzycznej do faktu, że roszczenia powstają lub mogą być ostatecznie rozliczone dopiero w długim okresie po zakończeniu okresu, na jaki polisa została wystawiona[52]. Związane jest to z długimi na większości rynków okresami przedawnienia, długim okresem inkubacji niektórych szkód osobowych, świadczeniami długookresowymi (renty), czy możliwym uzależnieniem ustalenia odpowiedzialności od wyników postępowania karnego. Konieczne jest zatem uwzględnienie długookresowych tendencji, w tym także projekcja zmian postaw społecznych i oddziaływania zmian regulacji w przyszłości. Trudności obrazuje fakt, że obecnie ocenia się, że drastycznie spada zyskowność działalności ubezpieczycieli odpowiedzialności cywilnej, szczególnie na rynku amerykańskim[53]. W konse-

[50] *Constitutional Affairs Committee: Compensation culture*, Third Report of Session 2005–06, Volume II; The Stationery Office by Order of the House, 2006; http:// www.parliament.uk/conaffcom.

[51] W Polsce w 2010 r. w konsekwencji wejścia w życie obowiązku ubezpieczenia dla lekarzy wykonujących zawód na terytorium RP – art. 48 a dodany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przez ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. nr 219, poz. 1708.

[52] Por. Insurance Glossary International Risk Management Institute; http://www.irmi.com oraz np. R. Enz, T. Holzheu, *The economics of liability losses – insuring the moving target*, Swiss Reinsurance Company Ltd., Sigma 2004, nr 6; http://www.swissre.com – jakkolwiek należy zwrócić uwagę, że pojęcie „długich ogonów" w literaturze aktuarialnej odnoszone jest do szkód relatywnie wysokich, ale rzadko występujących.

[53] Swiss Re, *Commercial liability: a challenge for business and their insurers*, Swiss Reinsurance Company Ltd., Sigma 2009, nr 5; http://www.swissre.com.

kwencji wpływa to na dostępność ochrony ubezpieczeniowej, warunki, na jakich ryzyko może być przez podmiot zagrożony transferowane na ubezpieczyciela. Na rynku brytyjskim średnie wzrosty stawek za ubezpieczenie OC w 2002 r. szacowane były w przedziale 30–50%. Niektóre przedsiębiorstwa – głównie z branży budowlanej lub produkcyjnej wskazywały, że w ich przypadku wzrost wynosił nawet ponad 200% (15% respondentów z grupy 276 badanych) bądź, że w ostatnich 2 latach (przed 2002 r.) miały trudności w zakupie ochrony ubezpieczeniowej[54]. Swiss Re (2009)[55] ocenia, że wydatki na ubezpieczenia odpowiedzialności stale rosną – szybciej niż wzrost światowego GDP i dzieje się tak z uwagi na wzrost roszczeń w prawie wszystkich regionach, wzrost wydatków na opiekę zdrowotną, tendencje orzecznicze. Wzrost wydatków wynika zarówno ze wzrostu składek (choć te na wielu rynkach ograniczane są przez bardzo silną konkurencję), jak i wzrost popytu na ochronę ubezpieczeniową (tak w zakresie odpowiedzialności cywilnej jak i ochrony prawnej). W 2008 r. na świecie składki na ubezpieczenie OC zapłacone przez podmioty gospodarcze stanowiły ok. 25% składek przedsiębiorstw i jednocześnie prawie 9% ogółu składki z ubezpieczeń *non–life*. Aż 95% tego udziału (w składce z ubezpieczeń *non–life*) generowały kraje rozwinięte, w tym USA 54%, Wielka Brytania i Niemcy 8%, Francja i Włochy po 5%. W przypadku Wielkiej Brytanii ok. 30% składki pochodziło z ubezpieczenia OC pracodawcy[56]. Rosnący koszt powoduje, że konieczne staje się wdrożenie przez podmioty zagrożone procedur zarządzania ryzykiem odpowiedzialności, także poprzez włączenie w strategie zintegrowanego procesu zarządzania ryzykiem, w celu kontrolowania, minimalizacji kosztów i utrzymania ryzyka na ubezpieczalnym poziomie[57].

Wzrost ryzyka odpowiedzialności cywilnej powoduje także rozszerzanie obowiązku ubezpieczenia, co obserwujemy także na polskim rynku[58]. Narzucenie obowiązku wpływa to pozytywnie na dostępność ochrony w trudnych obszarach (np. odpowiedzialność cywilna zawodowa), jak i na jej powszechność, a w konsekwencji zabezpieczenie poszkodowanych (jakość tego zabezpieczenia zależy oczywiście od zakresu ochrony, na polskim rynku dosyć kontrowersyjne są niektóre wartości minimalnych wymaganych sum gwarancyjnych). Z drugiej strony, jak wspomniano już, wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia powoduje często wzrost roszczeń, gdyż zakład ubezpieczeń (podobnie jak instytucja publiczna) traktowany jest, jako instytucja „pewniejsza" z punktu widzenia skuteczności dochodzenia roszczeń.

W kontekście ubezpieczeń warto także zwrócić uwagę na wpływ analizowanego zjawiska na inne podmioty. Z punktu widzenia poszkodowanych stan obecny i tendencje w zakresie odszkodowań obrazują zakres kompensaty szkód, jakiego mogą oczekiwać na rynku. Zakres uzyskanej przez nich kompensacji strat ma także wymiar społeczno ekonomiczny – wpływa na sytuację ofiar wypadków oraz ich bliskich. Poziom zabezpieczenia ich potrzeb z systemu obowiązkowych ubezpieczeń gospodarczych jest miernikiem efektywności transferu tego ryzyka (o charakterze powszechnym) na ubezpieczycieli. Z innej perspektywy stanowią także o wielkości ryzyka Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego odpowiadającego w określonych przypadkach, a także

[54] Ch. Parsons, *An analysis of current problems in the UK liability insurance market*, Office of Fair Trading, Crown, 2003, http://www.oft.gov.uk.

[55] Swiss Re, *op.cit.*

[56] Ubezpieczenie to jest obowiązkowe *(The Employers' Liability (Compulsory Insurance) Regulations 1998).*

[57] Swiss Re, *op.cit.*

[58] W krajach OECD powszechność, rodzaje obszarów i rodzaje ryzyka, w odniesieniu do których ubezpieczenie jest obowiązkowe, są bardzo zróżnicowane. Francja, Belgia i Portugalia mają ponad lub prawie 100 ubezpieczeń obowiązkowych (choć nie wszystkie funkcjonują w praktyce), Włochy około 70. Umiarkowana ilość obowiązkowa jest w Niemczech i Austrii (20–30), mniejsza – po kilkanaście w Wielkiej Brytanii, Czechach, Niderlandach czy Grecji, a zaledwie kilka w Turcji i Irlandii; na podstawie: *Insurance in the Baltic Countries*, OECD Publishing 2004.

tych sprawców szkody, którzy zobowiązani będą do ostatecznego pokrycia szkody w przypadku roszczenia regresowego ze strony ubezpieczyciela lub UFG bądź w związku z retencją części ryzyka (wybraną lub wymuszoną przez ograniczenia akceptacji lub ceny). W przypadku jednak, gdy odpowiedzialność przejmuje ubezpieczyciel można by odnieść wrażenie, że mniejsze znaczenie ma funkcja represyjna odpowiedzialności odszkodowawczej. Ubezpieczeniowa formuła powoduje, że finansowe konsekwencje dla sprawcy zazwyczaj są stosunkowo niewielkie, wyrażają się w ewentualnej podwyżce składki ubezpieczeniowej. Jednak należy zwrócić uwagę, że zazwyczaj ochrona ubezpieczeniowa wyłączana jest w przypadku winy umyślnej, niekiedy także w przypadku rażącego niedbalstwa, zaś w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, w których ustawodawca narzuca na ubezpieczyciela obowiązek pokrycia szkód wyrządzonych w sytuacjach, które z moralnego punktu widzenia nie zasługują na ochronę, ze względu na zachowanie sprawcy, wprowadzany jest regres.

Dodatkowo w sytuacji przejęcia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia OC istnieje też pokusa do innego formułowania roszczenia, niż miałoby to miejsce w stosunku do sprawcy, jako podmiotu o mniejszym potencjale finansowym. Sądy zaś jak wynika z doświadczeń USA, Francji i Belgii wykazują skłonność do surowszej oceny odpowiedzialności i zasądzania większych odszkodowań, biorąc pod uwagę kondycję finansową nie sprawcy, lecz ubezpieczyciela[59]. Wydaje się jednak, że – w równej mierze – w przypadku braku ubezpieczenia OC słabsza pozycja finansowa sprawcy wymusza ograniczenie roszczeń w stosunku do rzeczywistej wielkości szkody, z uwagi na nierealność uzyskania kompensaty w pełnej wysokości w praktyce, nawet mimo korzystnego wyroku w postępowaniu sądowym.

Zakończenie

Ocena wskazanych wcześniej negatywnych konsekwencji zjawiska kultury roszczeniowej nie jest w literaturze jednoznaczna. Z jednej strony stanowiska zależą od punktu widzenia, reprezentowanej strony, z drugiej strony od okresu – oceny negatywne, eksponujące wady charakterystyczne np. na rynku brytyjskim dla publikacji wcześniejszych[60] oraz podmiotów związanych z ubezpieczycielami (Stowarzyszenie Aktuariuszy[61]). Większość zarzutów poddaje się kontrargumentacji[62]. Atmosfera sporów i restrykcje mogą być oceniane jako wykonywanie jedynie przysługujących praw w sferze dochodzenia kompensacji strat, czy poprawa bezpieczeństwa, wzrost kosztów ekonomicznych i społecznych implikuje jednak przychody określonych podmiotów (prawnicy, doradcy, biegli, mediatorzy, państwo czy system sądownictwa, ubezpieczyciele w związku ze wzrostem popytu na ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej). W przypadku dystrybucji kosztów należy zwrócić uwagę, że koszty te nie zawsze zmniejszają kwotę odszkodowania (zależy to oczywiście od systemu prawnego i często od tego czy sprawa rozstrzygana jest na drodze sądowej, czy polubownej)[63]. W odniesieniu do zarzutów nadmiernej ekspansji

[59] R. Świtał, *Ubezpieczenia we Francji*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 1998, nr 7–8.

[60] F. Furedi, *op.cit*.

[61] Por. J. Lowe, *op.cit*.

[62] Por. niektóre uwagi (w:) *Better Regulation Task Force*: Better Routes to Redress; Crown London 2004; archive.cabinetoffice.gov.uk/brc/upload/assets/.../betterroutes.pdf czy stanowsku rządu (w:) *Tackling the „Compensation Culture"*, *op. cit.* oraz np. stanowisko MASS w raporcie *Constitutional Affairs Committee (2006, op. cit.)*.

[63] W Wielkiej Brytanii np. ubezpieczyciel powinien liczyć się z koniecznością pokrycia *success fee* oraz kosztu składki za ubezpieczenie ATE pełnomocnika (*After the Event*) dodatkowo zgodnie z precedensem Callery v. Gray por. J. Lowe, *op. cit.*; inaczej jednak jest w sytuacji, gdy poszkodowany może skorzystać z polisy ubezpieczenia ochrony prawnej BTE (*Before the Event*), z której powinny zostać pokryte koszty związane z dochodzeniem roszczenia – por. case Sarwar v. Alam; *ibidem*.

roszczeń, przekraczania granic zdrowego rozsądku i tym samym kreowania niepotrzebnych, kosztownych z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia sporów zwraca się uwagę, że to właśnie pełnomocnicy stworzą naturalny filtr dla tego typu roszczeń, gdyż dochodzenie roszczeń niepewnych, nierokujących sukcesu w kontekście regulacji prawnych oraz linii orzeczniczej będzie nieopłacalne, zwłaszcza w przypadku ustalenia wynagrodzenia warunkowego.

Skoro wzrost świadomości jest nieunikniony, negatywne oceny zjawiska *compensation culture* wydają się ewoluować w kierunku poszukiwań złotego środka[64]. Wśród postulowanych zmian za najważniejsze uznaje się poprawę efektywności dochodzenia roszczeń (np. szybka ścieżka dla roszczeń niewielkich, w tym z wykorzystaniem mediacji[65], ograniczenia wysokości prowizji dla pełnomocników[66]), działania prewencyjne (*risk management*) w obszarach podwyższonego ryzyka oraz minimalizujące wielkość szkody (nacisk na wczesną i efektywną rehabilitację w przypadku szkód osobowych). Niemniej wciąż wskazuje się, że pewne obszary wymagają szczególnej troski i rozważenia ewentualnych zmian w regulacji, w tym zwłaszcza obszar usług medycznych, tak, by obawa przed konsekwencjami ewentualnych błędów nie powodowała, że pozytywna dbałość o profesjonalizm usług i bezpieczeństwo nie przerodziła się w paraliżujące fobie[67].

Dr **Ilona Kwiecień**, Katedra Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

[64] Por. rekomendacje m.in. (w:) *Better Regulation Task Force*, *op. cit.*, oraz ich ocenę (w:) *Tackling the „Compensation Culture"*, *op. cit.*

[65] Jak wynika z badań rynku brytyjskiego po wprowadzeniu reformy Woolf z 1999 r. mediacje istotnie obniżają koszt dochodzenia roszczeń, jednak w praktyce wykorzystywane są przeważnie w sporach gospodarczych, w zakresie dochodzenia roszczeń z tytułu deliktów do sądu trafia 60–80%; por. J. Peysner, M. Seneviratne, *The management of civil cases: the courts and the post–Woolf landscape,* DCA Research report 9/2005; http://www.dca.gov.uk/research/2005/9_2005_full.pdf.

[66] W Wielkiej Brytanii w sprawie Callery v. Gray pierwotnie sąd pierwszej instancji zaaprobował wynagrodzenie w wysokości 40%, sąd apelacyjny po rozważeniu dodatkowych wyjaśnień w sprawie uznał, ze premia powinna być nie większa niż 20 % o ile nie zachodzą wyjątkowe okoliczności. Dla porównania na polskim rynku taki limit zastosowany został w przypadku instytucji pozwów zbiorowych; oczywiście istotną kwestią jest czy wynagrodzenie w postaci *success fee* ma redukować kwotę odszkodowania (W Wielkiej Brytanii, jak wskazano w niniejszym artykule, raczej pokrywane jest przez pozwanego).

[67] Jakkolwiek wskazuje się na rynku amerykańskim, ze błędy oczywiste, które nie powinny mieć miejsca jak np. usunięcie zdrowego organu w wyniku nie dość starannej diagnostyki powinny być oceniane surowo (por. Raport *Towers Perrin* 2008).

Summary of the article

Compensation culture – dynamics of phenomenon in the context of civil liability and liability insurance

The article is dedicated to the issue of changes in social attitudes towards claim compensation from those responsible for the loss. These changes, having been observed in the European market since the 80s of last century, are examined through the prism of the experience of the U.S. market, where they were judged negatively due to the expansion of claims in the content area while creating the atmosphere of disputes and their economic and social costs. The author examines the concept and origins of this phenomenon, known as the compensation culture, she highlights the importance of increasing the awareness concerning compensation and general knowledge of this issue. She also discusses other factors affecting the changes in social attitudes, including, inter alia, legislation and trends in case law, development of advisory services and changes in the claiming or litigation costs. These factors are discussed with reference to changes introduced to the Polish market. The final section briefly underscores the consequences of the analyzed phenomenon for the system of civil liability insurance.

Justyna Orlicka

Wyłączenie grupowe dla porozumień dotyczących standardowych warunków ubezpieczenia – stan obecny i postulaty *de lege ferenda*

Uwagi wstępne

W wielu państwach członkowskich Unii Europejskiej związki ubezpieczycieli zajmują się opracowywaniem standardów warunków ubezpieczeń (s.w.u.), które następnie są rozpowszechniane – jako zalecenia – pomiędzy ich członkami. Treść takich standardów odzwierciedla sumę doświadczeń wspólnie opracowujących je ubezpieczycieli i jest częścią kultury ubezpieczeniowej w danym państwie, stanowiąc przedmiot komentarzy[1], analiz teoretyczno – prawnych i wykładni stosowanej przez sądy[2]. Tworzenie s.w.u. może być jednak nie tylko efektem doświadczeń z praktyki kształtowania treści, a następnie wykonywania umów ubezpieczenia danego rodzaju[3] – przyczyną wspólnej inicjatywy może być równie dobrze brak wystarczającej wiedzy i praktyki w dziedzinie ubezpieczania określonych ryzyk[4].

Opracowywanie i rozpowszechnianie s.w.u. prowadzi do standaryzacji oferowanych na rynku produktów ubezpieczeniowych, czyli ogólnych warunków ubezpieczeń (o.w.u.), przez co nie jest obojętne z punktu widzenia zakazu porozumień ograniczających konkurencję. Jednocześnie jednak współpraca ubezpieczycieli na tym polu może przynosić liczne korzyści zarówno im samym, jak i ubezpieczającym (ubezpieczonym). Możliwość uzyskania tych korzyści sprawia, że warto zachęcać ubezpieczycieli do opracowywania i rozpowszechniania s.w.u. Instrumentem, który pozwala stymulować rynek ubezpieczeniowy do kooperacji przy jednoczesnym minimalizowaniu strat dla konkurencji, są rozporządzenia Rady Ministrów (RM) o wyłączeniach grupowych spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję.

W dniu 31 marca 2011 r. wygasa rozporządzenie RM z dnia 30 lipca 2007 r. w sprawie wyłączenia niektórych rodzajów porozumień, zawieranych pomiędzy przedsiębiorcami prowadzącymi działalność ubezpieczeniową, spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję[5], będące aktem wykonawczym do ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów

[1] J. Łopuski, *Europeizacja prawa dotyczącego umowy ubezpieczenia*, Zeszyty Prawnicze Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, nr 4.2, Warszawa 2004, s. 13.

[2] M. Molęda, *Standard mile widziany,* Miesięcznik Ubezpieczeniowy 2007, nr 11, s. 13.

[3] M. Bednarek, *Wzorce umów w prawie polskim,* Warszawa 2005, s. 6.

[4] Por. pkt 27 decyzji Komisji nr 90/25 z dnia 20 grudnia 1989 r. w sprawie *Concordato Incendio*, Dz. Urz. WE L 15 z 19.01.1990, s. 25.

[5] Dz. U. z 2007 r., nr 137, poz. 964.

(u.o.k.ik.)[6]. W związku z tym toczy się obecnie dyskusja dotycząca następnego rozporządzenia RM[7].

Jednym z rodzajów porozumień korzystających obecnie z wyłączenia grupowego są porozumienia przedsiębiorców prowadzących działalność ubezpieczeniową dotyczące opracowywania i rozpowszechniania niewiążących standardów ogólnych warunków ubezpieczenia dla ubezpieczeń bezpośrednich. Niniejszy artykuł jest głosem w toczącej się dyskusji, popierającym dalsze wyłączenie grupowe tych porozumień.

1. Charakter prawny wyłączeń grupowych

Niezbędnym wprowadzeniem do dalszych wywodów jest wyjaśnienie, czym są wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję. Zakaz ten, skierowany do przedsiębiorców, znajduje się w art. 6 ust. 1 *in initio* u.o.k.ik., który brzmi: „zakazane są porozumienia, których celem lub skutkiem jest wyeliminowanie, ograniczenie lub naruszenie w inny sposób konkurencji na rynku właściwym". W dalszej części tego przepisu znajduje się katalog przykładowych porozumień ograniczających konkurencję; na pierwszym miejscu znalazły się w nim porozumienia polegające na: „ustalaniu, bezpośrednio lub pośrednio, cen i innych warunków zakupu lub sprzedaży towarów". W odniesieniu do przedsiębiorców prowadzących działalność ubezpieczeniową porozumienia takie przyjmują postać ustalania wysokości składek i warunków umów ubezpieczenia.

Zakaz z art. 6 ust. 1 u.o.k.ik. nie ma bezwzględnego charakteru; prawodawca przewidział tu wyjątki[8]. Jednym z nich jest art. 8 ust. 1 u.o.k.ik., który stwierdza, że: „zakazu, o którym mowa w art. 6 ust. 1, nie stosuje się do porozumień, które jednocześnie:

1) przyczyniają się do polepszenia produkcji, dystrybucji towarów lub do postępu technicznego lub gospodarczego;
2) zapewniają nabywcy lub użytkownikowi odpowiednią część wynikających z porozumienia korzyści;
3) nie nakładają na zainteresowanych przedsiębiorców ograniczeń, które nie są niezbędne do osiągnięcia tych celów;
4) nie stwarzają tym przedsiębiorcom możliwości wyeliminowania konkurencji na rynku właściwym w zakresie znacznej części określonych towarów".

Przytoczony powyżej art. 8 ust. 1 u.o.k.ik. ma charakter działającego „automatycznie" wyjątku legalnego[9]. Za sprawą jego obowiązywania porozumienia, spełniające określone w nim przesłanki, są *ex lege* wyjęte (wyłączone) spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję. W efekcie ich zawieranie jest dopuszczalne, a co więcej – z uwagi na ich pozytywne skutki (*vide:* przesłanki wymienione w pkt 1–2) i ograniczoną szkodliwość (*vide:* przesłanki wymienione w pkt 3–4) – niejednokrotnie nawet pożądane. Wyjątek legalny obejmuje więc takie rodzaje porozumień, które:

---

[6] Dz. U. z 2007 r., nr 50, poz. 331.

[7] Jej przejawem jest choćby konferencja „Rynki ubezpieczeń gospodarczych: ile konkurencji? ile kooperacji? – Małe Forum Ubezpieczeniowe II", zorganizowana w dniu 1 grudnia 2010 r. przez Centrum Studiów Antymonopolowych i Regulacyjnych Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

[8] A. Jurkowska, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we wspólnotowym i polskim prawie ochrony konkurencji,* (w:) A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008, s. 36.

[9] A. Jurkowska, (w:) T. Skoczny (red.), *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 354.

1) naruszają zakaz porozumień ograniczających konkurencję (art. 6 ust. 1 u.o.k.ik.), czyli szkodzą konkurencji, ale jednocześnie
2) spełniają cztery przesłanki z art. 8 ust. 1 u.o.k.ik., czyli przynoszą korzyści zdolne przewyższyć straty, wynikające z ograniczenia konkurencji.

Zgodnie z art. 8 ust. 2 u.o.k.ik. „ciężar udowodnienia okoliczności, o których mowa w ust.1, spoczywa na przedsiębiorcy". Oznacza to, że strony zawartego porozumienia muszą być w stanie wykazać, iż spełnia ono cztery przesłanki wyłączenia spod zakazu z art. 6 ust. 1 u.o.k.ik. W praktyce udowodnienie tego jest niejednokrotnie zadaniem trudnym, wymagającym przeprowadzenia złożonej analizy ekonomicznej i prawnej stanu faktycznego. W u.o.k.ik. przewidziany został zatem instrument, którego zadaniem jest zdjęcie z przedsiębiorców ciężaru omawianego dowodu – chodzi tu właśnie o wyłączenia grupowe. Na mocy delegacji ustawowej, zawartej w art. 8 ust. 3 u.o.k.ik., „Rada Ministrów może, w drodze rozporządzenia, wyłączyć określone rodzaje porozumień spełniające przesłanki, o których mowa w ust. 1, spod zakazu, o którym mowa w art. 6 ust. 1, biorąc pod uwagę korzyści, jakie mogą przynieść określone rodzaje porozumień". Rozporządzenie RM jest aktem o charakterze generalnym i abstrakcyjnym, odnoszącym się do z góry nieokreślonej liczby porozumień określonego w nim rodzaju – to dlatego mówi się o grupowym charakterze udzielonego w ten sposób wyłączenia.

Normy zawarte w rozporządzeniach RM o wyłączeniach grupowych mają charakter domniemań prawnych. Nakazują one organowi stosującemu prawo uznać za udowodnione, że sprecyzowane w nich rodzaje porozumień spełniają przesłanki z art. 8 ust. 1 u.o.k.ik. W efekcie ciężar dowodu tej okoliczności zostaje zdjęty z przedsiębiorców. Jedyne, co muszą oni wykazać to to, że zawarte pomiędzy nimi porozumienie wchodzi w zakres zastosowania przepisów rozporządzenia RM (czyli należy do rodzaju wyłączonych grupowo porozumień), co bez wątpienia jest łatwiejsze do udowodnienia. Obowiązywanie rozporządzenia o wyłączeniach grupowych podnosi znacznie pewność prawa po stronie przedsiębiorców i może być odczytywane jako zachęta do zawierania porozumień należących do wyłączonego rodzaju. Jeżeli przedsiębiorcy zechcą ukształtować łączące ich porozumienie inaczej, niż przewiduje to rozporządzenie RM, muszą liczyć się z koniecznością samodzielnego wykazania, że spełnia ono przesłanki z art. 8 ust. 1 u.o.k.ik. Porozumienia nieobjęte wyłączeniami grupowymi mogą więc być także dopuszczalne.

2. Porozumienia dotyczące s.w.u. jako rodzaj porozumień wyłączonych grupowo w rozporządzeniu RM z 2007 r.

Rozporządzenie RM z 2007 r. wyłącza grupowo kilka rodzajów porozumień pomiędzy przedsiębiorcami prowadzącymi działalność ubezpieczeniową; jednym z nich są porozumienia polegające na opracowywaniu i rozpowszechnianiu niewiążących standardów ogólnych warunków ubezpieczenia dla ubezpieczeń bezpośrednich (§ 3 pkt 3)[10]. Zgodnie z § 2 pkt 9 tego aktu prawnego przez s.w.u. należy rozumieć „wszelkie postanowienia zawarte we wzorze lub wzorcowej umo-

[10] Pozostałe rodzaje wyłączonych porozumień to porozumienia dotyczące:
„– opracowywania i rozpowszechniania kalkulacji przeciętnego kosztu ubezpieczenia od określonych ryzyk w przeszłości oraz opracowywania i rozpowszechniania, w związku z ubezpieczeniem zawierającym elementy kapitalizacji, tabel danych śmiertelności oraz zestawień danych pokazujących częstotliwość chorób, wypadków i kalectwa,
– prowadzenia badań związanych z działalnością ubezpieczeniową oraz rozpowszechniania ich wyników,
– opracowywania i rozpowszechniania niewiążących modeli przedstawiających zyski,
– wspólnego ubezpieczania od określonych kategorii ryzyka przez grupy koasekuracyjne i koreasekuracyjne,
– opracowywania, uznawania i rozpowszechniania specyfikacji technicznych, zasad i kodeksów praktyki dotyczących urządzeń zabezpieczających".

wie ubezpieczenia przygotowanej wspólnie przez przedsiębiorców prowadzących działalność ubezpieczeniową lub związki tych przedsiębiorców". Zakres udzielonego wyłączenia obejmuje opracowywanie i rozpowszechnianie nie tylko wzorów całych umów ubezpieczenia (z zastrzeżeniem wszakże listy „czarnych klauzul" – zob. niżej), ale także wzorów fragmentów tych umów i wzorów pojedynczych klauzul[11].

W § 10 rozporządzenia RM określiła warunki, pod jakimi udziela wyłączenia grupowego omawianemu rodzajowi porozumień. Pierwszy z nich to wymóg niewiążącego charakteru s.w.u., mający zapobiegać nadmiernemu ujednoliceniu o.w.u., opracowywanych następnie przez biorących udział w porozumieniu ubezpieczycieli (§ 10 pkt 1 i 2). Wymóg ten musi być spełniony zarówno w wymiarze formalnym, jak i materialnym. Zgodnie z rozporządzeniem RM z 2007 r. s.w.u. są formalnie niewiążące, gdy „są opracowywane i rozpowszechniane z zastrzeżeniem, że nie mają charakteru wiążącego oraz że ich używanie w żaden sposób nie jest zalecane i gdy jednocześnie stanowią, że możliwe jest uzgodnienie przez strony umowy ubezpieczenia innych warunków". Nietrudno jednak przewidzieć, że samo zamieszczenie w treści s.w.u. powyższych zastrzeżeń nie jest żadną gwarancją braku faktycznego związania nimi ubezpieczycieli. Dlatego też niezbędnym uzupełnieniem tych postanowień jest § 12 pkt 1 rozporządzenia, z którego wynika, że s.w.u. muszą być niewiążące także materialnie. Zgodnie z tym przepisem, w razie, gdy przedsiębiorcy prowadzący działalność ubezpieczeniową porozumieją się pomiędzy sobą, że nie będą stosować s.w.u. innych, niż wspólnie opracowane, wyłączenie grupowe nie znajdzie zastosowania.

Drugi warunek wyłączenia wynika z § 10 pkt 3 rozporządzenia i polega na tym, że s.w.u. muszą być „dostępne dla każdego i udostępniane na żądanie". Oznacza to, że uczestniczący w porozumieniu ubezpieczyciele mają obowiązek udostępnić s.w.u. np. ubezpieczycielom nie będącym stronami porozumienia (w tym także swoim konkurentom), ubezpieczającym, ubezpieczonym, Rzecznikowi Ubezpieczonych, organizacjom konsumenckim. Jedynym warunkiem uzyskania dostępu do s.w.u. przez te podmioty jest zgłoszenie takiego żądania – wykluczone jest zatem uzależnianie przekazania s.w.u. np. od wniesienia, nawet niewielkiej, opłaty.

Rozporządzenie RM z 2007 r. zawiera także pokaźny katalog „czarnych klauzul". Jest to lista postanowień, których zamieszczenie w s.w.u. powoduje, że porozumienie nie jest objęte wyłączeniem grupowym. W § 11 i § 12 pkt 2 rozporządzenia wyszczególnionych zostało 12 takich klauzul, które można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą klauzule, których zamieszczenie w s.w.u. groziłoby nadmierną standaryzacją i zahamowaniem innowacyjności (§ 11 pkt 1–3 i 11, § 12 pkt 2)[12], do drugiej należą zaś te klauzule, których zamieszczenie w s.w.u. skutkowałoby

[11] Jak zostało to zaznaczone powyżej, przepisy rozporządzeń RM o wyłączeniach grupowych zawierają domniemania prawne, że określone w nich rodzaje porozumień spełniają przesłanki z art. 8 ust. 1 u.o.k.ik. Stanowią tym samym wyjątki od reguły rozkładu ciężaru dowodu, wyrażonej w art. 8 ust. 2 tej ustawy. Analizowana tu definicja legalna s.w.u. – literalnie ją traktując – mówi tylko o wspólnym opracowywaniu i rozpowszechnianiu wzorów całych umów ubezpieczenia. Skoro norma ta jest wyjątkiem, nie może podlegać wykładni rozszerzającej, zgodnie z zasadą *exceptiones non sunt extendendae*. Postawiona w niniejszym artykule teza, iż pojęcie s.w.u. obejmuje także wzory fragmentów tych umów, a także wzory pojedynczych klauzul jest jednak rezultatem wnioskowania *a fortiori* (w teorii prawa dopuszcza się ten rodzaj wnioskowania w odniesieniu do wyjątków – zob. L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006, s. 221). Opierając się na *argumentum a maiori ad minus* (wnioskowaniem z większego na mniejsze) uznać należy, że jeżeli domniemywa się, iż przesłanki z art. 8 ust. 1 u.o.k.ik. spełnia porozumienie polegające na opracowywaniu i rozpowszechnianiu standardów całych umów ubezpieczenia, to tym bardziej przesłanki te spełnia porozumienie polegające na opracowywaniu i rozpowszechnianiu standardów fragmentów tych umów lub pojedynczych klauzul.

[12] Ujmując w skrócie treść tych klauzul: nie podlegają wyłączeniu s.w.u., które wskazują poziom składek brutto, określają wysokość sum ubezpieczenia i udziałów własnych, narzucają rozległy zakres ubezpieczenia, wykluczają

nadmiernym związaniem ubezpieczającego z ubezpieczycielem (§ 11 pkt 4–10 rozporządzenia)[13].

Reasumując, na mocy rozporządzenia RM z 2007 r. wyłącza się grupowo porozumienia dotyczące opracowywania i rozpowszechniania s.w.u., jeżeli te s.w.u. odpowiadają definicji z § 2 pkt 10, spełniają warunki z §10 i §12 pkt 1 i nie zawierają żadnej z klauzul, wymienionych w § 11 i § 12 pkt 2 tego aktu prawnego.

3. Zmiany w wyłączeniach grupowych dla sektora ubezpieczeniowego na poziomie unijnym

Rozporządzenie RM z 2007 r. wykazuje silną zbieżność treściową z rozporządzeniem Komisji Europejskiej (WE) nr 358/2003 z dnia 27 lutego 2003 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym[14], które wygasło dnia 31 marca 2010 r. Był to akt prawa unijnego, wydany w celu zastosowania reguł konkurencji, wynikających z art. 101 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE)[15].

Przepis art.101 TFUE formułuje w ust. 1 zakaz porozumień ograniczających konkurencję, a w ust. 3 przewiduje wyjątek legalny od tego zakazu[16]. Treść zakazu z art. 101 ust. 1 TFUE pokrywa się z treścią zakazu z art. 6 ust. 1 u.o.k.ik., a zakres wyjątku legalnego z art. 101 ust. 3 TFUE pokrywa się z zakresem wyjątku legalnego z art. 8 ust. 1 u.o.k.ik. (z tego względu nie ma potrzeby przytaczania brzmienia przepisów traktatowych). Powodem tej zbieżności jest fakt, iż przywołane przepisy krajowe są „bezpośrednio wzorowane" na wspomnianych przepisach unijnych[17]. Zakaz z art. 101 ust. 1 TFUE znajduje zastosowanie do tych porozumień, „które mogą wpływać na handel pomiędzy państwami członkowskimi"[18], rozumiany jako przepływ towarów, osób, usług i kapitału[19]). Z kolei w zakres zastosowania zakazu krajowego wchodzą porozumienia, które „wywołują lub mogą wywoływać skutki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej" (art. 1 ust. 2 u.o.k.ik.). Niejednokrotnie zdarza się tak, że konkretne porozumienie jednocześnie podlega zakazom ustanowionym przez obydwa porządki prawne.

---

lub ograniczają ubezpieczenie w związku z zastosowanymi urządzeniami zabezpieczającymi oraz które wykluczają ochronę z powodu cech ubezpieczającego.

[13] Ujmując w skrócie treść tych klauzul: nie podlegają wyłączeniu s.w.u., które przewidują jednostronną zmianę warunków umowy (innych niż czas jej trwania) przez ubezpieczyciela, jednostronną zmianę czasu trwania umowy przez ubezpieczyciela, nadmiernie długi okres ochrony ubezpieczeniowej, zbyt długi okres automatycznego przedłużania umowy, „odżywanie" ochrony ubezpieczeniowej oraz które narzucają ubezpieczanie różnych ryzyk u tego samego ubezpieczyciela i zobowiązują ubezpieczającego do cesji w razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia.

[14] Dz. Urz. UE L 053 z 28.02.2003, s. 8, Polskie Wydanie Specjalne roz. 08, t. II, s. 230. W pkt I uzasadnienia do projektu rozporządzenia RM z 2007 r. wyjaśniono, iż „podobne brzmienie obu aktów prawnych nie może dziwić, bowiem projektując niniejsze rozporządzenie posiłkowano się znacznie dłużej funkcjonującymi rozwiązaniami wspólnotowymi, które uważane są powszechnie za słuszne".

[15] Traktat z dnia 25 marca 1957 r., wersja skonsolidowana opublikowana w Dz. Urz. UE C 83 z 30.03.2010, s. 47, w brzmieniu nadanym Traktatem z Lizbony zmieniającym Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisanym w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r., Dz. Urz. UE C 306 z 17.12.2007, s. 1.

[16] Ust. 2 tego przepisu formułuje sankcję nieważności z mocy prawa porozumień naruszających zakaz z ust. 1, a nie wchodzących w zakres zastosowania ust. 3. Rozwijanie kwestii owej sankcji cywilnoprawnej jest jednak zbędne dla celów niniejszego artykułu.

[17] A. Jurkowska, (w:) T. Skoczny (red.), *Ustawa o ochronie…* , s. 365.

[18] Przez handel pomiędzy państwami członkowskimi należy rozumieć „cały obrót gospodarczy" pomiędzy nimi. R. Zäch, *Grundzüge des Europäischen Wirtschaftsrecht*, Zürich, Basel, Genf 2005, s. 292.

[19] M.L. Alonso, *Die Neuausrichtung der Zwischenstaatlichkeitsklausel der Art. 81, 82 EG*, Frankfurt am Main 2003, s. 58. Tak też H.J. Bunte, *Kartellrecht*, München 2003, s. 370.

Jak wyżej wspomniano, unijny zakaz porozumień ograniczających konkurencję ma charakter względny, ponieważ nie znajduje zastosowania do porozumień, które spełniają przesłanki wyłączenia. Ciężar udowodnienia tego, że dane porozumienie spełnia te przesłanki spoczywa na przedsiębiorcach[20]. Instrumentem służącym do zdjęcia z nich ciężaru dowodu na tę okoliczność są rozporządzenia Komisji o wyłączeniach grupowych[21]. Zawierają one normy o charakterze domniemań prawnych, nakazujące organom stosującym prawo przyjąć bez dowodu, iż porozumienia odpowiadające przepisom rozporządzenia spełniają przesłanki wyłączenia z art. 101 ust. 3 TFUE.

Wspomniane rozporządzenie Komisji nr 358/2003, będące „pierwowzorem" dla rozporządzenia RM z 2007 r., z dniem 1 kwietnia 2010 r. zostało zastąpione rozporządzeniem Komisji (UE) nr 267/2010 w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym[22]. Nowe rozporządzenie wprowadziło dość radykalne zmiany w dziedzinie wyłączeń grupowych dla sektora ubezpieczeniowego, polegające przede wszystkim na zredukowaniu kategorii wyłączonych porozumień. Wśród kategorii porozumień, dla których Komisja nie udzieliła już w rozporządzeniu nr 267/2010 wyłączenia grupowego, znalazły się porozumienia dotyczące s.w.u.

Nad kształtem rozporządzenia nr 267/2010 Komisja zastanawiała się przez kilka ostatnich lat[23]. Podstawowe pytanie, które sobie zadawała, analizując potrzebę ponowienia wyłączenia

[20] Zob. art. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wprowadzenia w życie reguł konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 Traktatu, Dz. Urz. WE L 1 z 04.01.2003, s. 1, Polskie Wydanie Specjalne roz. 08, t. II, s. 205.

[21] Zgodnie z art. 103 ust. 2 lit. b TFUE Rada ma kompetencję do wydawania rozporządzeń i dyrektyw, które mają na celu „ustanowienie szczegółowych zasad stosowania artykułu 101 ustęp 3, przy uwzględnieniu potrzeby, z jednej strony, zapewnienia skutecznego nadzoru, a z drugiej – uproszczenia w największym możliwym stopniu kontroli administracyjnej". Na mocy tego przepisu Rada wydała liczne rozporządzenia (tzw. kompetencyjne), w których upoważniła Komisję do wydawania rozporządzeń (tzw. wykonawczych), uszczegóławiających ramowe postanowienia rozporządzeń Rady. Jednym z takich rozporządzeń kompetencyjnych jest rozporządzenie Rady (EWG) nr 1534/91 z dnia 31 maja 1991 r. w sprawie stosowania art. 85 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym (Dz. Urz. WE L 143 z 07.06.1991, s. 1, Polskie Wydanie Specjalne roz. 08, t. I, s. 68). Na podstawie upoważnienia zawartego w tym rozporządzeniu Komisja wydała już trzy rozporządzenia wykonawcze – jednym z nich jest wspomniane rozporządzenie nr 358/2003, będące „pierwowzorem" dla rozporządzenia RM z 2007 r.
Zaznaczyć należy, że Traktat z Lizbony wprowadził zmiany w kwestii źródła kompetencji Komisji do wydawania rozporządzeń wykonawczych. Na mocy tego traktatu wprowadzony został mianowicie art. 105 ust. 3 TFUE, zgodnie z którym „Komisja może przyjmować rozporządzenia dotyczące kategorii porozumień, w odniesieniu do których Rada przyjęła rozporządzenie lub dyrektywę zgodnie z artykułem 103 ustęp 2 litera b)". Sens wprowadzonej zmiany B. Kurcz, *Lizboński miszmasz. Wpływ traktatu lizbońskiego na prawo konkurencji,* (w:) B. Kurcz (red.), *Prawo i ekonomia konkurencji. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2010, s. 38, wyjaśnia następująco: „Traktat nie zmienia (…) zasadniczo kompetencji Komisji *ratione materiae*. Wcześniej Komisja wydawała takie rozporządzenia na podstawie delegacji udzielonej w akcie legislacyjnym przez Radę. Po wejściu w życie traktatu lizbońskiego może działać bezpośrednio na podstawie przepisu traktatowego. Niemniej jednak i tak wymagane są uprzednie akty Rady, określające ramowo uprawnienia Komisji".

[22] Dz. Urz. UE L 83 z 30.03.2010, s. 1.

[23] W 2005 r. Komisja zdecydowała o przeprowadzeniu dochodzenia w dziedzinie ubezpieczeń dla przedsiębiorców, które zakończyło się wydaniem w styczniu 2007 r. podsumowującego je Raportu (*Business insurance sector inquiry. Inquiry into the European business insurance sector pursuant to Article 17 of Regulation 1/2003, January 2007*, dostępny na stronie internetowej: http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial_services/inquiries/interim_report_24012007.pdf). Przy okazji tego dochodzenia Komisja zajęła się zebraniem informacji od ubezpieczycieli i ich związków, dotyczących intensywności zachodzącej pomiędzy nimi kooperacji. Poczynione w toku dochodzenia obserwacje zasiały w Komisji pierwsze wątpliwości co do słuszności zakresu obowiązującego wówczas rozporządzenia nr 358/2003. W roku 2008, przygotowując dla Parlamentu Europejskiego

grupowego dla poszczególnych kategorii porozumień, brzmiało: „czy ryzyka biznesowe lub inne okoliczności występujące w sektorze ubezpieczeniowym czynią go „szczególnym" i innym od pozostałych sektorów w tym sensie, iż prowadzą do istnienia zwiększonej potrzeby kooperacji pomiędzy ubezpieczycielami" na tym polu[24]? Poszukując odpowiedzi na to pytanie Komisja posługiwała się pomocniczym kryterium, polegającym na badaniu, czy dana kategoria porozumień jest specyficzna dla sektora ubezpieczeniowego tj. występuje tylko w nim i nie jest spotykana w innych sektorach.

Przeprowadzona przez Komisję analiza porozumień dotyczących s.w.u. wykazała, że po pierwsze – nie spełniają one kryterium pomocniczego. Ta kategoria porozumień stanowi bowiem odmianę tzw. porozumień kondycjonalnych, tj. określających warunki, na jakich ich uczestnicy będą w przyszłości zawierali umowy z osobami trzecimi[25]. Dokonywane pomiędzy przedsiębiorcami w ramach takich porozumień uzgodnienia niejednokrotnie przyjmują „postać wzorów umów (umów standardowych) lub uzgodnionych klauzul"[26]. Po drugie – Komisja doszła do wniosku, że nie daje się również zauważyć, aby w sektorze ubezpieczeniowym istniała zwiększona, w porównaniu z innymi sektorami, potrzeba kooperacji w dziedzinie standardowych warunków umów. Jako przykład sektora bardzo zbliżonego do ubezpieczeniowego Komisja przywołała sektor bankowy. Źródłem owego podobieństwa jest to, że zarówno banki, jak i ubezpieczyciele bardzo często posługują się w stosunkach z klientami obszernymi i skomplikowanymi wzorcami umownymi. Wspólną cechą tych wzorców jest ponadto duża „wrażliwość" na zmiany stanu prawnego, która sprawia, że z tego tylko powodu mogą one ulegać częstym modyfikacjom[27]. Z konsultacji, przeprowadzonych przez Komisję w sektorze bankowym, wynika, że kooperacja w dziedzinie standardowych warunków różnego rodzaju umów bankowych jest intensywna, pomimo tego, że nigdy nie była objęta wyłączeniem grupowym; zdaniem ankietowanych przedstawicieli tego sektora brak takiego wyłączenia „nie spowodował, jak dotychczas, żadnych istotnych trudności dla banków"[28]. Konsultacje w sektorze bankowym przekonały Komisję, że jeżeli ubezpieczyciele będą mieli potrzebę współpracy w dziedzinie opracowywania s.w.u., to będą kooperować również bez pomocy sektorowego wyłączenia grupowego. Z tego względu zrezygnowała z dalszego faworyzowania sektora ubezpieczeniowego wobec innych sektorów.

Pewną rekompensatą za nieprzedłużenie wyłączenia grupowego dla porozumień dotyczących s.w.u. będą Wytyczne Komisji w sprawie stosowania art. 101 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do horyzontalnych porozumień kooperacyjnych. Projekt tego dokumentu został

---

i Rady sprawozdanie na temat funkcjonowania tego rozporządzenia, Komisja przeprowadziła szerokie konsultacje, w celu zgromadzenia informacji o faktycznym zakresie jego wykorzystania, skutkach jego obowiązywania oraz oczekiwaniach przedsiębiorców co do dalszych decyzji legislacyjnych. W wyniku przeprowadzonych konsultacji, w marcu 2009 r. Komisja wydała sprawozdanie, w którym nie tylko zaprezentowała ich wyniki, ale też przedstawiła swoje propozycje zmian w sferze wyłączeń grupowych dla sektora ubezpieczeniowego (Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003 w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, KOM (2009) 138, opublikowane na stronie internetowej: http://eur–lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do ?uri=COM:2009:0138:FIN:PL:HTML). Znakomitą większość tych propozycji wcieliła w życie w rozporządzeniu nr 267/2010.

[24] Pkt 5 Sprawozdania Komisji z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003.

[25] S. Włodyka, *Strategiczne umowy przedsiębiorców*, Warszawa 2000, s. 390–391. Uznając powszechny charakter tych karteli, autor ten nie wyodrębnia żadnych rodzajów działalności gospodarczej, której prowadzenie wiązałoby się ze szczególną „pokusą" zawierania porozumień kondycjonalnych.

[26] *Ibidem* , s. 390–391.

[27] Pkt 14 Sprawozdania Komisji z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003.

[28] *Ibidem.*

upubliczniony 4 maja 2010 r. – jego ostateczna wersja ma zostać przyjęta „pod koniec roku [2010 – J.O.]"[29]. Wytyczne Komisji są aktami niewiążącymi[30], wydawanymi „w celu ułatwienia stosowania reguł konkurencji oraz wprowadzenia przejrzystości i pewności prawnej w odniesieniu do praktyki administracyjnej Komisji"[31]. W zapowiadanych Wytycznych znajdą się rozbudowane wskazówki, dotyczące oceny z punktu widzenia art. 101 TFUE porozumień standaryzacyjnych, do których należą m.in. porozumienia dotyczące „standardowych warunków sprzedaży lub kupna" – w tym zawierane w sektorze ubezpieczeniowym porozumienia dotyczące s.w.u.[32]

4. Czy zmiany w wyłączeniach grupowych dla sektora ubezpieczeniowego na poziomie unijnym „wiążą ręce" polskiemu prawodawcy?

Odpowiedź na to pytanie wymaga ustalenia, jaki związek zachodzi pomiędzy rozporządzeniami Komisji o wyłączeniach grupowych a rozporządzeniami RM o wyłączeniach grupowych.

Akcesja Polski do Unii Europejskiej zaowocowała silnym upodobnieniem krajowego prawa konkurencji do rozwiązań unijnych, co po części jest skutkiem obowiązku zbliżenia prawa krajowego do unijnego, a po części dobrowolnym czerpaniem z unijnych wzorców. Przyjmuje się, że ukształtowanie zakazu porozumień ograniczających konkurencję (art. 6 ust. 1 u.o.k.ik.) jako zakazu o charakterze względnym (poprzez możliwość wyłączenia spod niego porozumień określonych w art. 8 ust. 1 u.o.k.ik.) było koniecznym dostosowaniem prawa polskiego do unijnego[33]. Podobnie rzecz się ma z wprowadzeniem instytucji wyłączeń grupowych w trybie rozporządzenia RM[34]. W literaturze spornym jest natomiast, czy obowiązek dostosowania prawa polskiego do unijnego obejmował także wydanie przez RM rozporządzeń wyłączających te same kategorie porozumień, które grupowo wyłączyła Komisja[35]. Przekonującym wydaje się pogląd reprezentowany przez A. Jurkowską i T. Skocznego, których zdaniem „przyjęcie wspólnotowego wzorca regulacji, opartego na względnym zakazie porozumień ograniczających konkurencję i towarzyszącym mu wyłączeniu, nie przesądza jeszcze o praktycznym wykorzystaniu instytucji wyłączeń grupowych poprzez wydanie odpowiednich rozporządzeń. Ze względu na równoległe kompetencje Wspólnoty i państw członkowskich w dziedzinie polityki konkurencji, regulacje wyłączające nie były i nie są objęte obowiązkiem harmonizacji"[36]. Pogląd ten służy także wyjaśnieniu sytuacji po akcesji do Unii Europejskiej: również obecnie RM nie ma obowiązku wydawania rozporządzeń z tego powodu, że Komisja wydała swoje rozporządzenie. Czynnikiem, który w sposób wyłączny determinuje decyzję o wydaniu rozporządzenia RM o wyłączeniach grupowych, są

[29] Taki termin został podany w komunikacie prasowym, zamieszczonym na stronie internetowej: http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/10/489&format=HTML&aged=0&language=PL&guiLanguage=en.

[30] I. Nestoruk, *Prawo konkurencji*, Warszawa 2008, s. 382.

[31] *Glossary of terms used in EU competition policy (Antitrust and control of concentrations),* Brussels 2002, s. 10, hasło: *Commission notice*.

[32] Por. pkt 252–323 projektu Wytycznych.

[33] T. Skoczny, *Dostosowanie prawa polskiego do prawa wspólnotowego w zakresie antymonopolowego prawa materialnego,* (w:) P. Saganek, T. Skoczny (red.), *Wybrane problemy i obszary dostosowania prawa polskiego do prawa Unii Europejskiej*, Warszawa 1999, s. 181.

[34] *Ibidem*, s. 181.

[35] Za istnieniem takiego obowiązku opowiadają się E. Modzelewska–Wąchal, *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów – komentarz*, Warszawa 2002, s. 93 oraz J. Jackowska, *Zakres i znaczenie wyłączenia niektórych kategorii porozumień zawieranych między przedsiębiorcami prowadzącymi działalność ubezpieczeniową spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję*, Prawo Asekuracyjne 3003, nr 2, s. 37–38. Istnieniu takiego obowiązku zaprzeczają natomiast A. Jurkowska i T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe…* , s. 69.

[36] A. Jurkowska, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe…*, s. 69.

cele stawiane przed krajowym prawem konkurencji. Jeśli jednak RM zdecyduje się skorzystać z delegacji z art. 8 ust. 3 u.o.k.ik., to wydane rozporządzenie „ze względów systemowych" powinno być „kompatybilne" ze swoim unijnym odpowiednikiem[37]. Próba wyjaśnienia, co oznacza ów wymóg kompatybilności ze względów systemowych, znajduje się w ostatnim punkcie niniejszego artykułu.

5. Argumenty przemawiające za ponowieniem wyłączenia grupowego porozumień dotyczących s.w.u. na poziomie krajowym

Podmiot poszukujący ochrony ubezpieczeniowej zazwyczaj nie ma możliwości negocjowania warunków umowy ubezpieczenia – może tylko zaakceptować o.w.u. danego ubezpieczyciela albo zrezygnować z zawarcia z nim umowy. W warunkach konkurencji na rynku jest wysoce prawdopodobne, że potencjalny ubezpieczający znajdzie zakład ubezpieczeń, którego o.w.u. okażą się dlań godne zaakceptowania[38]. W razie wzorowania się ubezpieczycieli w toku formułowania własnych o.w.u. na wspólnie opracowanych s.w.u. w skrajnym przypadku może dojść do ujednolicenia oferty rynkowej i zaniku konkurencji produktowej. Niektóre porozumienia dotyczące s.w.u. zdolne są jednak spełniać przesłanki wyłączenia, przynosząc korzyści i ubezpieczycielom i ubezpieczającym (ubezpieczonym).

Możliwość wzorowania się na s.w.u. pozwala ubezpieczycielom uniknąć długotrwałego i kosztownego procesu konstruowania własnych o.w.u. Im bardziej ramowy charakter ma prawna regulacja umowy ubezpieczenia, tym większy ciężar „regulacyjny" spoczywa na zakładzie ubezpieczeń i tym bardziej przydatne są referencyjne warunki ubezpieczenia. Wzorowanie się ubezpieczycieli na dobrze skonstruowanych s.w.u. może przyczyniać się do podnoszenia jakości o.w.u. Dostrzega się także przydatność wspólnego opracowywania s.w.u. w sytuacji pojawienia się nowych ryzyk. Opracowanie s.w.u. dla takich ryzyk umożliwia nawet małym ubezpieczycielom szybkie wprowadzanie ich ubezpieczania do swojej oferty[39].

Z perspektywy ubezpieczających (ubezpieczonych) zawieranie przez ubezpieczycieli porozumień dotyczących s.w.u. jest korzystne, ponieważ zwiększa transparentność i porównywalność oferty rynkowej. Standardy mogą po pierwsze – stanowić probierz, do którego ubezpieczający będą w procesie dokonywania wyboru najkorzystniejszej oferty przykładać występujące na rynku o.w.u. Po drugie, jeśli potencjalny ubezpieczający porównuje oferty ubezpieczycieli, które zostały oparte na tych samych s.w.u., ma znacznie ułatwione zadanie w porównaniu z sytuacją, gdyby każdy z ubezpieczycieli samodzielnie stworzył swoje o.w.u. od początku do końca. Słusznie jednak podkreśla się w literaturze, że to, czy porozumienie dotyczące s.w.u. faktycznie przynosi ubezpieczającym powyższe korzyści, jest w dużej mierze zależne od stopnia ich wyedukowania i znajomości rzeczy[40].

W kontekście podnoszenia transparentności oferty rynkowej warto także wspomnieć o przydatności s.w.u. dla organizacji konsumenckich i ubezpieczeniowych ombudsmanów, takich jak

[37] *Ibidem*.

[38] M. Orlicki, Ubezpieczenia gospodarcze, (w:) J. Panowicz–Lipska (red.), *System Prawa Prywatnego, t. VIII, Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, Warszawa 2004, s. 672.

[39] Dokument roboczy służb Komisji towarzyszący Sprawozdaniu Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003 w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, pkt 94 (dostępny na stronie internetowej: http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial_services/insurance_ber_working_document.pdf).

[40] G. Vernimmen, *Die Gruppenfreistellungsverordnung für die Versicherungswirtschaft*, Versicherungswirtschaft nr 9/1993, s. 560.

Rzecznik Ubezpieczonych. Instytucje te mogą traktować s.w.u. jako wzór do analizy stosowanych w obrocie o.w.u., prowadzonej w związku z wykonywaniem przez nie zadań służących ochronie ubezpieczonych[41].

Ze względu na możliwość osiągnięcia powyższych korzyści wydaje się, że warto w dalszym ciągu zachęcać ubezpieczycieli do zawierania porozumień dotyczących s.w.u., chociaż – jak do tej pory – obowiązywanie wyłączenia grupowego nie sprawdziło się jako zachęta do takiej kooperacji. W opublikowanym w 2007 r. Raporcie z dochodzenia w dziedzinie ubezpieczeń dla przedsiębiorców[42] Polska wymieniona została wśród państw, w których skala współpracy w zakresie s.w.u. jest „nieistotna" (*„insignificant"*)[43]. Niewykluczone, że jednym z powodów tego stanu rzeczy jest kojarzenie s.w.u. z instytucją standardowych ogólnych warunków ubezpieczeń (s.o.w.u.), wprowadzoną przez ustawę o działalności ubezpieczeniowej z dnia 29 lipca 1990 r.[44] Art. 6 ust. 1 tej ustawy stanowił: „ubezpieczyciele są obowiązani do opracowania standardowych ogólnych warunków ubezpieczeń. Standardowe warunki ubezpieczenia ubezpieczyciele przedstawiają do zatwierdzenia Ministrowi Finansów". Cel wprowadzenia instytucji s.o.w.u. do polskiego prawa ubezpieczeniowego A. Wąsiewicz wyjaśniał następująco: „ich zadaniem – jak należy zakładać – miało być pewne ujednolicenie warunków danego ubezpieczenia we wszystkich zakładach ubezpieczeń (…), zapewnienie ubezpieczającym określonego minimum ochrony ubezpieczeniowej gwarantowanej danym ubezpieczeniem, a także nadanie tym warunkom odpowiedniej rangi zarówno z punktu widzenia merytorycznego, jak formalnego"[45]. Plan ten jednak nie powiódł się, w dużej mierze z powodu chaotycznej i niejasnej regulacji tej instytucji[46]. Po 4 latach funkcjonowania instytucji s.o.w.u. ten sam autor dzielił się następującymi obserwacjami: „w chwili obecnej standardowe warunki ubezpieczeń występują tylko w nielicznych ubezpieczeniach, przy czym ich jakość zarówno z punktu widzenia ujęcia merytorycznego, jak również formalno – legislacyjnego pozostawia wiele do życzenia. Aktualnie w praktyce ich rola jest minimalna"[47].

Epizod z s.o.w.u. stanowił nieudaną – bo przymusową i przedwczesną – próbę przeszczepienia na bardzo wówczas młody krajowy rynek ubezpieczeniowy instytucji właściwych dla rynków dojrzałych. Od fiaska eksperymentu z s.o.w.u. minęło już jednak 15 lat[48] i w tym czasie polski rynek ubezpieczeniowy z pewnością znacznie się rozwinął. Dlatego też wydaje się, że warto ponowić wyłączenie grupowe dla porozumień dotyczących s.w.u. Szanse na to, że ów prawny instrument stymulowania rynku do pożądanych zachowań trafi wreszcie na podatny grunt są – wraz z postępującym rozwojem rynku – coraz większe.

6. Postulaty *de lege ferenda* dotyczące nowego rozporządzenia RM

W poprzednim punkcie starałam się wykazać, że istnieją powody ku temu, by wykorzystać instrument prawa konkurencji, jakim są rozporządzenia RM o wyłączeniach grupowych, do sty-

[41] Pkt 14 preambuły do rozporządzenia Komisji nr 358/2003.
[42] Zob. przyp. nr 23.
[43] Raport *Business insurance…*, s. 136.
[44] Dz. U. z 1990 r., nr 59, poz. 344 z późn. zm.
[45] A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia i jej charakter prawny,* (w:) A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej 1*, Bydgoszcz 1994, s. 70.
[46] Zdaniem E. Kowalewskiego, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Ewolucja i kierunki przemian*, Bydgoszcz 1992, s. 164, s. o.w.u. zasłużyły sobie na miano „dziwolągu prawnego".
[47] A. Wąsiewicz, *op.cit.*, s. 70–71.
[48] Instytucja s.o.w.u. została zniesiona ustawą z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, Dz. U. z 1995 r., nr 96, poz. 478.

mulowania rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego. Z perspektywy krajowej zachęcanie ubezpieczycieli do zawierania porozumień dotyczących s.w.u. przy użyciu tego instrumentu wydaje się wciąż celowe. Tymczasem na poziomie unijnym Komisja zrezygnowała z dalszego wyłączania grupowego tej kategorii porozumień, ponieważ uznała, że i bez tej zachęty unijni ubezpieczyciele będą je zawierali. Taka rozbieżność ocen może mieć miejsce, ponieważ – jak już była o tym mowa – unijne i krajowe prawo konkurencji mają autonomiczne cele, które nie zawsze muszą się pokrywać.

Projektując treść przepisów nowego rozporządzenia RM należy jednak mieć na względzie wspomniany wcześniej postulat „kompatybilności" rozporządzeń krajowych i unijnych. Sprowadza się on do zalecenia takiego kształtowania rozporządzeń RM, które sprawi, że w razie równoczesnej właściwości unijnego i polskiego prawa ochrony konkurencji to ostatnie zachowa swoją skuteczność. To zaś może mieć miejsce tylko wówczas, gdy prawo krajowe będzie oceniało dane porozumienie identycznie, jak prawo unijne. Kolizja norm może przyjąć dwojaką postać. W razie konfliktu norm, polegającego na tym, że prawo unijne dopuszcza określone porozumienia, a jednocześnie porządek krajowy ich zakazuje, należy przyznać pierwszeństwo prawu unijnemu[49]. W sytuacji odwrotnej, tj. gdy prawo krajowe dozwala na zawarcie porozumienia zakazanego przez prawo unijne, pierwszeństwo ma również to ostatnie[50]. Aby formułować jakiekolwiek postulaty odnośnie treści nowego rozporządzenia RM konieczne jest najpierw ustalenie, w jaki sposób porozumienia dotyczące s.w.u. ocenia obecnie prawo unijne. Ponieważ nie ma już wyłączenia grupowego Komisji dla porozumień dotyczących s.w.u. obecnie porozumienia te są oceniane na zasadach ogólnych. Sytuacja ta modyfikuje postulat „kompatybilności" – nie można co prawda oceniać „kompatybilności" rozporządzenia RM z rozporządzeniem Komisji nr 267/2010, ale można oceniać jego „kompatybilność" z ogólnymi regułami unijnego prawa konkurencji.

Analizując treść projektu Wytycznych Komisji w sprawie stosowania art. 101 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do horyzontalnych porozumień kooperacyjnych można mieć pewność, że aktualne pozostaną obydwa dotychczasowe warunki wyłączenia porozumień dotyczących s.w.u., wynikające z rozporządzenia Komisji nr 358/2003: wymóg ich niewiążącego charakteru i wymóg ogólnej dostępności. Doszedł do nich jednak dodatkowy warunek, dotyczący otwartości i przejrzystości procesu tworzenia s.w.u., polegający na konieczności zapewnienia klientom, na przejrzystych zasadach, udziału w procesie opracowywania s.w.u.[51] Szczególny sens tego warunku wyłączenia Komisja uzasadniła tym, że „pewne niewyważone klauzule są wciąż w użyciu ubezpieczycieli i że organizacje konsumenckie nie są zaangażowane w opracowywanie takich klauzul na tyle, na ile by sobie tego życzyły", a uzależnienie wyłączenia od zapewnienia klientom odpowiedniego udziału w procesie formułowania s.w.u. „byłoby idealnym scenariuszem w kategoriach zapewniania równowagi pomiędzy ubezpieczycielami a konsumentami"[52].

[49] Wynika to z art. 3 ust. 2 rozporządzenia Rady nr 1/2003.

[50] Wynika to z fundamentalnej zasady pierwszeństwa prawa unijnego – por. *Guidelines on the application of Article 81(3) of the Treaty*, Dz. Urz. UE C 101 z 27.04.2004, s. 97, pkt 14.

[51] Po raz pierwszy został on wyartykułowany przez Komisję na tle tzw. Sprawy lotniczej z 2005 r. (*The Aviation Case*), w której analizowała ona skoordynowane zachowania ubezpieczycieli, oferujących ubezpieczenia lotnicze obejmujące ryzyka wojny i terroryzmu. Pozwalając na kontynuację tej współpracy Komisja wymogła m.in., aby klienci – dotychczas nie uczestniczący w pracach komitetu zajmującego się formułowaniem standardowych warunków dla powyższych ubezpieczeń – mogli brać w nich udział i składać własne propozycje – szerzej na temat tej sprawy zob. pkt 95 Dokumentu roboczego służb Komisji towarzyszącego Sprawozdaniu Komisji z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003.

[52] Pkt 97 Dokumentu roboczego służb Komisji towarzyszącego Sprawozdaniu Komisji z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003.

Echa powyższych spostrzeżeń Komisji można znaleźć w projekcie Wytycznych – w pkt 323 tego dokumentu Komisja podaje przykład porozumienia dotyczącego s.w.u., spełniającego przesłanki z art. 101 ust. 3 TFUE – jednym z elementów owego przykładowego stanu faktycznego jest to, że „stowarzyszenie konsumentów bierze udział w procesie ustanawiania standardowych warunków polisy".

Nowe rozporządzenie RM, aby być kompatybilne z obecnymi unijnymi regułami oceny porozumień dotyczących s.w.u., musiałoby formułować wszystkie trzy powyższe warunki wyłączenia. Na koniec rozważenia wymaga jeszcze kwestia katalogu „czarnych klauzul".

Jak już była o tym mowa, rozporządzenie RM z 2007 r. jest ściśle wzorowane na rozporządzeniu Komisji nr 358/2003; wszystkie „czarne klauzule" z § 11 rozporządzenia RM miały swoje odpowiedniki w rozporządzeniu nr 358/2003. Umieszczenie określonych postanowień s.w.u. na liście „czarnych klauzul" w rozporządzeniu Komisji (lub RM) oznacza, że w razie, gdy takie postanowienie znajdzie się w s.w.u., porozumienie nie jest objęte wyłączeniem grupowym, tj. przedsiębiorcy nie mogą skorzystać z domniemania, że spełnia ono przesłanki z art. 101 ust. 3 TFUE (lub art. 8 ust. 1 u.o.k.ik.). Czy automatycznie przesądza to, że s.w.u. zawierające którąś z „czarnych klauzul" nie mogą mimo wszystko spełniać przesłanek wyłączenia?

W literaturze podkreśla się, że do „klauzul czarnych" zaliczane są tradycyjnie te postanowienia porozumień, które powodują najpoważniejsze ograniczenia konkurencji"[53], a mianowicie ustalanie cen sprzedaży produktów osobom trzecim, ograniczanie produkcji lub sprzedaży oraz podział rynków lub klientów[54]. Jest bardzo mało prawdopodobne, aby porozumienie, zawierające takie najpoważniejsze ograniczenia konkurencji, było w stanie spełnić przesłanki z art. 101 ust. 3 TFUE[55] (lub art. 8 ust. 1 u.o.k.ik.). Wydaje się wszakże, że lista „czarnych klauzul" w porozumieniach dotyczących s.w.u. wykazuje pewną odrębność w stosunku do takich klauzul występujących w innych rozporządzeniach. Do najpoważniejszych ograniczeń konkurencji należy tylko jedna klauzula z tej listy, polegająca na określaniu w s.w.u. – w jakikolwiek sposób – składek brutto, czyli cen. Wszystkie pozostałe ograniczają konkurencję w sposób znacznie mniej poważny; powodują „tylko" nadmierną standaryzację lub zahamowanie innowacyjności albo utrudniają dostęp do rynku w związku z nadmiernym związaniem ubezpieczającego z ubezpieczycielem. W związku z tym uznać należy, że porozumienie dotyczące s.w.u., które zawierałoby którąś z tych pozostałych „czarnych klauzul", mogłoby spełniać przesłanki z art. 101 ust. 3 TFUE (lub art. 8 ust. 1 u.o.k.ik.), przy czym ciężar udowodnienia tego spoczywałby wówczas na przedsiębiorcach.

W nowym rozporządzeniu RM postulować należy powtórzenie listy „czarnych klauzul" z rozporządzenia RM z 2007 r.[56] Ów rozbudowany katalog ma bowiem szczególny walor edukacyjny dla ubezpieczycieli, wskazując im w sposób kazuistyczny, czego powinni się wystrzegać tworząc s.w.u. Istnienie takiej listy stanowi również pomoc dla organu ochrony konkurencji, uwypuklając newralgiczne punkty w ocenie tej kategorii porozumień pomiędzy ubezpieczycielami. Chociaż więc zamieszczone na liście klauzule (poza określaniem poziomu składek brutto) nie stanowią najcięższych ograniczeń konkurencji, warto je w dotychczasowej roli zachować. Utrzymanie na

[53] A. Jurkowska, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe…*, s. 52.

[54] Por. pkt 11 Obwieszczenia Komisji w sprawie porozumień o mniejszym znaczeniu, które nie ograniczają odczuwalnie konkurencji na mocy art. 81 ust. 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (*de minimis*), Dz. Urz. WE C 368 z 22.12.2001, s. 13, Polskie Wydanie Specjalne roz. 08, t. II, s. 125.

[55] *Guidelines on the application of Article 81(3) of the Treaty*, pkt 46.

[56] Przy okazji warto byłoby dokonać w tej liście pewnych korekt, które pozwoliłyby usunąć z tych przepisów występujące w nich niezręczności, a miejscami nawet nonsensy, wynikające z nieumiejętnego przetłumaczenia przepisów rozporządzenia nr 358/2003.

„czarnej liście" w nowym rozporządzeniu RM tak licznych postanowień s.w.u. oznaczałoby oczywiście, że wyłączenie zostało zastosowane bardzo ostrożnie. Ta „ostrożność" nie powodowałaby jednak w żadnym razie, że prawo krajowe oceniałoby porozumienia dotyczące s.w.u. odmiennie, niż prawo unijne. Porozumienie, spełniające „wyśrubowane" normy z rozporządzenia RM spełniałoby jednocześnie przesłanki z art. 101 ust. 3 TFUE, a więc byłoby wyłączone spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję także na gruncie prawa unijnego.

Zgodnie z art. 31 pkt 8 u.o.k.ik., „opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony konkurencji i konsumentów" (w tym projektów rozporządzeń o wyłączeniach grupowych) należy do zakresu działania Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Mgr **Justyna Orlicka,** Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Summary of the article

Group exclusions of agreements concerning standard insurance conditions actual state of affairs and postulates *de lege ferenda*

March 31, 2011 is the date of the expiration of the Council of Ministers' recommendation granting a group exclusion from the prohibitions limiting the competition of chosen agreements concluded between institutions conducting insurance activity. The article is a voice in a discussion concerning the shape of the new recommendation. It focuses mostly on a group of currently excluded agreements concerning issuing of non–binding standards of general insurance terms in direct insurances. The author gives a brief look at former regulations concerning group exclusions in the Polish law. Moreover, the article contains a description of recent changes in this category observed on the European level, explaining their influence on forthcoming decisions of the Council od Ministers.

In the final part of the article, the author underscores the need of national reiteration of issuing non–binding standards of general insurance terms in direct insurances. In the article's conclusions, the author refers to postulates *de lege ferenda* pertaining to regulations excluding these agreements by virtue of the new recommendation.

Aleksander Daszewski[1]

Zadośćuczynienia za szkody niemajątkowe z art. 445 § 1 k.c. oraz art. 446 § 4 k.c.

Wstęp

Zadośćuczynienia pieniężne na rzecz osób poszkodowanych (art. 445 § 1 k.c.) oraz najbliższych członków rodziny (art. 446 § 4 k.c.), obok zwrotu wszelkich wynikłych kosztów będących następstwem uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci poszkodowanego (art. 444 § 1 i 446 § 1 k.c.)[2], przyznania renty wyrównawczej (uzupełniającej), renty tymczasowej na zwiększone potrzeby (art. 444 § 3 k.c.), jednorazowego odszkodowania – kapitalizacji renty (art. 447 k.c.) oraz stosownego odszkodowania (art. 446 § 3 k.c.) i renty alimentacyjnej (art. 446 § 2 k.c.) stanowią komplementarne świadczenia związane z zaspokojeniem szkód na osobie mających źródła w odpowiedzialności deliktowej. Przy tragicznych w skutkach wypadkach, patrząc na ich wymiar ekonomiczny, należy je kwalifikować jako podstawowe świadczenia, których celem jest kompensata powstałej krzywdy tzn. szkody o charakterze niemajątkowym po stronie zarówno bezpośrednio poszkodowanych jak i ich najbliższych.

1. Podstawowe cechy zadośćuczynienia na rzecz osób poszkodowanych z art. 445 § 1 k.c.

Pierwsze z omawianych w niniejszym opracowaniu świadczeń precyzuje art. 445 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny[3] odwołujący się do treści art. 444 § 1 k.c. stanowiąc, iż osobie bezpośrednio poszkodowanej, z pewnymi wyjątkami[4], która w wyniku wyrządzonej jej szkody doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przybliżając charakter tej wyjątkowo istotnej instytucji prawa odszkodowawczego trzeba wskazać, że jest ono świadczeniem:

- pieniężnym, wyrażonym i realizowanym w środkach finansowych;

[1] W publikacji wykorzystano materiał analityczny opisujący wybrane orzeczenia sądów powszechnych zapadłych na podstawie art. 446 § 4 k.c. przygotowany przez Mateusza Kościelniaka, studenta V roku prawa Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego, który odbywał wakacyjną praktykę w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych.

[2] Najczęściej w praktyce występują koszty: leczenia, rehabilitacji, opieki, transportu, przygotowania do wykonywania nowego zawodu oraz pochówku.

[3] Dz. U. z 1964 r., nr 16, poz. 93 z późn. zm.; dalej: k.c.

[4] Por. art. 445 § 3 k.c. Roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców poszkodowanego, ale tylko wtedy, gdy roszczenie o nie zostało uznane na piśmie lub, gdy powództwo o nie zastało wytoczone jeszcze za życia poszkodowanego.

- mającym stanowić sposób złagodzenia cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego, bowiem celem tego świadczenia jest wyrównanie uszczerbków o charakterze niematerialnym związanych z doznaną krzywdą, która przejawia się rozmiarem kalectwa, oszpeceniem, ograniczeniami ruchowymi, ograniczeniami w możliwości wykonywania czynności życia codziennego, długotrwałością cierpień, leczenia, rehabilitacji[5], poczuciem bezradności życiowej, ograniczeniem widoków i możliwości poszkodowanego w przyszłości[6];
- osobistym, tzn. przynależne jest wyłącznie poszkodowanemu, przy czym są tutaj dwa wspomniane wyżej wyjątki[7];
- fakultatywnym, tzn. w pewnym sensie uznaniowym, bowiem sądowi orzekającemu pozostawia się daleko idącą swobodę w jego przyznaniu i określeniu jego wysokości, przy czym nie oznacza to, że jest tutaj pełna dowolność.

1.2. Określanie wysokości zadośćuczynienia (tzw. miarkowanie)

Miarkując zadośćuczynienie, czyli ustalając wysokość omawianego świadczenia, co wbrew pozorom i utartej praktyce jest zadaniem wysoce skomplikowanym, trzeba przede wszystkim pamiętać, iż ma ono charakter jednorazowy a zarazem całościowy, obejmuje więc wszystkie cierpienia doznane przez poszkodowanego, także te, które poszkodowany będzie odczuwał w przyszłości. Przy jego określaniu należy uwzględnić w jego wysokości wszystkie elementy krzywdy łącznie z tymi, które mogą ujawnić się w przyszłości, przy czym w sytuacji, gdy u poszkodowanego ujawni się inna dodatkowa krzywda, której w chwili przyznawania zadośćuczynienia nie można było przewidzieć może mu być przyznana kolejna kwota tytułem zadośćuczynienia „nowej krzywdy”[8]. Częstym w praktyce przykładem takiej „nowej krzywdy” są schorzenia o podłożu neurologicznym (np. epilepsja pourazowa).

Precyzyjne miarkowanie wartości zadośćuczynienia jest bardzo trudnym procesem z uwagi na to, że ww. przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów jakimi należy kierować się przy jego wyliczaniu. Z tych też względów, czynników mających zasadniczy wpływ na wysokość zadośćuczynienia należy poszukiwać w judykaturze – orzecznictwie Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych. Dokonując szczegółowej i wyjątkowo bogatej kwerendy linii orzecznictwa, zwracają uwagę najczęściej powtarzające się czynniki współkształtujące wysokość zadośćuczynienia, do których kolejno należą:

- stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego wyrażający się w kalectwie, oszpeceniu, ograniczeniach ruchowych, ograniczeniach wykonywania czynności życia codziennego[9];
- długotrwałość choroby, cierpień, leczenia, rehabilitacji, bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne, okres dochodzenia do względnej sprawności, przywrócenie prawidłowych funkcji organizmu[10];

---

[5] Chodzi tutaj o bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne, okres dochodzenia do względnej sprawności, przywrócenie funkcji organizmu, etc.

[6] Chodzi tutaj o niemożność podjęcia pracy, wykonywania wyuczonego zawodu, uprawiania sportu, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci, aktywnego korzystania z życia i rozrywek.

[7] Por. przyp. nr 4.

[8] Por. uchwała SN z dnia 21 listopada 1967 r., II PZP 37/67 oraz wyrok SN z dnia 10 lutego 1998 r., II CKN 608/907.

[9] Orzecznictwo wyraźnie wskazuje, że wysokość zadośćuczynienia powinna być miarkowana proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu tzn. im jest wyższy stopień uszczerbku tym wyższa powinna być wysokość zadośćuczynienia.

[10] Judykatura zmierza w kierunku uznania, iż wysokość zadośćuczynienia powinna uwzględniać ogół cierpień natury fizycznej poszkodowanego, długotrwałość cierpień – im większe i dłuższe cierpienia tym wyższa winna być wysokość zadośćuczynienia.

- wiek poszkodowanego[11];
- płeć poszkodowanego[12];
- poczucie bezradności życiowej, niekorzystne widoki i możliwości poszkodowanego w przyszłości[13];
- aktualna i zmieniająca się stopa życiowa społeczeństwa polskiego oraz sytuacja materialna społeczności na terenie zamieszkania poszkodowanego[14];
- inne bardzo różnorodne czynniki jednocześnie mające u poszkodowanego wpływ na poczucie krzywdy uzależnione od konkretnego stanu faktycznego, których trzeba poszukiwać przy każdej indywidualnej sprawie szczególnie z uwzględnieniem wszelkich cech poszkodowanego, jak przykładowo jego pozycja czy wykonywany przed zdarzeniem zawód[15].

Prócz opisanych wyżej grup czynników, które winny mieć zasadniczy wpływ na miarkowanie zadośćuczynienia wobec sygnalizowanego już braku jednolitych i uproszczonych zasad w tym względzie, dodatkowych wytycznych tj. reguł o charakterze generalnym pomocnych w określaniu jego wysokości, należy również poszukiwać w orzecznictwie. Takie kierunkowe wytyczne w mojej ocenie precyzyjnie opisuje orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 3 listopada 1994 r.[16], gdzie sąd stwierdził, iż „zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, czy też określonej sztywnymi regułami tak jak w ustawie wypadkowej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Zadośćuczynienie winno uwzględniać doznaną krzywdę poszkodowanego, na którą składają się cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnymi". Ponadto przy ocenie odpowiedniej sumy zadośćuczynienia należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy[17].

Przybliżając inne ważne wytyczne generalne płynące z orzecznictwa warto też pamiętać, czemu dał wyraz SN w wyroku z dnia 27 sierpnia 1969 r.[18], że przyznanie zadośćuczynienia nie jest obligatoryjne i zależy od uznania i oceny sądu konkretnych okoliczności sprawy, a także że przy jego ustalaniu obowiązuje zasada umiarkowania przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy oraz skutków doznanego kalectwa[19]. Jeszcze inną regułę generalną można odnaleźć

[11] Orzecznictwo wyraźnie wskazuje, że im poszkodowany jest młodszy tym wyższe powinno być zadośćuczynienie.

[12] W zależności od konkretnego przypadku czynnik płci powinien być brany pod uwagę np. inaczej powinno być miarkowane zadośćuczynienie dla kobiety, która po wypadku ma zniekształconą twarz i szereg widocznych blizn, a inaczej w analogicznym przypadku wobec mężczyzny.

[13] Analizując ugruntowaną linię orzecznictwa wyraźnie widoczne jest, iż na podwyższoną wysokość zadośćuczynienia wpływają takie czynniki jak: niemożność podjęcia pracy, wykonywania wyuczonego zawodu, uprawiania sportu, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci, aktywnego korzystania z życia i rozrywek.

[14] Linia orzecznictwa w części przypadków wskazuje na konieczność uwzględnienia w wysokości zadośćuczynienia zamożności, zasobności poszkodowanego z uwzględnieniem otoczenia ekonomicznego w jakim poszkodowany się porusza.

[15] Przykładowo, posługując się akademickim przykładem, miarkując zadośćuczynienia po utracie palca inaczej należy podchodzić do przeciętnego człowieka a inaczej do pianisty czy chirurga, dla którego ta część ciała jest wyjątkowo istotna ze względu na charakter pracy, którą wykonuje.

[16] III APr 43/94.

[17] Por. wyrok SN z dnia 3 lutego 2000 r., I CKN 969/98.

[18] I PR 224/69.

[19] Por. wyrok SN z dnia 3 maja 1972 r., I CR 106/72.

w wyroku SN z dnia 29 września 2000 r.[20], gdzie sąd twierdzi, iż wysokość zadośćuczynienia jest nacechowana daleko idącą uznaniowością sądu, znajdującą oparcie w konkretnie rozpatrywanej sprawie: „wysokość zadośćuczynienia powinna być określona z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy mających wpływ na rozmiar krzywdy doznanej przez poszkodowanego. Art. 445 daje podstawę do tego, że sąd może zasądzić odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia według swojej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy". Podobną regułę można odnaleźć w orzeczeniu SN z dnia 5 maja 2000 r.[21], gdzie sąd stwierdził, iż art. 445 k.c. pozostawia – z woli ustawodawcy – znaczną swobodę składom orzekającym w określeniu wysokości należnej sumy pieniężnej.

Inny generalny postulat miarkowania zadośćuczynień wskazał Sąd Apelacyjny w Krakowie[22] precyzyjnie wskazując, iż sytuacje podobne należy podobnie traktować. Wyraźnie stwierdził, że przy określaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego postulat ten jest spełniony, jeśli – przy uwzględnieniu swobody sądu I instancji związanej z oceną zindywidualizowanej sytuacji poszkodowanego – przyznana suma pieniężna nie pozostaje w znacznej dysproporcji do sum pieniężnych przyznawanych w podobnej sytuacji innym poszkodowanym.

Kierując się aktualną linią orzecznictwa warto także pamiętać, iż wysokości zadośćuczynienia nie można mierzyć potrzebami dostępności do dóbr takich jak samochód, konto bankowe, mieszkanie, etc., na co jednoznacznie wskazał SN w orzeczeniu z dnia 29 września 2004 r.[23]

Podobnie, na co wcześniej zwracano uwagę, innych wyraźniej sprecyzowanych czynników wpływających na wysokość zadośćuczynienia należy również poszukiwać w orzecznictwie. Przybliżając dodatkowo w tym miejscu inne ważne, w mojej ocenie orzecznictwo sądów wyznaczające kierunki w procesie miarkowania zadośćuczynienia trzeba wskazać na wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r.[24], w którym sąd określając jego wysokość wskazał na nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia, konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu prywatnym i społecznym. Zgodnie z orzecznictwem SN należy mieć również na uwadze rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, jak i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu oraz długotrwałego leczenia. Uzupełnienie tej listy czynników przydatnych w miarkowaniu zadośćuczynienia dają inne orzeczenia, jak wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 3 listopada 1994 r.[25] wskazujący na rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego, wyrok SN z dnia 22 kwietnia 1985 r.[26] mówiący o aktualnych warunkach i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, związanej z miejscem zamieszkania, wyrok SN z dnia 18 stycznia 1984 r.[27] oraz wyrok SN z dnia 28 września 2001 r.[28] wskazujące na przemiany gospodarcze w danym kraju (standard życia), wyrok SN z dnia 18 grudnia 1975 r.[29] biorący pod uwagę utratę możliwości wykonywania pracy, korzystania z rozrywek, orzeczenia SN z dnia 22 sierpnia 1977 r. i 13 marca 1973 r.[30] podnoszące kwestię młodego wieku poszkodowanego,

[20] V CKN 527/2000.
[21] II CKN 1002/98.
[22] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 8 grudnia 1992 r., I ACr 429/92.
[23] II CK 531/03.
[24] II UKN 681/98.
[25] III APr 43/94.
[26] II CR 94/85.
[27] I CR 407/83.
[28] III CKN 427/00.
[29] I CR 862/75.
[30] II CR 266/77 i II CR 50/73.

czy też wyrok SN z dnia 9 marca 1973 r.[31] wskazujący na wyłączenie poszkodowanego z normalnego życia (np. trudności w opuszczaniu mieszkania). Na koniec warto zwrócić uwagę, o czym lakonicznie wspominają komentatorzy, iż nie pozostaje bez znaczenia dla miarkowania wysokości zadośćuczynienia zachowanie się i postawa osoby odpowiedzialnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym. Obojętne zachowanie takiej osoby może pogłębić poczucie krzywdy, gdy sprawca nie wykona żadnych starań mających na celu złagodzenie następstw szkody po stronie poszkodowanego, czemu dał wyraz SN w wyroku z dnia 9 stycznia 1978 r.[32] Podobny wpływ na wysokość zadośćuczynienia ma intensywność winy sprawcy, na co wskazał Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 9 marca 2003 r.[33]

Szersza analiza wskazywanego powyżej orzecznictwa prowadzi do wniosku, że miarkowanie wysokości zadośćuczynienia powinno znajdować oparcie w konkretnej rozpatrywanej sprawie i wszechstronnej ocenie wszystkich jej okoliczności uwzględniając czynniki, które wpływają na jego wysokość. Niestety analiza linii orzeczniczej sądów niższej instancji jak i podążającej za nią praktyki likwidacji szkód osobowych realizowana przez rodzimych ubezpieczycieli, w znacznej części przypadków nadal niestety odbiega od nakreślonego przez orzecznictwo SN sposobu miarkowania tj. ustalenia wysokości zadośćuczynienia, ograniczając się wyłącznie do stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego, mnożonego przez przyjętą na danym terenie kwotę pieniężną z pominięciem lub niewielkim wpływem innych wskazanych w orzecznictwie SN czynników. Aby nie być gołosłownym przywołam w tym miejscu fragmenty z obowiązujących w zakładach wewnętrznych procedur likwidacyjnych, jak choćby przykładowo „wielkość procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu może być bardzo pomocna w określaniu zadośćuczynienia", „(.....) np. przy 26% uszczerbku kwota za 1% trwałej utraty zdrowia wynosi 450 zł, co pozwala na następujące działanie: 26 x 450 zł = 11 700 zł; zadośćuczynienie można określić na poziomie 11 000 zł lub 12 000 zł w zależności od oceny rozmiaru krzywdy" lub też „(…) tak aby w poleceniu zapłaty nie wskazywać sposobu ustalania wysokości zadośćuczynienia, który przyjęto za 1% trwałej utraty zdrowia".

Natomiast w orzecznictwie sądów niższej instancji mechaniczny sposób obliczania zadośćuczynienia jest trudniejszy do bezpośredniego stwierdzenia, tym niemniej dzieląc orzekane kwoty zadośćuczynień przez procent trwałego uszczerbku na zdrowiu wynik zawsze wskazuje na „okrągłą kwotę" stosowaną w odniesieniu do 1% uszczerbku na zdrowiu i tym samym przyjętą za podstawę sądowego miarkowania. Praktyki mechanicznego wyliczania zadośćuczynienia negatywnie ocenił Sąd Apelacyjny w Katowicach, który w wyroku z dnia 18 lutego 1998 r.[34] stwierdził, iż „(...) stąd posługiwanie się jedynie tabelami procentowego uszczerbku na zdrowiu i stawkami za każdy procent trwałego uszczerbku dla rozstrzygnięcia zasadności roszczenia o zadośćuczynienie i jego wysokość, znajduje jedynie orientacyjne zastosowanie i nie wyczerpuje oceny całości sprawy". Również w komentarzu prasowym sędzia Sądu Najwyższego Gerard Bieniek interesujący się szczególnie odpowiedzialnością odszkodowawczą, stwierdził, iż „w sądzie nigdy nie stosowano stawek jak w PZU, i nigdy nie będzie się ich stosować". Jednocześnie przypomniał, że „sędzia ustala sumę odpowiednią i musi brać przy tym pod uwagę wiele czynników, jak choćby rozmiar cierpienia, czas leczenia, wiek poszkodowanego i inne czynniki w zależności od konkretnej sprawy" [35].

[31] I CR 55/73.
[32] IV CR 510/77.
[33] IACa 124/01.
[34] I ACa 715/97.
[35] II CKN 204/97. Podobnie SN w wyroku z dnia 6 czerwca 1997 r. wskazał, że przy określaniu odpowiedniej sumy nie można kierować się kwotami jakie zasądzają sądy w podobnych sprawach.

2. Podstawowe cechy zadośćuczynienia na rzecz najbliższych członków rodziny z art. 446 § 4 k.c.

Drugie z omawianych w niniejszym opracowaniu świadczeń określa art. 446 § 4 k.c. stanowiąc, iż sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Omawiane świadczenie stanowi stosunkowo „młodą" instytucję prawa odszkodowawczego wprowadzoną do polskiego systemu prawa cywilnego ustawą z dnia 13 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny i niektórych innych ustaw[36]. Po tej rozbudowie systemowej katalog przysługujących pośrednio poszkodowanym – najbliższym członkom rodziny zmarłego – roszczeń został z korzyścią dla nich poszerzony o możliwość naprawienia krzywdy po stracie najbliższych członków rodziny. Wprowadzenie instytucji zadośćuczynienia doprowadziło także do oczekiwanej przez część doktryny spójności systemowej, polegającej na współistnieniu szeregu uzupełniających się i komplementarnych świadczeń. Przyglądając się ewolucji orzecznictwa w odniesieniu do art. 446 § 3 k.c., a także doktrynalnych prób forsowania poglądów o mieszanym charakterze stosownego odszkodowania, prób korzystania z przepisów o ochronie dóbr osobistych[37], nowa instytucja prawa odszkodowawczego jawi się jako wyjątkowo potrzebne narzędzie do zaspokajania przez najbliższych doznanej przez nich krzywdy, a tym samym system polskiego prawa – jak podkreślają znawcy przedmiotu – poszedł wreszcie śladem tych systemów prawa cywilnego, których zasadniczym celem jest człowiek i jego przeżycia psychiczne, a nie tylko majątek[38].

Podejmując na potrzeby niniejszego opracowania próbę analizy i opisania podstawowych cech instytucji zadośćuczynienia, wobec braku stanowiska nauki i szczątkowego orzecznictwa, można opierać się wyłącznie na doktrynie i judykaturze wypracowanej w odniesieniu do zadośćuczynienia na rzecz bezpośrednio poszkodowanych, orzecznictwie zapadłym na podstawie art. 166 kodeksu zobowiązań (dalej: k.z.), a także pierwszych a zarazem kształtujących przyszłą judykaturę orzeczeniach, które pojawiły się na tle stosowania nowej instytucji zadośćuczynienia. Biorąc za podstawę te płaszczyzny odniesienia, wydaje się, że zadośćuczynienie na rzecz osób bliskich z art. 446 § 4 k.c. stanowi świadczenie:

- podobnie jak w przypadku świadczenia wynikającego z art. 445 § 1 k.c. (por. wyżej) – jednorazowe, bowiem przy jego określaniu należy uwzględnić wszystkie elementy krzywdy łącznie z tymi, które mogą ujawnić się w przyszłości; w przypadkach, gdy krzywdy nie można ustalić w pełnym zakresie, co w praktyce może mieć często miejsce, otwarta pozostanie droga do odrębnego przyznania dodatkowej sumy tytułem zadośćuczynienia z uwagi na ujawnienie się nowej i jednocześnie odrębnej krzywdy np. wystąpienie schorzeń depresyjnych będących następstwem bólu i osamotnienia po stracie bliskiej osoby; zadośćuczynienie nie może też ulegać podziałom i nie może być wypłacane w formie świadczeń rentowych, czy też okresowych, przy czym oczywistym jest, że dopłata do pierwotnie przyznanej kwoty zadośćuczynienia, a tym samym zapłata zadośćuczynienia w dwóch czy więcej częściach następować może np. na skutek uwzględnienia przez zakład ubezpieczeń odwołań poszkodowanego;
- pieniężne;
- mające stanowić sposób złagodzenia ogółu cierpień po utracie osoby najbliższej, gdyż jego

[36] Dz. U. z 2008 r., nr 116, poz. 731.

[37] Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 września 2005 r., I ACa 554/2005, w którym sąd stwierdził, iż szczególna więź rodziców z dzieckiem istniejąca między dzieckiem a rodzicami w prawidłowo funkcjonującej rodzinie, zasługuje na status dobra osobistego, podlegającego ochronie prawnej, przewidzianej w art. 24 § 1, art. 445 § 1 i art. 448 k.c.

[38] Komentując nową instytucję w polskim prawie stanowisko takie wyraził m.in. M. Orlicki – por. M. Jaworski, *Można się już starać o zadośćuczynienie za przeżycia psychiczne*, Gazeta Prawna, 4 sierpnia 2008 r.

celem jest wyrównanie uszczerbków o charakterze niematerialnym związanych z doznaną krzywdą, która może przejawić się szeregiem negatywnych zjawisk w psychice i dalszej emocjonalnej egzystencji uprawnionego;
- osobiste, tzn. przynależne wyłącznie uprawnionemu najbliższemu członkowi rodziny zmarłego poszkodowanego, przy czym nie będzie tutaj wyjątków jak to ma miejsce w art. 445 § 1 k.c. Roszczenie o zadośćuczynienie jest ściśle związane z osobą uprawnionego i wraz z jej śmiercią wygasa, nie wchodząc do spadku po niej[39];
- fakultatywne, tzn. uznaniowe, bowiem sądowi orzekającemu pozostawia się swobodę w przyznaniu i określeniu jego wysokości. Fakultatywność powoduje, że skład orzekający analizując każdorazowo ogół okoliczności w sprawie może uwzględnić, bądź oddalić roszczenie. Przy uwzględnieniu roszczenia wysokość zadośćuczynienia zależeć będzie od całokształtu negatywnych skutków w sferze niematerialnej krzywdy – głównie jej rozmiaru i intensywności.

2.1. Określenie wysokości zadośćuczynienia (tzw. miarkowanie)

Podobnie jak w przypadku zadośćuczynienia na rzecz osób poszkodowanych z art. 445 § 1 k.c. najistotniejszą kwestią dla praktyki pozostaje miarkowanie jego wysokości (ustalanie wartości). Zwraca uwagę bowiem fakt, iż art. 446 § 4 k.c. podobnie jak art. 445 k.c. w żaden sposób nie limituje wysokości zadośćuczynienia, a do jego przyznania wystarczy jedna przesłanka tj. wykazanie, iż występujący z roszczeniem należy do kręgu najbliższych członków rodziny zmarłego. Nie powinno być również, wzorem zadośćuczynienia na rzecz osób poszkodowanych z art. 445 § 1 k.c., wątpliwości, że ustalając kwotę zadośćuczynienia każde konkretne roszczenie należy rozpatrywać indywidualnie z uwzględnieniem różnorodnych czynników, które zapewne z biegiem czasu szerzej opisze judykatura. Bez wątpienia ustalanie tego świadczenia podobnie jak w przypadku zadośćuczynienia na rzecz osób poszkodowanych z art. 445 § 1 k.c. nie będzie mogło stanowić prostego automatycznego (arytmetycznego) wyliczenia, a jego ustalanie opierać się będzie o dodatkowe i istotne dla konkretnego przypadku czynniki, bowiem przepis nie zawiera żadnych kryteriów jakimi należy kierować się przy „wycenie" tego rodzaju krzywdy. Analizując orzecznictwo zapadłe na podstawie przepisów o zadośćuczynieniu na rzecz osób poszkodowanych z art. 445 § 1 k.c., a także pierwsze orzeczenia zapadłe na podstawie art. 446 § 4 k.c. można przypuszczać, że kryteriami pomocowymi w miarkowaniu zadośćuczynienia dla najbliższych będą m.in.:
- długotrwałość oraz stopień cierpień i bólu po śmierci najbliższego, ogrom doznanego cierpienia i adekwatność świadczenia do tych czynników;
- wiek uprawnionego do zadośćuczynienia;
- rozmiar zaburzeń psychicznych wyrażający się w nasileniu stanów emocjonalnych, depresyjnych, schorzeń o podłożu psychiatrycznym, psychologicznym, czy też psychosomatycznym;
- niemożność wykonywania pracy ze względu na stan emocjonalny, napięcia psychiczne w postaci depresji;
- brak troski i opieki ze strony rodzica, brak jego pomocy w przyszłym wychowaniu, poczucie sieroctwa, poczucie niższej wartości wobec rówieśników, osamotnienie i trudności życiowe dziecka, które w okresie dorastania, a także później nie będzie korzystało ze wsparcia jednego lub w dramatycznych przypadkach obojga z rodziców;

[39] Por. art. 922 § 2 k.c. oraz uchwała pełnej Izby Cywilnej SN z dnia 29 stycznia 1957 r., I CO 37/56 na gruncie art. 166 k.z. Orzecznictwo wykształcone na gruncie art. 166 k.z. nie przyjęło w żadnym zakresie dziedziczności tego roszczenia.

- cierpienia i zachwianie poczucia bezpieczeństwa, perspektywa życia bez wsparcia rodziców;
- nagłe i brutalne rozerwanie więzi rodzica z dzieckiem, utrata prawa rodzica do wychowywania, obserwacji kolejnych etapów życia własnego dziecka; poczucie krzywdy, bólu, które wywołane jest utratą dziecka, stan psychiczny rodzica po zdarzeniu;
- utrata czerpania przyjemności z życia rodzinnego;
- poczucie bezradności życiowej, bezsilności wobec trudności życiowych, samotności i strach przed nią na przyszłość;
- stopień pokrewieństwa pomiędzy uprawnionym a zmarłym, utracone na zawsze więzi rodzinne;
- uprzednio występujący stopień bliskości, zażyłości, przyjaźni i wspólności pomiędzy uprawnionym a zmarłym;
- perspektywa ukończenia nauki, podjęcia pracy oraz przyczynienia się do poprawy sytuacji życiowej członków rodziny;
- wspólne zamieszkiwanie z rodzicami oraz dotychczasowa postawa zmarłego i obowiązki, które wypełniał względem chorego rodzica i całego gospodarstwa domowego, pozbawienie rodzinnego oparcia;
- konieczność samodzielnego wychowania dzieci oraz związane z tym napięcia psychiczne;
- pozbawienie możliwości radowania się z zakładanej przez dziecko rodziny, obserwowania dorosłości i samodzielności dziecka;
- stopień krzywdy wynikający z utraty pomocy, wsparcia i opieki osoby bliskiej;
- poczucie straty, żalu, tęsknoty, silne przeżywanie żałoby po zmarłym;
- niemożność realizacji planów, niekorzystne widoki i możliwości w przyszłości, konieczność układania sobie życia od nowa, osłabienie aktywności życiowej;
- inne czynniki wpływające na poczucie krzywdy uzależnione od konkretnego stanu faktycznego, których trzeba będzie poszukiwać każdorazowo w indywidualnej sprawie (np. niemożność posiadania potomstwa przy jednoczesnej utracie dziecka lub dzieci).

Z uwagi na wyjątkowo pojemny krąg potencjalnie uprawnionych[40], wskazany powyżej katalog czynników pomocnych w miarkowaniu wysokości zadośćuczynienia będzie zapewne przez judykaturę uzupełniany i z biegiem lat rozszerzany. Pojawią się również różnice w katalogu czynników pomocnych w ustalaniu zadośćuczynienia w zależności od osoby uprawnionej. Już dzisiaj wskazują na to pokrótce prezentowane, a jednocześnie ciekawe bo prekursorskie wyroki, w których sądy powszechne, budując linię orzecznictwa, zaczęły wskazywać elementy, które w ich ocenie mają decydujący wpływ na przyznanie i wymiar zadośćuczynienia. W orzeczeniu z dnia 24 marca 2010 r.[41] Sąd Okręgowy w Gliwicach, ośrodek zamiejscowy w Rybniku, rozpatrując roszczenia powoda po tragicznej śmierci w wypadku drogowym jego rodziców przyznał mu 40 000 zł tytułem zadośćuczynienia. Sąd miarkując wysokość zasądzonego zadośćuczynienia wziął pod uwagę kwestie wspólnego zamieszkiwania rodziców z synem. Podkreślił, co w mojej ocenie nie odzwierciedla istoty tego świadczenia – naprawienia szkody niemajątkowej – że powód (syn tragicznie zmarłych) mógł liczyć na wsparcie finansowe swoich rodziców, które pomogłoby spłacić jego zadłużenie z tytułu zaciągniętych kredytów. Ponadto – co wydaje się równie dziwne – do należnego świadczenia, które ma kompensować szkodę niemajątkową sąd doliczył również koszty utraco-

[40] Moim zdaniem do kręgu uprawnionych do zadośćuczynienia należą: dzieci (w tym *nasciturus)*, współmałżonek zmarłego, rodzice, rodzeństwo (w tym przyrodnie), macocha, ojczym, dzieci przyjęte na wychowanie, babka, dziadek, konkubent i jego dzieci.
[41] II C 152/09.

nego zarobku powoda, który nie mógł pracować ze względu na swój stan psychiczny i przebywał na urlopie bezpłatnym. Dodatkowo sąd miarkując zadośćuczynienie uwzględnił przede wszystkim pogorszenie się sytuacji życiowej powoda – po śmierci rodziców zmniejszył się dochód na jednego członka rodziny. Wskazał również na okoliczność utraty możliwości sprawowania opieki nad dzieckiem przez jego babcię. Omawiając prezentowane przesłanki miarkowania zadośćuczynienia wskazał, iż na wpływ zasądzonego zadośćuczynienia miał również w ocenie sądu fakt, iż śmierć rodziców była ogromnym wstrząsem psychicznym dla powoda, co doprowadziło do osłabienia jego aktywności życiowej. Sąd zaznaczył, że wypadek i śmierć rodziców nastąpiła na dwa tygodnie przed planowanym ślubem powoda co potęgowało rozmiar doznanych cierpień psychicznych, powód utracił przy tym poczucie bezpieczeństwa i możliwość wsparcia od najbliższej rodziny. Z drugiej strony na zmniejszenie świadczenia w ocenie sądu miał wpływ fakt, iż powód jest osobą dorosłą i samodzielną, w związku z czym więzy nie są już tak silne jak u małoletniego dziecka całkowicie zależnego od opieki i utrzymania ze strony rodziców.

W kolejnym orzeczeniu z dnia 26 marca 2010 r.[42] Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim na tle stanu faktycznego, według którego pobity w wyniku tegoż zmarł, zasądził na rzecz jego matki kwotę 50 000 zł zadośćuczynienia. Ustalono, że od dnia śmierci syna matka cierpi na bezsenność, stała się osobą nerwową i nie może poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Sąd miarkując wysokość zadośćuczynienia kierował się przede wszystkim kwestią wystąpienia nagłego i brutalnego zerwania więzi matki z synem, które przyczyniło się do pozbawienia rodzica prawa do wychowywania i obserwacji kolejnych etapów życia dziecka. Rozmiar zadośćuczynienia w ocenie sądu determinowało również poczucie krzywdy i bólu wywołane utratą syna. Nie bez znaczenia pozostawał również stan psychiczny matki, która wymagała leczenia psychologicznego i psychiatrycznego. Ponadto sąd wyszedł z założenia, iż stan majątkowy sprawcy szkody czy osób, na których utrzymaniu sprawca pozostaje jest bez znaczenia dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia. Zdaniem sądu, najistotniejszy dla jego wymiaru był ogrom doznanego cierpienia oraz adekwatność zadośćuczynienia wobec przeżytego cierpienia i bólu. W innym, jednym z pierwszych zapadłych na tle art. 446 § 4 k.c. orzeczeń Sąd Rejonowy w Sokółce[43] na tle stanu faktycznego, zgodnie z którym pasażer pojazdu mechanicznego zmarł na skutek wypadku drogowego, przyznał zadośćuczynienie na rzecz rodziców poszkodowanego (po 25 000 zł) i brata (10 000 zł). Ustalono, co było okolicznością obciążającą, że kierowca oraz pasażer podczas wypadku znajdowali się pod wpływem alkoholu. Z drugiej strony w postępowaniu dowodowym wykazano, iż pasażer był sumiennym i rzetelnym uczniem Liceum Ogólnokształcącego, reprezentował szkołę w licznych zawodach sportowych, jak również przyczyniał się i pomagał rodzicom w utrzymywaniu gospodarstwa domowego, a jego śmierć wywarła daleko idące skutki w sferze emocjonalnej i psychicznej rodziców. Zdaniem sądu, na wymiar zasądzonego świadczenia przede wszystkim miała wpływ istotna zmiana (pogorszenie) sytuacji życiowej najbliższej rodziny pokrzywdzonego, której skutkiem była utrata osoby wchodzącej w dorosłe życie, usamodzielniającej się i będącej dotychczas istotnym oparciem w codziennym życiu poprzez pomoc w pracach domowych, opiekę nad chorym ojcem, opiekę i naukę małoletniego brata. W ocenie sądu, co również stoi w sprzeczności z charakterem omawianej instytucji, na wysokość świadczenia miała wpływ perspektywa, że w nieodległej przyszłości po ukończeniu nauki, pokrzywdzony podjąłby stałą pracę, co w konsekwencji przyczyniłoby się do istotnej poprawy sytuacji materialnej całej rodziny. Prócz czynników materialnych dla wysokości zadośćuczynienia ważne są skutki powstałe w wyniku zdarzenia, które uzewnętrzniły się głównie w sferze psychicznej najbliższej

[42] I C 757/090.

[43] Orzeczenie z dnia 30 kwietnia 2010 r., I C 14/10.

rodziny. W uzasadnieniu sąd wskazał, że stany emocjonalne takie jak: uczucie pustki, brak radości, żal, tęsknota, przeżywanie żałoby stanowią całkowicie naturalną konsekwencję utraty osoby najbliższej.

W prezentowanych w mediach branżowych orzeczeniach[44] wskazywano także na inne czynniki, które były brane pod uwagę przy miarkowaniu zadośćuczynienia. Były nimi:

- silne więzi pomiędzy synem i matką oraz znaczny rozmiar cierpień, jakie syn przeżył po jej śmierci;
- szczególnie emocjonalna więź łącząca matkę ze zmarłą córką, wobec faktu, że od wielu lat wspólnie mieszkały i stanowiły dla siebie podporę, co było szczególnie istotne w przypadku matki, będącej starszą i schorowaną osobą;
- szok psychiczny konkubiny po śmierci jej życiowego partnera, u której rozpoznano zaburzenia adaptacyjne, a także jej wiek ogranicza perspektywy znalezienia nowego partnera i stworzenia nowego związku.

Na koniec omówienia orzecznictwa poświęconego zadośćuczynieniu z art. 446 § 4 k.c. warto również wspomnieć o orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Lublinie (II Wydział Karny), który w wyroku z dnia 7 lipca 2009 r.[45] wyraźnie stwierdził, iż miarodajna dla zastosowania przepisu art. 446 § 4 k.c. nie jest data działania sprawcy, w następstwie którego doszło do rozstroju zdrowia lecz data śmierci pokrzywdzonego, bowiem dopiero w dniu jego śmierci roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia staje się wymagalne. Ponadto w uzasadnieniu orzeczenia zaznaczył, że przyznanie zadośćuczynienia na podstawie art. 446 § 4 k.c. tylko w pewnym stopniu rekompensuje doznaną krzywdę za naruszenie prawa do życia w rodzinie. Dodatkowo wskazał, co również jest istotne dla praktyki, że utrata najbliższej osoby zawsze wywołuje ból, który odczuwany jest przez poszczególne osoby rozmaicie i dlatego okoliczność ta nie wymaga dowodu. Z punktu widzenia prawa karnego sąd wskazał również, ze nowa instytucja z art. 446 § 4 k.c. jest reakcją ustawodawcy na konieczność zwiększenia ochrony ofiar zdarzeń kryminalnych.

3. Przyszłe kierunki judykatury w odniesieniu do zadośćuczynienia na rzecz osób poszkodowanych z art. 445 § 1 k.c. oraz zadośćuczynienia na rzecz najbliższych członków rodziny z art. 446 § 4 k.c.

Analizując orzecznictwo szczególnie w odniesieniu do wysokości orzekanych kwot zadośćuczynienia na rzecz bezpośrednio poszkodowanych i prognozując przyszłe jego kierunki trzeba zwrócić uwagę, iż na plan pierwszy w ostatnich latach wysuwa się ciągła tendencja zwyżkowa (czasami nieoczekiwanie silna), którą kreują zarówno składy orzekające, jak i wyspecjalizowane kancelarie prawne i odszkodowawcze[46]. W ostatnim okresie, czyli w latach 2005 – 2010, przy tragicznych w skutkach zdarzeniach owa tendencja ma charakter trwały; przy znacznych

[44] Por. M. Barcicka, *Ile za rozstrój zdrowia*, Miesięcznik Ubezpieczeniowy, kwiecień 2010, s. 9.

[45] II Aka 44/09.

[46] Przykładem takich orzeczeń mogą być wyroki: SN z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, w którym podwyższono zadośćuczynienie do kwoty 150 000 zł; Sądu Apelacyjnego w Łodzi, który w wyroku z dnia 20 stycznia 2005 r., I ACa 1178/04 przyznał poszkodowanemu zadośćuczynienie od zakładu ubezpieczeń w kwocie 160 000 zł; Sądu Okręgowego w Warszawie, który w orzeczeniu z dnia 21 marca 2001 r., I C 1048/97 przyznał łącznie poszkodowanemu zadośćuczynienie na poziomie 180 000 zł; Sądu Apelacyjnego w Lublinie, który w wyroku z dnia 9 sierpnia 2003 r., I ACa 588/02 orzekł zadośćuczynienie na poziomie 250 000 zł; Sądu Okręgowy w Płocku, który w wyroku z dnia 31 marca 2003 r., IC 885/01 przyznał zadośćuczynienie w kwocie 300 000 zł; Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 19 października 2006 r., I ACa 394/06, który podwyższył wysokość zadośćuczynienia na kwotę 400 000 zł (w I instancji wysokość zadośćuczynienia wynosiła 300 000 zł).

uszczerbkach standardowo zapadają orzeczenia na poziomie 200 000 – 300 000 zł, a coraz częściej zdarzają się rozstrzygnięcia przekraczające te kwoty sięgające 400 000 zł a nawet 500 000 zł. Warto też przypomnieć, iż w kilku wyjątkowo tragicznych, a przy tym spektakularnych przypadkach orzekane zadośćuczynienia, gdzie zobowiązanym był Skarb Państwa, który odpowiadał za swoje jednostki, zbliżyły się do kwoty miliona złotych.

Bez wątpienia olbrzymie znaczenie mają tutaj także media zarówno ogólnopolskie, jak i regionalne, wzorem „zza oceanu" informujące o najwyższych kwotach świadczeń orzekanych w spektakularnych procesach odszkodowawczych. Wydaje się również, że tendencja ta powodowana jest także stopniowym i stałym wzrostem poziomu życia i zamożności polskiego społeczeństwa. Myślę, że po okresie znacznego wzrostu, czeka nas w nieodległej przyszłości proces pewnej stabilizacji i umiarkowanych zwyżek, co oznacza, że postęp w wysokości orzekanych kwot zadośćuczynienia po fali znacznych zwyżek zostanie wyhamowany i będzie wzrastał proporcjonalnie do rozwoju polskiej gospodarki i idącym za tym wzrostem standardem życia Polaków.

Ponadto wobec znacznej uznaniowości orzekanych kwot szczególnie przedstawiciele zakładów ubezpieczeń, co może w przyszłości przybrać postać zmian prawnych, wskazują na potrzebę wypracowania ryczałtowych kwot zadośćuczynień[47]. Pomysł ten jest godny rozważenia, przy czym decydującym czynnikiem tego typu rozwiązań winien być uzasadniony interes osób poszkodowanych, a nie chęć redukcji świadczeń obserwowana w praktyce u niektórych ubezpieczycieli poprzez stosowanie różnych sztywnych tabel i katalogów. Z punktu widzenia poszkodowanych zasadnym byłoby z jednej strony wprowadzenie pewnych minimów, które gwarantowałyby adekwatny do rozmiarów krzywdy poziom finansowy świadczenia – a z drugiej strony pozostawienie sądowi swobody orzekania co pozwoliłoby na ustalenie zadośćuczynienia odzwierciedlającego elementy powstałej krzywdy w konkretnym przypadku. Oczywiście rozwiązanie takie powinno być uzupełnione szeregiem prokonsumenckich rozwiązań, jak np. działaniem niezależnych od zainteresowanych komisji lekarskich nadzorowanych przez Państwo z udziałem wybitnych specjalistów odpowiadających rodzajowi uszczerbku, schorzenia, etc., wykorzystaniem mechanizmów antyinflacyjnych. Natomiast obecnie, chcąc działać profesjonalnie należałoby odchodzić od powszechnie stosowanego od szeregu lat ustalania zadośćuczynienia mechanicznie czyli poprzez jego wyliczanie oparte na regułach arytmetycznych, zastępując je indywidualnym miarkowaniem z uwzględnieniem wskazywanych w orzecznictwie szeregu istotnych dla rozmiaru krzywdy czynników.

Nie powinno być również wątpliwości, że zarówno ewolucja orzecznictwa w odniesieniu do zadośćuczynienia oraz przewidywania po wprowadzeniu do systemu instytucji zadośćuczynienia dla najbliższych będą miały znaczny wpływ na wysokość wypłacanych tytułem szkód osobowych świadczeń przez zakłady ubezpieczeń, co siłą rzeczy będzie wpływać na zmianę wysokości składek za ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej deliktowej zarówno dobrowolne, jak i obowiązkowe. Jak dalekie i głębokie będą to zmiany, póki co zależało będzie od poziomu orzekanych kwot zadośćuczynienia[48].

Mgr **Aleksander Daszewski**, radca prawny koordynator w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

[47] Takim próbom zdecydowanie przeciwstawia się A. Szpunar, *Wynagrodzenie szkody wynikłej wskutek śmierci osoby bliskiej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2000, s. 164.

[48] Mam również nadzieję, że m.in. za sprawą wzrostów wypłat świadczeń ze szkód osobowych zakłady ubezpieczeń zrezygnują wreszcie z obserwowanej w ostatnich latach „chorej konkurencji" w kształtowaniu taryf za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Summary of the article

Compensation for personal damages (article 445 § 1 and article 446 § 4 of the Polish Civil Code)

The article describes two institutions of the Polish damages law: compensation paid to an injured person (article 445 § 1 of the Polish Civil Code) and compensation paid to closest relatives of an injured person that died in an accident (article 446 § 4 of the Polish Civil Code). The author focuses here on presentation of features specific for benefits mentioned above, underscoring the measurements identified by the Polish jurisdiction. The text describes basic rules which, according to the court rulings, should be applied in the process of calculation of such benefits. Compensation for the closest relatives of an injured person is a relatively "young" redress institution. The author however highlights the primary lines of jurisdiction within this area that have been identified by the courts so far. Based on these factors, as well as on a well–developed jurisdiction concerning compensation for personal injury and the author's own experience, he prognoses the determining factors in measurement of these benefits.

Summing up, the author discusses the future of jurisdiction concerning compensation for the injured person (article 445 § 1 of the Polish Civil Code) and the one for the closest relatives (446 § 4 of the Polish Civil Code). At the same time, he presents influence it has on the amount of compensation paid by the insurance companies. Consequently, this will initiate the changes in the amount of premiums charged for the third party liability insurance, both compulsory and voluntary.

Mariusz Fras

Umowa ubezpieczenia w szwajcarskim prawie prywatnym międzynarodowym

W dniu 17 czerwca 2008 r. przyjęte zostało rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 593/2008 w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań umownych („Rzym I")[1]. Rozporządzenie to, zawierające szczególną regulację odnoszącą się do umów ubezpieczenia (art. 7), jest stosowane od 17 grudnia 2009 r. (art. 28). Rozporządzenie „Rzym I" znajdzie zastosowanie do wszystkich umów ubezpieczenia i reasekuracji[2], niezależnie od umiejscowienia ryzyka i siedziby ubezpieczyciela[3].

Kluczowym pojęciem dla stosowania norm rozporządzenia jest pojęcie ryzyka. Ryzyko jest ujmowane jako łącznik przedmiotowy, który umożliwia stosowanie do stosunku ubezpieczenia norm danego systemu prawnego[4]. Ustawodawca wspólnotowy słusznie więc odchodzi w rozporządzeniu od koncepcji charakterystycznego świadczenia dla kolizyjnoprawnej oceny umowy ubezpieczenia. Ustawodawca szwajcarski nie jest związany rozporządzeniem „Rzym I", Szwajcaria bowiem nie jest członkiem Unii. Kolizyjne ustawodawstwo szwajcarskie nie stanowi próby dostosowania prawa wewnętrznego do uregulowań wspólnotowych. Istotną kwestią jest fakt, że w świetle rozporządzenia „Rzym I" umowy ubezpieczenia ryzyk masowych umiejscowionych poza terytorium UE, jako że nie zostały objęte zakresem zastosowania art. 7, podlegać będą ogólnemu reżimowi prawa właściwego dla zobowiązań umownych. Prawo dla nich właściwe wskazywać będą: art. 3 rozporządzenia, normujący wybór prawa, art. 4, określający prawo, któ-

[1] Dziennik Urzędowy L 177 z 04.07.2008, s. 6–16.

[2] Zob. szerzej M. Fras, *Reżim prawny umowy reasekuracji – zagadnienia materialnoprawne i kolizyjne*, Prawo Asekuracyjne 2008, nr 4, s. 56 i nast. Z zakresu zastosowania rozporządzenia wyłączone są jedynie umowy ubezpieczenia wynikające z operacji przeprowadzanych przez organizacje niebędące zakładami, o których mowa w art. 2 dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie, których przedmiotem jest zapewnienie pracownikom lub osobom pracującym na własny rachunek, należącym do zakładu lub grupy zakładów, lub do określonej grupy lub grup zawodowych, świadczeń w przypadku śmierci lub dożycia określonego wieku, przerwania lub ograniczenia działalności, choroby zawodowej lub wypadku przy pracy (zob. art. 1 ust. 2 lit. j rozporządzenia).

[3] X. Kramer, *The New European Conflict of Law Rules on Insurance Contracts in Rome I: A Complex Compromise,* The Icfai University Journal of Insurance Law 2008, nr 4, s. 37–38.

[4] Zob. szerzej E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia,* (w:) T. Sangowski (red.) *Ubezpieczenia gospodarcze,* Warszawa 1999, s. 38–39.

remu umowa podlega w braku wyboru oraz – w przypadku umów o charakterze konsumenckim – art. 6 rozporządzenia[5].

Kolizyjne szwajcarskie prawo ubezpieczeń zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na jego odrębności w związku z ujednoliceniem kolizyjnego prawa ubezpieczeniowego w ramach Unii Europejskiej. Wiele rozwiązań przyjętych w rozporządzeniu „Rzym I" zostało wzorowanych na ustawodawstwie szwajcarskim. Znajomość szwajcarskiego kolizyjnego prawa ubezpieczeniowego może w związku z tym stać się pomocna w procesie stosowania przepisów rozporządzenia.

Szwajcarska kodyfikacja prawa prywatnego międzynarodowego uznawana jest powszechnie za najbardziej rozwiniętą i szczegółową kodyfikację prawa prywatnego międzynarodowego na świecie[6]. W Szwajcarii problematyka materialnoprawna ubezpieczeń regulowana jest szeregiem ustaw a kompetencję do ich stanowienia ma federacja. Najważniejsza jednak jest ustawa z dnia 2 kwietnia 1908 r. o umowie ubezpieczenia[7].

W szwajcarskim prawie ubezpieczeń obowiązuje zasada swobody umów, która obejmuje także swobodę kształtowania treści zawieranej umowy. Jednakże swoboda ta może doznawać ograniczeń dwustronnych (absolutnych), gdzie konsekwencją naruszenia zakazu będzie nieważność. Ograniczenia te w sposób wyczerpujący zostały wymienione w art. 97 ustawy[8]. Istnieje także grupa zakazów o charakterze względnym, gdzie dopuszczalna jest wprawdzie modyfikacja, ale tylko na korzyść ubezpieczającego, który traktowany jest jako strona słabsza. Te ograniczenia, także w sposób taksatywny, zostały wymienione w art. 98 ustawy szwajcarskiej[9].

W prawie prywatnym międzynarodowym Szwajcarii prawa właściwego dla umów ubezpieczenia poszukuje się w ustawie z dnia 18 grudnia 1987 r. – związkowa ustawa o prawie prywatnym międzynarodowym „IPR–Gesetz"[10], oraz we wspomnianej już ustawie z 1908 r. Druga z nich stanowi jednak *lex specialis*[11].

Szczególna regulacja kolizyjna umów ubezpieczenia w prawie szwajcarskim (art. 101a – c VVG), była częścią tzw. pakietu *Swisslex,* który został przyjęty przez Parlament dnia 18 czerwca 1993 r.[12] Zgodnie z art. 101a VVG, postanowienia art. 101b i c obowiązują tak długo, jak długo pozostaje w mocy umowa międzynarodowa, która przewiduje uznanie żądań i środków o charakterze

---

[5] Tak K. Ludwichowska, T. Thiede, *Reżim kolizyjny umowy ubezpieczenia po wejściu w życie rozporządzenia Rzym I*, Prawo Asekuracyjne 2009, nr 2, s. 63.

[6] Zob. szerzej M. Martinek, J. Poczobut, *Doświadczenie Niemiec i Szwajcarii w kodyfikacji prawa prywatnego międzynarodowego*, Kwartalnik Prawa Prywatnego 2003, z. 4, s. 741–742.

[7] Versicherungsvertragsgesetz, VVG, tekst jednolity ustawy zamieszczony na stronie internetowej http://www.admin.ch/ch/d/sr/c221_229_1.html, SR 221.229.1. Bundesgesstz uber den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 (Stand AM 1.Juli 2009), Por. M. Bälz, *Schweiz*, (w:) J. Basedow, T. Fock (hrsg.) unter Mitwirkung von. D. Janzen, *Europäisches Versicherungsrecht*, Bd II, Tübingen 2002, s. 1199 i nast., s. 1202; H. Honsell, N.P. Vogt, A. K. Schnyder (hrsg.), *Kommentar zum schweizerischen Privatrecht. Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)*, Basel, Genf, München 2001, s. 1 i nast.

[8] Np. naruszenie zakazu nadubezpieczenia (art. 51 ustawy szwajcarskiej); por. Ch. Boll, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 784 i nast.

[9] Por. M. Bälz, *op.cit.*, s. 1209; A.K. Schnyder, P. Grolimund, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1131 i nast.

[10] Bundesgesetz uber Internationale Privatrecht (IPRG), Bundesblatt 1988, I, s. 5–60.

[11] Por. F. Fingerhuth, *Anknüpfung des Versicherungsvertrages im schweizerischen IPR–Gesetz – Eine Standortbestimmung*, Zeitschrift für vergleichende Rechtswissenschaft 1989 (88), s. 4 i nast.; R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1177 i nast.

[12] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1177 i nast, s. 1204; M. Mächler–Erne, *Parteiautonomie am Horizont des internationalen Versicherungsvertragsrechts der Schweiz,* (w:) *Rechtskollisionen, Festschrift für Anton Heini zum 65. Geburtstag*, Zürich 1995, s. 257 i nast.

nadzorczym jak również gwarantuje, że w innym państwie dojdzie do zastosowania takich samych środków, jak w Szwajcarii[13].

Stosownie do postanowień art. 101b ust. 1 VVG, do umów ubezpieczenia majątkowego objętych ustawą z dnia 20 marca 1992 r., gdy dotyczą one ryzyka zlokalizowanego w państwie członkowskim, stosuje się następujące przepisy:

- jeżeli ubezpieczający ma miejsce zwyczajnego pobytu lub swój główny zarząd w państwie członkowskim, w którym zlokalizowane jest ryzyko, prawem właściwym jest prawo tego państwa. Strony mogą jednakże dokonać wyboru prawa, jeżeli jest to dopuszczalne wedle tego prawa;
- jeżeli ubezpieczający nie ma miejsca zwyczajnego pobytu lub głównego zarządu w państwie członkowskim, w którym zlokalizowane jest ryzyko, strony mogą dokonać wyboru, czy umowa będzie podlegała prawu miejsca zwyczajnego pobytu czy też prawu położenia ryzyka;
- jeżeli ubezpieczający prowadzi działalność w sektorze przemysłu lub gospodarki lub też wykonuje wolny zawód, a umowa dotyczy dwu lub więcej ryzyk związanych z tą działalnością a zlokalizowanych w różnych państwach, to wybór prawa właściwego dla umowy obejmuje te państwa oraz kraj, w którym ubezpieczający ma miejsce zwyczajnego pobytu lub główny zarząd;
- jeżeli prawa wskazane w punktach b i c dopuszczają dalej idące uprawnienia w zakresie wyboru prawa właściwego, strony mogą z nich uczynić użytek;
- jeżeli ryzyka pokrywane przez umowę ubezpieczenia ograniczają się do przypadków szkody, która może wystąpić w innym państwie niż kraj lokalizacji ryzyka, strony mogą wybrać także prawo tego państwa;
- dla umów ubezpieczenia dotyczących tzw. dużych ryzyk, strony mogą wybrać dowolne prawo[14].

W zależności od rodzaju umowy i pokrywanych przez nie ryzyk, wyznacza się granice autonomii woli. W przypadku tzw. umów masowych wybór prawa jest ograniczony. W działalności gospodarczej swoboda wyboru ma szeroki zakres, natomiast w przypadku tzw. wielkich ryzyk, wybór prawa jest swobodny. Przyczyną tej dyferencjacji jest zróżnicowany stopień ochrony dla różnych podmiotów. Innymi słowy, nie wszystkie podmioty wymagają jednakowej ochrony.

Jakkolwiek z treści art. 101b ust. 1 VVG wynika, że w przypadku gdy, ubezpieczający ma miejsce zwykłego pobytu w tym samym państwie, w którym zlokalizowane jest ryzyko, do umowy ubezpieczenia stosuje się prawo tego państwa, ale – nawet w przypadku tzw. zbieżności[15] możli-

[13] Por. R. Nebel (w:) H. Honsell, N. P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1204; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 267.

[14] Zgodnie z art. 101b ust. 6 VVG duże ryzyko występuje gdy: a) dotyczy ryzyk sklasyfikowanych według gałęzi ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, casco samolotów, casco statków morskich śródlądowych i rzecznych, środków transportu, obowiązkowego ubezpieczenia lotniczego i obowiązkowego ubezpieczenia morskiego, śródlądowego, rzecznego; b) dotyczy ryzyk sklasyfikowanych według gałęzi: kredyt i kaucja, jeżeli ubezpieczający wykonuje działalność zarobkową w sektorze przemysłowym lub gospodarczym lub wykonuje wolny zawód a ryzyko pozostaje w tym w związku; c) dotyczy ryzyk sklasyfikowanych według gałęzi casco pojazdów lądowych, szkody pożarowe, szkody spowodowane przez żywioły, szczególnie szkody rzeczowe, obowiązek ubezpieczenia pojazdów lądowych z własnym napędem, ogólny obowiązek odpowiedzialności i rozmaite straty finansowe, o ile ubezpieczający przekracza górną granicę co najmniej dwa z trzech podanych niżej kryteriów: 1) sumę bilansową 6,2 mln EURO; 2) obrót netto 12,8 mln EURO; 3) 250 pełnowymiarowych etatów w średniej roku.

[15] Z uwagi na znaczenie dla kolizyjnoprawnej oceny umów ubezpieczenia łączników „lokalizacji ryzyka" oraz „pobytu ubezpieczającego" wyróżnia się dwie grupy sytuacji. Po pierwsze, przypadek, gdy zarówno lokalizację ryzyka jak i pobyt ubezpieczającego prowadzą do właściwości prawa tego samego państwa (jest to tzw. przypadek zbieżności, *Konvergerzfall*). Po drugie, przypadek gdy wskutek posługiwania się tymi łącznikami, dojdzie do wskazania dwóch różnych systemów prawnych (tzw. przypadek rozbieżności, *Divergenzfall*) zob. szerzej S.

wy jest wybór prawa, gdy wypadek ubezpieczeniowy może nastąpić na obszarze innego państwa niż państwo lokalizacji ryzyka. Stronom wolno wybrać także prawo państwa, na obszarze którego może wystąpić szkoda, i jest to jednakże wybór limitowany. Interesujące, zbliżone do odesłania *(renvoi)*, rozwiązanie zawiera przepis art. 101b ust. 1 lit d) VVG, który należy postrzegać jako dalsze rozszerzenie możliwości wyboru prawa właściwego dla umów ubezpieczenia.

W przypadku ubezpieczeń majątkowych, w razie objęcia umową ubezpieczenia ryzyk umiejscowionych więcej niż w jednym państwie, ustawodawca szwajcarski nakazuje traktować tę umowę składającą się z kilku umów, z których każda odnosi się do jednego państwa, a zatem podlega innemu prawu (art. 101b ust. 4 VVG). Rozwiązanie to prowadzi do rozszczepienia statutu kontraktowego *(dépecage)*[16]. Wybór prawa może być dokonany w sposób wyraźny, bądź też z wystarczającą pewnością wynikać z poszczególnych klauzul umowy lub z okoliczności danego przypadku (art. 101b lit. g) zd. 1 VVG)[17].

Lokalizacja ryzyka, dla umów ubezpieczenia nie dotyczących życia, oznacza:

- przy ubezpieczeniu budynku i znajdujących się w nim rzeczy, o ile ryzyka pokrywane są przez tę sama umowę, państwo członkowskie, w którym te przedmioty są położone;
- przy ubezpieczeniu pojazdów wszelkiego rodzaju, państwo członkowskie, w którym pojazd został dopuszczony do ruchu;
- przy, nie dłuższych niż cztery miesiące, umowach ubezpieczenia ryzyk podróżnych i wakacyjnych, państwo w którym ubezpieczający zawarł umowę bez względu na branżę;
- we wszystkich innych przypadkach, państwo w którym ubezpieczający ma miejsce zwyczajnego pobytu lub, gdy ubezpieczający jest osobą prawną, państwo, w którym ta osoba prawna ma swój oddział, do którego odnosi się umowa[18].

W braku wyboru prawa umowa podlega prawu tego z państw, określonych w art. 101b ust. 1 lit. a–g VVG, z którym wykazuje najściślejszy związek (art. 101b lit. h) zd. 2 VVG). Przewidziano więc tu regułę korekcyjną[19]. Jeżeli jednak samodzielna część umowy wykazuje ściślejszy związek z innym państwem, niż te wskazane w punktach a do g, należy – w drodze wyjątku – zastosować tamto prawo. Jednakże również w przypadku powiązania za pomocą łączników obiektywnych, szczególna rola przypada łącznikowi lokalizacji ryzyka. Ustawodawca szwajcarski wprowadza domniemanie, że umowa wykazuje najściślejszy związek z tym państwem członkowskim, w którym położone jest ryzyko[20].

Art. 101c VVG reguluje kwestie związane z ubezpieczeniem na życie. Tutaj zasadą jest, że umowa podlega prawu państwa zobowiązania. Ta regulacja szwajcarska zbieżna jest z postanowieniami dyrektyw, gdzie państwem zobowiązania jest państwo członkowskie, w którym ubezpieczający ma miejsce zwykłego pobytu. Analiza pojęcia „państwo zobowiązania" prowa-

---

Imbusch, *Das IPR der Versicherungsvertrage uber innerhalb der EG belegene Risiken*, Versicherungsrecht Juristiche Randschau für die Individualversicherung 1993, z. 25, s. 106 i nast.

[16] Szerzej M. Pazdan, *Rozszczepienie statutu kontraktowego oraz inne odstępstwa od zasady jednolitości statutu kontraktowego*, Studia Iuridica Siliesiana, t. XVI, Katowice 1991, s. 60 i nast.

[17] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N. P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.,* s. 1213 i 1214; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 267 i nast.

[18] *Ibidem*.

[19] Szerzej M. Fras, *Legislacyjna koncepcja kodeksu ubezpieczeń a kolizyjne prawo ubezpieczeniowe,* (w:) E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, Toruń 2009, s. 294–295.

[20] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.,* s. 1217 i 1218; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 267 i nast.

dzi do wniosku, że w efekcie dojdzie do wskazania tego samego prawa, jak przy posłużeniu się łącznikiem lokalizacji ryzyka w przypadku ubezpieczeń majątkowych[21].

W przypadku, gdy ubezpieczający ma miejsce zwykłego pobytu za granicą, to znaczy w innym państwie członkowskim, dopuszczalność wyboru prawa ocenia się według norm kolizyjnych tamtego państwa (art. 101c ust. 1 zd. 3 VVG). Gdy jednak ma miejsce zwykłego pobytu w Szwajcarii, dopuszczalność wyboru prawa ocenia się na podstawie art. 101c ust. 2 i 3 lub też (subsydiarnie) art. 116 do 120 IPRG[22]. Jeżeli ubezpieczającym jest osoba fizyczna mająca obywatelstwo innego państwa niż kraj miejsca jej zwyczajnego pobytu, strony mogą wybrać to prawo ojczyste (art. 101c ust. 2 VVG). Autonomia woli, w szerokim zakresie, przysługuje stronom w przypadku tzw. ubezpieczeń korespondencyjnych. Strony takiej umowy mogą wybrać dowolne prawo. (art. 101c ust. 3 VVG)[23].

Szwajcarska ustawa o prawie prywatnym międzynarodowym (IPRG) z 1987 r. jest stosowana subsydiarnie. Stosuje się ją w sprawach nie uregulowanych w VVG oraz w poszukiwaniu prawa dla umów ubezpieczenia, które nie podlegają szczególnej regulacji VVG[24].

Artykuł 116 IPRG wyraża zasadę podstawową, że umowy podlegają prawu wybranemu przez strony. Prawo szwajcarskie przewiduje nieograniczony wybór prawa, nie wymaga też istnienia jakiegokolwiek związku pomiędzy umową a wybranym prawem[25]. Z uwagi jednak na masowy charakter umów ubezpieczenia, należy wpierw ustalić, czy umowa nie ma – w konkretnym przypadku – charakteru konsumenckiego. W takiej zaś sytuacji ustawodawca szwajcarski przewiduje stałe powiązanie a wybór prawa jest niedopuszczalny (art. 120 IPRG)[26].

Jeżeli umowa ubezpieczenia nie ma charakteru konsumenckiego, prawa dla niej właściwego poszukiwać należy przy wykorzystaniu tradycyjnych mechanizmów kolizyjnych. W pierwszej kolejności wybór prawa, w braku wyboru prawa, w oparciu o zasadę najściślejszego związku (art. 117 ust. 1 IPRG)[27]. Ustawa szwajcarska, w art. 117 ust. 2, wprowadza domniemanie, ze umowa wykazuje najściślejszy związek z prawem tego kraju, w którym miejsce zwykłego pobytu ma strona zobowiązana do spełnienia świadczenia charakterystycznego. Jeżeli umowa zawarta została w związku z działalnością zawodową lub gospodarczą, decyduje siedziba oddziału (art. 117 ust. 2 IPRG)[28]. W doktrynie szwajcarskiej przyjmuje się na ogół, że świadczenie charakterystyczne dla umowy ubezpieczenia spełnia ubezpieczyciel[29].

Przepisy materialnego prawa ubezpieczeniowego mają na celu zapewnienie swobody świadczenia usług, nadzoru nad ubezpieczeniami, kształtowania treści umowy ubezpieczenia i ochrony

[21] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.,* s. 1220 i nast.; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 269–270.
[22] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.,* s. 1223; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 269–270.
[23] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.,* s. 1223 i 1224; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 269–270.
[24] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1219; F. Fingerhuth, *op.cit.*, s. 4 i nast.; M. Amstutz, N.P. Vogt, M. Wang (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *Kommentar zum schweizerischen Privatrecht. Internationales Privatrecht*, Basel und Frankfurt am Main 1996, s. 814 i nast.
[25] Por. F. Fingerhuth, *op.cit.*, s. 4 i nast., s. 10.
[26] Por. M. Amstutz, N.P. Vogt, M. Wang, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 843; R. Nebel (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1225.
[27] Por. M. Amstutz, N.P. Vogt, M. Wang (w:) H. Honsell, N. P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 814 i nast.; F. Fingerhuth, *op.cit.*, s. 10 i nast.
[28] *Ibidem*.
[29] Por. M. Amstutz, N.P. Vogt, M. Wang (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 843 i nast.; F. Fingerhuth, *op.cit.*, s. 13.

konsumenta. Muszą więc mieć taki charakter, by ich zastosowania nie wyłączyła nawet właściwość prawa obcego, czyli winny być przepisami wymuszającymi swoje zastosowanie[30].

Dla ułatwienia dalszych wywodów, można przyjąć, że przepisy wymuszające swoje zastosowanie charakteryzują następujące cechy[31]:

- są to przepisy należące do statutu kontraktowego (ubezpieczeniowego), prawa państwa forum lub prawa państwa trzeciego bez względu na to, czy dany przepis ma charakter prywatno – czy publicznoprawny;
- podstawą zastosowania danego przepisu jest norma kolizyjna państwa forum;
- chodzi o przepis imperatywny w sensie kolizyjnoprawnym (z treści lub celu przepisu nie wynika, że jego zastosowanie ograniczone jest jedynie do terytorium państwa, które dany przepis ustanowiło), a strony nie mają możności wyłączenia zastosowania danego przepisu przez wybór prawa właściwego;
- przepis ten pozostaje w związku ze stosunkiem zobowiązaniowym ubezpieczenia (wpływa na jego powstanie, treść, wykonanie, wygaśnięcie);
- pominięcie danego przepisu spowoduje, iż prawna ocena danego stosunku nie będzie pełna;
- zastosowanie danego przepisu nie godzi w porządek publiczny państwa forum (jego zastosowaniu nie sprzeciwia się klauzula porządku publicznego forum).

Przepisy wymuszające swe zastosowanie mogą stanowić składnik statutu kontraktowego (ubezpieczeniowego), mogą należeć do przepisów państwa forum lub państwa trzeciego.

W przypadku ubezpieczeń majątkowych w ustawodawstwie szwajcarskim przewidziano, że w sytuacji, gdy w chwili zawarcia umowy stan faktyczny był w całości powiązany z obszarem jednego tylko państwa, stronom – w ramach autonomii woli – nie przysługuje uprawnienie do wyłączenia przepisów o charakterze imperatywnym tego państwa (art. 101b ust. 1 lit g) VVG)[32]. Oznacza to, że wybór prawa właściwego w takim przypadku będzie miał charakter wyłącznie materialnoprawnego wskazania a granice swobody wyznaczają bezwzględnie stosowane prawa tego państwa, z którym związane są wszystkie elementy stanu faktycznego[33].

Ustawodawca szwajcarski poszedł jeszcze dalej. W zakresie ubezpieczenia majątkowego, przewidziano zastosowanie przepisów prawa szwajcarskiego, zgodnie z art. 18 IPRG[34] (art. 101b,

---

[30] Por. B. Fuchs, *Statut kontraktowy a przepisy wymuszające swoje zastosowanie*, Katowice 2003, s. 70 i nast.; M. Grubmann, *Das Verischerungsvetragsgesetz*, Wien 2002, s. 478; F. Reichert–Facilides, *Versicherungsvertragsrecht in Europa am Vorabend des Binnenmarktes. Ein Kolloquiumsbericht aus Florenz*, Versicherungswirtschaft 1991, z. 13, s. 805 i nast; M. Fricke, *Das IPR der Versicherungsverträge außerhalb des Anwendungsbereichs des EGVVG*, Versicherungsrecht. Juristiche Rundschau für die Individualversicherung 1994, z. 19, s. 780 i nast.; A.K. Schnyder, *Parteiautonomie im europäischen Versicherungskollisionsrecht*, (w:) *Aspekte des internationalen Versicherungsvertragsrechts im Europäischen Wirtschaftsraum. Referate und Diskussionsberichte eines deutsch – österreichisch – schweizerischen Kolloquiums*, Tübingen 1994, s. 57 i nast. (autor zwraca jednak uwagę na trudności z ustaleniem, którym przepisom należy nadać taki charakter); B. Rudisch, *Europäisches Internationales Versicherungsvertragsrech für Österreich*, Zeitschrift für vergleichende Rechtswissenschaft 1994, Bd 93, s. 118 i nast.; D. Martiny, (w:) H. J. Sonnenberger (red.), *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch*, Band 10, Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch (Art. 1 – 38) Internationales Privatrecht, 3. Auflage, München 1998, s.1962 i 1963; E. Lorenz, *Zum neuen internationalen Vertragsrecht aus versicherungsvertraglicher Sicht,* (w:) *Festschrift für Gerhard Kegel zum 75*, Geburtstag 26. Juni 1987, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1987, s. 128 i nast.

[31] B. Fuchs, *op.cit.*, s. 70 i nast.

[32] Por. A.K. Schnyder, *Parteiautonomie …*, s. 57 i nast.

[33] Szerzej na temat materialnoprawnego wskazania M. Pazdan, *Materialnoprawne wskazanie a kolizyjny wybór prawa*, Problemy Prawne Handlu Zagranicznego 1995, t. XVIII, s. 107 i nast.

[34] Por. B. Fuchs, *op.cit.*, s. 150.

ust. 2 VVG) oraz, na podstawie art. 19 IPRG[35], przepisów wymuszających swoje zastosowanie należących do systemu prawnego państwa lokalizacji ryzyka lub prawa kraju przewidującego obowiązek ubezpieczenia określonych ryzyk (art. 101b ust. 2 VVG)[36].

Zastrzega się stosowanie przepisów szwajcarskiej ustawy w rozumieniu art. 18 ustawy o prawie prywatnym międzynarodowym (IPRG), które regulują w sposób imperatywny stan faktyczny bez względu na prawo właściwe dla umowy. Podkreśla się w piśmiennictwie, że bezwzględne zastosowanie powinno być przyznane tylko przepisom wysławiającym normy prawa wewnętrznego o fundamentalnym znaczeniu dla państwa i społeczeństwa. Przede wszystkim są to przepisy służące ochronie strony słabszej stosunku zobowiązaniowego przez wyrównanie nierównych pozycji stron[37].

W zakresie ubezpieczenia na życie przewidziano przymusowe zastosowanie określonych przepisów prawa szwajcarskiego w rozumieniu art. 18 IPRG (art. 101c ust. 4 VG)[38] oraz, w sensie art. 19 IPRG (przepisy wymuszające swoje zastosowanie państwa trzeciego), prawa państwa zobowiązania (art. 101c ust. 5)[39].

Należy także podkreślić, że – wedle prawa szwajcarskiego – dojdzie do zastosowania także przepisów o takim charakterze należącym do statutu kontraktowego. Ustawodawca szwajcarski, w art. 13 IPRG[40], odwołał się do teorii powiązania jednolitego, zgodnie z którą prawo właściwe obejmuje wszelkie normy, nie wyłączając przepisów o charakterze publicznym[41]. Tak więc w prawie szwajcarskim połączono teorię statutu kontraktowego z teorią powiązania szczególnego (*Sonderanknüpfung*)[42].

Szwajcarska ustawa kolizyjna określa również prawo właściwe dla pewnych kwestii ubezpieczeniowych pozostających w ścisłym związku ze statutem deliktowym. Szwajcarki IPRG obejmuje w tym zakresie swoją regulacją nie tylko przepisy określające właściwość prawa, lecz również przepisy rozstrzygające kolizje jurysdykcji. W myśl art. 131 IPRG roszczenie bezpośrednie poszkodowanego do ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody *(actio directa)* może być dochodzone przed szwajcarskim sądem właściwym miejscowo wg siedziby ubezpieczyciela albo przed sądem miejsca gdzie wystąpiło zdarzenie sprawcze powodujące szkodę. Natomiast

[35] *Ibidem*, s. 166 i nast.; por. art. 19 IPRG stanowi, że zamiast prawa wskazywanego przez ustawę może być uwzględnione postanowienie innego prawa, które ma być zastosowane w sposób bezwzględnie wiążący, jeżeli według szwajcarskiego ujęcia wymagają tego, godne ochrony interesy i oczywiście przeważające interesy stron, a stan faktyczny wykazuje ścisły związek w tym innym systemem prawnym.

[36] Na temat przepisów wymuszających swoje zastosowanie zob. również F.Vischer, *Zwingendes Recht Und Eingriffsgesetze nach dem schweizerischen IPR–Gesetz*, Rabels 1989, nr 53, s. 438–461; por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1218–1219.

[37] Zob. szerzej M. Mataczyński, *Przepisy wymuszające swoje zastosowanie w prawie prywatnym międzynarodowym*, Zakamycze 2005, s. 101–104 oraz tam cyt. literatura.

[38] Art. 18 IPRG reguluje kwestie stosowania przepisów wymuszających swoje zastosowanie państwa forum (prawa szwajcarskiego), stanowiąc, że zastrzega się właściwość tych norm prawa szwajcarskiego, które ze względu na ich specyficzny cel stosuje się w sposób bezwzględnie wiążący, niezależnie od prawa właściwego wskazanego przez niniejszą ustawę; por. R. Nebel (w:) H. Honsell, N. P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1220 i nast; M. Mächler–Erne, *op.cit.*, s. 269, 270.

[39] Por. R. Nebel, (w:) H. Honsell, N.P. Vogt, A.K. Schnyder (hrsg.), *op.cit.*, s. 1220 i nast.

[40] Art. 13 szwajcarskiej ustawy ma następujące brzmienie: „wskazanie przez niniejszą ustawę określonego prawa obcego obejmuje wszystkie jego postanowienia, które mają zastosowanie do stanu faktycznego. Zastosowanie postanowień prawa obcego nie jest wyłączone z tej tylko przyczyny, że mają one tylko charakter publiczno-prawny".

[41] Szerzej B. Fuchs, *op.cit.*, s. 106 i nast, s. 144 i nast.

[42] *Ibidem*, s. 111 i nast., s. 166 i nast.

w przepisie art. 141 IPRG posłużono się łącznikiem alternatywnym bez wskazania pierwszeństwa któregokolwiek z członów alternatywy stanowiąc, że poszkodowany może wystąpić z takim roszczeniem, jeżeli przewiduje to prawo właściwe dla danego zobowiązania pozaumownego lub też prawo któremu podlega umowa ubezpieczenia[43]. Przepis ten należy rozumieć w ten sposób, że jeżeli obydwa wchodzące w grę systemy prawne przyznają poszkodowanemu *actio directa* ale w różnym zakresie to sąd zastosuje ten z nich, który jest korzystniejszy dla poszkodowanego. Należy również podkreślić, że statut deliktowy decyduje o istnieniu, treści i zakresie roszczenia poszkodowanego do sprawcy szkody, natomiast statutowi ubezpieczeniowemu podlega ocena ważności umowy ubezpieczenia oraz wynikające z niej prawa i obowiązki ubezpieczyciela oraz ubezpieczającego. Decyduje on także o przedmiotowym, terytorialnym i czasowym zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej[44].

Dr **Mariusz Fras**, Katedra Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

[43] Analogiczne rozwiązanie przewiduje art. 18 rozporządzenia „Rzym II" z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych.

[44] Na tle analogicznych rozwiązań niemieckich zob. szerzej K. Ludwichowska, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa za wypadki samochodowe*, Toruń 2008, s. 358–359.

Summary of the article

Insurance contracts in the Swedish private international law

The Swedish codification of international private law is believed to be the most developed and detailed codification of this type all over the world.

In Sweden, material and legal aspects of insurance are regulated by a number of acts, which are to be proclaimed by the federation only. The most significant one is the Act of April 2, 1980 pertaining to the insurance contract (VVG). In Swedish international private law provisions related to insurance contracts are also to be found in the Act of December 18, 1987, known as "IPR–Gesetz". The second one is considered as *lex specialis.*

Specific rules of conflict of insurance contract in Swedish law, article a–c VVG, was the part of Swisslex package implemented by the Parliament on June 18, 1993.

According to Swedish law, depending on the type of insurance contract and risk coverage, boundaries of will autonomy of the parties to the contract are marked. In case of so–called group contracts the choice of law is limited, within the economic activity this freedom is wider and in case of so–called big risks the choice of law is unrestricted. The main reason for this difference is a diverse level of security pertaining to particular entities. In other words, not all entities require the same level of protection.

The choice of law may be expressed definitely or with enough clarity resulting from particular clauses of contract or circumstances of a given case (article 101 "b" point "g" sentence 1 VVG).

If the law is not chosen, the contract is subject to the law of a country defined in article 101b point 1 a–g VVG of the closest connection (article 101 b h). The rules of conflict are provided here. If however, an independent part of a contract turns out to have more in common with a country other than the one indicated in points from "a" to "g", the other law, by way of exception, should be applied. Also in case of objective links of the contract, an important role is the link of risk localization. Swedish legislator presumes that the contract is the most likely to indicate the closest connection with this member state in which the risk is located.

Swedish provision concerning private international law (IPRG) of 1987 is used in a subsidiary way. It is applicable in cases not regulated by VVG and while determining provisions for insurance contracts not subjected to VVG.

Article 116 IPRG defines the principle rule that agreements are subject to the law chosen by the parties. Swedish law provides an unrestricted choice of law, moreover it does not require any connection between a contract and chosen law.

If an insurance contract does not have the consumer agreement, applicable law should be determined by means of traditional rules of conflict. Firstly, the choice of law by the parties. If the parties did not make the choice, the law is determined according to the article 117 point 1 IPRG. According to the Swedish Act (article 117 point 2) it is presumed that a contract indicates the closest connection with that country in which the party obliged to conduct a service resides. If an agreement was concluded in connection with an economic or professional activity, the place of business is to determine the applicable law (article 117 point 2 IPRG).

Maria Kuchlewska

„Odwzajemnianie" towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce

Wprowadzenie

Ubezpieczenia oparte na wzajemności pojawiły się jako odpowiedź na potrzeby uczestników życia gospodarczego oraz gospodarstw domowych przy braku, na ówczesnym etapie rozwoju, ilościowych narzędzi umożliwiających identyfikację i pomiar ryzyka.

Doświadczenia ubezpieczeń opartych na wzajemności ubezpieczeniowej, systematyczny rozwój wiedzy, zwłaszcza z zakresu ilościowych narzędzi pomiaru ryzyka oraz poszukiwanie nowych obszarów działalności zarobkowej, doprowadziły do powstania alternatywnych wobec ubezpieczeń wzajemnych, instytucji oferujących ubezpieczenia oparte na zasadach komercyjnych. Przez kolejne stulecia, po dziś dzień, na wszystkich rozwiniętych rynkach świata funkcjonują równolegle ubezpieczenia wzajemne i komercyjne.

Rozwój zinstytucjonalizowanych form ubezpieczenia wzajemnego na ziemiach polskich przypadał na XVIII i XIX wiek. Lata międzywojenne charakteryzował rozkwit tej instytucji[1]. Został on przerwany w 1952 r. upaństwowieniem aktywów towarzystw ubezpieczeń wzajemnych kontynuujących działalność z okresu międzywojennego. Państwowy Zakład Ubezpieczeń został wyposażony w kapitał zgromadzony przez półtora wieku działalności wzajemności ubezpieczeniowej. Zmiany systemowe jakie dokonały się w Polsce na przełomie lat 90., których odzwierciedleniem w odniesieniu do działalności ubezpieczeniowej było wejście w życie ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 28 lipca 1990 r., stworzyły prawne podstawy dla powstawania towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Rynek ubezpieczeniowy zyskał możliwość wzbogacenia oferty w zakresie ubezpieczeń o ubezpieczenie wzajemne. Biorąc pod uwagę całokształt uwarunkowań, nie było to jednak reaktywowanie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych z okresu międzywojennego, lecz budowa od podstaw w trudnym otoczeniu społecznym, ekonomicznym i kulturowym. Trudności te wynikały z potrzeby „odreagowania" po gospodarce scentralizowanej przymusu uspołecznienia oraz braku w gospodarce okresu ewolucyjnych, głębokich przemian – tak kapitału finansowego, jak i intelektualnego.

Celem niniejszego opracowania jest ocena stanu wzajemności ubezpieczeniowej w Polsce oraz ukazanie zachodzących tendencji w działalności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i ich konsekwencji. Problem zdaje się szczególnie interesujący w perspektywie stojącego przed rynkiem

[1] O historii ubezpieczeń zob. m.in. T. Sangowski, *Rozwój ubezpieczeń gospodarczych na ziemiach polskich w latach 1805–1945*, (w:) *185 lat ubezpieczeń gospodarczych w Polsce*, Warszawa 1988, także T. Sangowski (red.), *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych (pośrednika ubezpieczeniowego)*, Saga Printing, Poznań 1998, wyd. 2, s. 11–44.

ubezpieczeniowym, w tym towarzystwami ubezpieczeń wzajemnych, wyzwania wynikającego z konieczności implementacji do porządku prawnego dyrektywy Solvency II, zmieniającej w sposób istotny warunki prowadzenia działalności ubezpieczeniowej.

Ocena wzajemności ubezpieczeniowej została przeprowadzona w oparciu o retrospektywną analizę przesłanek doktrynalnych wzajemności, regulacji prawnej oraz rozwiązań funkcjonalnych występujących w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych prowadzących działalność na polskim rynku w minionym dwudziestoleciu.

1. Właściwości ubezpieczeń wzajemnych i ich ewolucja

Do istotnych cech charakterystycznych dla ubezpieczenia wzajemnego prowadzonego przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, zaliczymy: świadczenie ochrony ubezpieczeniowej dla członków w oparciu o zasadę wzajemności, połączenie praw i obowiązków członkowskich/ korporacyjnych/ z uprawnieniami wynikającymi z uczestnictwa we wspólnocie ubezpieczenia, niekomercyjny cel działalności towarzystwa jako organizatora wspólnoty, możliwość współdecydowania członków o działalności towarzystwa oraz rolę kapitałów własnych[2].

Podstawą rozróżnienia ubezpieczenia wzajemnego i komercyjnego jest odmienność zasad, na których odbywa się przejęcie i rozłożenie ryzyka pomiędzy uczestników organizowanej przez zakład ubezpieczeń wspólnoty ubezpieczeniowej i sam zakład ubezpieczeń.

Zakład organizujący ubezpieczenie wzajemne dokonuje przejęcia i rozkłada ryzyko na wszystkich uczestników wspólnoty, którzy zobowiązują się do wspólnego ponoszenia ryzyka, transferowanego na zakład ubezpieczeń. W wymiarze praktycznym oznacza to, że ostateczna cena ubezpieczenia wzajemnego kształtuje się w oparciu o rzeczywisty przebieg szkodowości i znana jest po zakończeniu okresu ubezpieczenia. W konsekwencji uczestnicy wspólnoty ubezpieczeniowej na zasadzie wzajemności stają się podmiotami, na które rozkładane jest ryzyko ubezpieczeniowe. Sam zaś zakład nie ponosi ryzyka prowadzonej działalności. Pozwala to rozumieć niekomercyjny cel działalności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

W odróżnieniu od zakładu ubezpieczeń oferującego ubezpieczenie wzajemne, zakład oferujący ubezpieczenie komercyjne określa stałą cenę ryzyka transferowanego przez ubezpieczających i przyjmuje na siebie ryzyko, wynikające z przyjętych zasad jego rozłożenia, czyli metod oceny ryzyka i określenia ceny tego przejęcia. W ten sposób zakład ubezpieczeń komercyjnych obciąża ryzyko niepowodzenia prowadzonej działalności zachowując uprawnienie do osiągania dochodu.

Każde z wymienionych rozwiązań prowadzi do odmiennego ukształtowania relacji pomiędzy ubezpieczonymi, jako uczestnikami wspólnoty ubezpieczonych, a podmiotem tę wspólnotę organizującym, tj. zakładem ubezpieczeń. Analiza tych relacji oraz wynikające z nich konsekwencje dla podmiotów włączonych w ubezpieczenie pozwolą na przedstawienie właściwości ubezpieczenia wzajemnego.

W odróżnieniu od komercyjnego zakładu ubezpieczeń, celem towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, jako organizatora wspólnoty ubezpieczonych, nie jest osiąganie zysku, a działanie w kierunku lepszego pokrycia ryzyk i obniżenia kosztów jego finansowania.

---

[2] Problem właściwości ubezpieczycieli poruszali m. in. M. Kuchlewska, *Ubezpieczenie jako metoda finansowania ryzyka przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003; J. Michalak, *Forma organizacyjno–prawna a inne właściwości ubezpieczyciela*, (w :) *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie ubezpieczeniowym (stan i perspektywy)*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2001, s. 125–133; P. Milewski, *Przekształcenie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w spółkę akcyjną,* (w:) *Towarzystwa ubezpieczeń…*, s. 181–206.

Podmiot przystępujący do ubezpieczenia wzajemnego łączy z towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych równocześnie stosunek członkostwa i stosunek ubezpieczenia oraz wynikające z nich prawa i obowiązki[3]. Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych określane jest jako zakład, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności[4].

Ubezpieczanie członków, akcentowane powszechnie w doktrynie ubezpieczeniowej, jak i znajdujące odzwierciedlenie na gruncie obowiązującego prawa, sprawia połączenie w ubezpieczeniu wzajemnym elementów osobowych i kapitałowych. Z jednej strony towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych jest podmiotem prawnym, występującym jako skład kapitału, którego członkowie nie ponoszą odpowiedzialności za jego zobowiązania[5]. Z drugiej zaś występowanie w podwójnej roli tj. właścicielskiej i wierzycielskiej akcentuje czynnik osobowy będący łącznikiem pomiędzy kapitałem oraz ubezpieczonym. Czynnik osobowy przejawia się w możliwościach wpływu członków i zarazem ubezpieczonych na działalność towarzystwa, tj. na jego politykę ubezpieczeniową, reasekuracyjną, lokacyjną oraz kosztową. Kształtują one jakość ubezpieczenia wzajemnego, co stanowi niewątpliwą zaletę tego typu rozwiązania.

Realizacja zasady wzajemności przejawia się we wspólnym ponoszeniu ryzyka transferowanego przez członków – ubezpieczonych do towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W aspekcie finansowym jej symptomem jest niestały charakter składki ubezpieczeniowej. Dalszą konsekwencją jest możliwość dokonywania częściowych zwrotów składki, konieczność dopłat do składki, bądź umniejszania świadczenia. Powyższe rozwiązania ukazują kolejną odrębność ubezpieczenia wzajemnego jaką, patrząc na problem od strony ubezpieczonego – członka, jest ograniczony transfer ryzyka wynikający z akceptacji zasady wzajemności. Przystąpienie do ubezpieczenia wzajemnego przenosi ryzyko na wspólnotę ubezpieczonych, na zasadzie wzajemności, a nie na zakład ubezpieczeń, jako jej organizatora. Wyrazem tego jest regulacja wskazująca na ścisły związek pomiędzy ceną ubezpieczenia lub wysokością świadczenia, a wynikiem rachunku technicznego ubezpieczeń[6]. Cena ubezpieczenia jest bowiem uzależniona od rozłożenia ryzyka we wspólnocie, tj. rozmiarów szkód oraz rzeczywistych kosztów funkcjonowania towarzystwa.

Ostateczny koszt przystąpienia do ubezpieczenia wzajemnego uwzględnia składkę ubezpieczeniową płaconą w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, skorygowaną o ewentualne dopłaty lub zwroty składki. Niewystarczalność składki ubezpieczeniowej może, jeśli tak stanowią postanowienia statutowe towarzystwa, powodować zmniejszenie świadczeń ubezpieczeniowych[7]. Regulacje prawne nakreślają tym samym ramy ekonomicznej treści zasady wzajemności ubezpieczeniowej.

Powyższe ukazuje rangę czynnika osobowego, tj. możliwość oddziaływania ubezpieczonych – członków na funkcjonowanie towarzystwa. Dopłaty bądź zwroty składki, a także jako alternatywa, możliwość redukcji świadczeń ubezpieczeniowych, są ekwiwalentem dla ubezpieczonych za częściowe ponoszenie ryzyka, przez każdego z uczestników wspólnoty na zasadzie wzajemności. Tym samym stanowią one atrybuty produktu jakim jest w wymiarze rynkowym ubezpieczenie wzajemne. W przypadku ubezpieczonych, będących jednocześnie członkami zaangażowanymi

[3] Jedność wymienionych stosunków w ubezpieczeniu wzajemnym akcentował E. Kowalewski, *Ubezpieczeniowa zasada wzajemności– jej istota i konsekwencje prawne*, Prawo Asekuracyjne 1998, nr 1.

[4] Zob. art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. nr 124, poz.1154 z późn. zm., dalej: ustawa o działalności ubezpieczeniowej.

[5] Wynika to z art. 45 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

[6] Powyższa zależność wynika z art. 44 ust. 2 oraz 45 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

[7] Ustawodawca treścią art. 45 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej określił zakres ubezpieczeniowej zasady wzajemności odnosząc ją do zmiennej wysokości składki oraz świadczeń pozostawiając wybór w stosowaniu rozwiązaniom statutowym towarzystw.

bezpośrednio w kapitale zakładowym, stanowią także swego rodzaju formę wynagrodzenia wnoszonego do towarzystwa kapitału.

Ograniczony transfer ryzyka w ubezpieczeniu wzajemnym oraz występowanie ubezpieczonych w podwójnej roli, tj. właścicielsko–wierzycielskiej, wywołuje odmienne oczekiwania pod adresem kapitałów własnych towarzystwa, jako zakładu ubezpieczeń. Gwarancyjny charakter kapitałów własnych zakładu ubezpieczeń, a w szczególności gwarancyjny charakter kapitału podstawowego, nabiera odmiennej treści w zakładzie ubezpieczającym na zasadzie wzajemności[8]. Wyrazem tego jest brak wymagań kapitałowych w odniesieniu do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych uznanych za małe[9]. Warto podkreślić, że warunkiem uznania towarzystwa za małe jest, obok określenia maksymalnej wysokości przypisu składki, ograniczenie do ubezpieczania jedynie członków, których krąg jest zdefiniowany w statucie towarzystwa. Kapitały własne towarzystw ubezpieczeń wzajemnych pełnią rolę stabilizującą przebieg ryzyka w czasie. Trudno bowiem mówić, w ekonomicznym znaczeniu, o ich roli gwarancyjnej jeśli zobowiązanymi do wniesienia kapitału podstawowego, w wysokości nie niższej niż minimalny kapitał gwarancyjny, są członkowie towarzystwa występujący równocześnie w roli ubezpieczonych. Na gruncie normatywnym podstawową ich funkcją jest funkcja założycielska. Bez wniesienia wymaganego kapitału zakładowego nie ma możliwości powołania towarzystwa. Ukazuje to rosnącą rolę czynnika kapitałowego w działalności współczesnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

Z uwagi na fakt, że właściwości ubezpieczenia wzajemnego zależą w dużym stopniu od zorganizowania towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz ukształtowania relacji kapitałowo–osobowych, w dalszej części opracowania zamieszczono omówienie wyników przeprowadzonej analizy rozwiązań rynkowych.

2. Modele organizacyjne towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i ich konsekwencje

Ukształtowane historycznie towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, jako podmiot o przewadze elementów osobowych nad kapitałowymi, przebyło ewolucję, która doprowadziła do odwrócenia powyższych proporcji. Działające współcześnie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych są podmiotami o wyraźnej przewadze czynnika kapitałowego nad osobowym. Właściwość powyższa znajduje także odzwierciedlenie w sytuacji towarzystw ubezpieczeń wzajemnych funkcjonujących w Polsce.

Z uwagi na znaczne zróżnicowanie członkostwa w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych zrozumienie oraz ocena wzajemności ubezpieczeniowej wymaga wyjaśnienia członkostwa, jego rodzajów i konsekwencji dla funkcjonowania wzajemności.

W świetle obowiązujących regulacji prawnych, jak również praktyki gospodarczej w Polsce, uwagę zwraca znaczne zróżnicowanie członkostwa towarzystw ubezpieczeń wzajemnych[10].

---

[8] Szerzej o wymaganiach kapitałowych wobec towarzystw ubezpieczeń wzajemnych: M. Kuchlewska, *Wymagania kapitałowe stawiane zakładom ubezpieczeń i ich konsekwencje*, Prawo Asekuracyjne 1998, nr 3, tenże *Specyfika i kształtowanie kapitałów własnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych*, (w:) *Towarzystwa ubezpieczeń…*, s. 146–156.

[9] Odstąpienie od wymagań kapitałowych wobec małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych pojawiło się z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Wynika to z art. 43 ust. 4 wyłączającego stosowanie art. 146 ust. 1 tj. wymagania kapitałowego wynikającego z marginesu wypłacalności. Zerowy poziom w odniesieniu do minimalnego kapitału gwarancyjnego małych towarzystw wzajemnych wynika z § 10 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 listopada 2003 r. w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń, Dz. U nr 211, poz. 2060.

[10] Możliwość zróżnicowania członkostwa wynika z treści art. 44 ust. 1. ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Prowadzi to w konsekwencji do odmiennego ukształtowania wzajemnych relacji pomiędzy podmiotami tworzącymi towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, a możliwościami ich wpływu na jego funkcjonowanie. Odmienność owych relacji znajduje bezpośrednio odzwierciedlenie w motywach, jakimi kierują się podstawowe grupy włączone w funkcjonowanie towarzystwa i wpływa na jakość oferowanego produktu.

Uwzględniając czynniki różnicujące, zarówno członkostwo towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, jak i zbiorowość ubezpieczonych oraz wzajemne relacje występujące pomiędzy tymi podmiotami, można wyróżnić trzy modele organizacji towarzystw ubezpieczeń wzajemnych: model osobowy, kapitałowy oraz mieszany[11].

Każdy z wymienionych wyżej modeli zasadza się na odmiennym ukształtowaniu relacji pomiędzy prawem członka jako współwłaściciela i członka – jako ubezpieczonego uczestnika wspólnoty ubezpieczonych. Wyrazem owych relacji będzie możliwość jego wpływu na funkcjonowanie towarzystwa wyrażająca się prawem głosu na walnym zgromadzeniu, czyli prawem do współdecydowania o losach towarzystwa, w powiązaniu z jego zaangażowaniem w kapitale własnym.

Wnoszony przez członków udział kapitałowy może mieć odzwierciedlenie w różnych składnikach kapitału własnego, do których należy zaliczyć kapitał zakładowy, będący podstawowym kapitałem własnym towarzystwa, pozostały kapitał udziałowy oraz inne składniki kapitału własnego. Kapitał zakładowy, jako podstawowy składnik kapitału udziałowego, poddany jest regulacjom prawnym wynikającym z ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Normy te dotyczą zarówno jego wysokości, jak i zmian, tj. podwyższenia i obniżenia. Sprawia to, że kapitałem zakładowym rządzą odmienne reguły aniżeli pozostałym kapitałem udziałowym.

Otwarta formuła działania towarzystw ubezpieczeń wzajemnych praktycznie uniemożliwia uczestnictwo wszystkich członków w kapitale zakładowym. Związanie się udziałem w kapitale własnym poprzez kapitał zakładowy oznacza większą stabilność zaangażowania, patrząc od strony towarzystwa, podczas gdy uczestniczenie w pozostałym kapitale udziałowym stwarza większą elastyczność zmian członkostwa.

Model osobowy towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zasadza się na założeniu, że każdy członek towarzystwa, bez względu na rozmiar i formę zaangażowania kapitałowego, posiada prawo głosu na walnym zgromadzeniu towarzystwa. Liczba głosów w towarzystwie zorganizowanym zgodnie z tym modelem, jest równa liczbie członków towarzystwa. Zatem członek, bez względu na formę jego udziału w kapitale własnym, może wpływać na funkcjonowanie zakładu, które dotyczy jego jako ubezpieczonego na zasadzie wzajemności.

Osobowy model towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zakłada równoczesne występowanie członka w dwóch rolach podmiotów włączonych w funkcjonowanie towarzystwa: roli członka – właścicielskiej i roli ubezpieczonego – wierzycielskiej. Warunkiem uzyskania członkostwa jest wniesienie udziału oraz zawarcie umowy ubezpieczenia. Członkostwo jest jednorodne w zakresie uprawnień właścicielskich i ubezpieczonych, zaś jego uzyskanie może wiązać się z objęciem udziałów w kapitale zakładowym, bądź w pozostałym kapitale udziałowym oraz korzystania z oferty ubezpieczenia. Uwagę w osobowym modelu organizacji towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zwraca pełne powiązanie czynnika kapitałowego z czynnikiem osobowym, co wyraża się prawem głosu dla wszystkich członków i zarazem ubezpieczających w sprawach funkcjonowania tak wspólnoty ubezpieczonych, zakreślonej od strony finansowej do zjawisk objętych

[11] Na problem zwracała uwagę M. Kuchlewska w referacie *Modele organizacyjne towarzystw ubezpieczeń wzajemnych a realizacja zasady wzajemności*, na konferencji pt. „Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych na polskim rynku–aspekty prawno–ekonomiczne", zorganizowanej przez Katedrę Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, grudzień 2002.

rachunkiem technicznym ubezpieczeń, jak i pozostałych zjawisk związanych z działalnością towarzystwa[12].

W modelu osobowym ma miejsce pełne przeniesienie konsekwencji działalności ubezpieczeniowej poprzez wynik techniczny ubezpieczeń na strukturę kapitałową reprezentowaną przez tę samą, co do składu, grupę podmiotów, która podejmuje decyzje, tak w zakresie działalności ubezpieczeniowej, jak i struktury kapitałowej. Pozostająca nadwyżka w rachunku technicznym, zasilając ogólny wynik finansowy, stanowi źródło zwiększania kapitału zapasowego bądź innego składnika kapitałów własnych, względnie też umożliwia częściową spłatę kapitału zakładowego[13]. Występująca w tym modelu tożsamość właścicieli i ubezpieczonych jest czynnikiem sprzyjającym realizacji z założenia dwóch różnych celów, jakie wynikają z pełnienia funkcji właścicielskich, czyli inwestora towarzystwa i funkcji wierzycielskiej, dla której w formule ubezpieczeń wzajemnych liczy się cel właściwy podmiotowi zagrożonemu ryzykiem i poszukującemu optymalnego sposobu jego finansowania. Pogodzenie tych dwóch sprzecznych celów jest możliwe przy uwzględnieniu przesunięć przepływów pieniężnych w czasie. Alternatywą dla dopłat do składki staje się sięgnięcie po kapitał zapasowy, podobnie jak przeznaczenie nadwyżki bilansowej na zwiększenie kapitału zapasowego stanowi alternatywę dla zwrotu składki. W ten sposób poprzez powiązania kapitałowe ubezpieczeni i właściciele zarazem, mają możliwość rozłożenia pomiędzy siebie oraz w czasie ryzyka w części, jaka pozostaje ich udziałem jako ubezpieczonych na zasadzie wzajemności.

Stosunkowo duża elastyczność rozwiązań sprzyjających tak ubezpieczonym, jak i towarzystwu, jest możliwa ze względu na brak w towarzystwie zorganizowanym według modelu osobowego płaszczyzn sprzeczności interesów pomiędzy ubezpieczonymi a właścicielami.

Słabością modelu osobowego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, przy uwzględnieniu aktualnie stawianych normatywnych wymagań kapitałowych, jest trudność zgromadzenia kapitału. Obowiązujące wymagania w zakresie wypłacalności, stawiane towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych na równi z ubezpieczeniowymi spółkami akcyjnymi, są ważnym czynnikiem wymuszającym poszukiwanie innych rozwiązań w funkcjonowaniu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

Rozwiązaniem wychodzącym naprzeciw stawianym towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych wymaganiom kapitałowym jest kapitałowy model organizacji tych towarzystw. Organizacja towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce według modelu kapitałowego jest możliwa w związku ze zmianą prawa w zakresie ramowych atrybutów członkostwa. Zmiana w tym zakresie została wprowadzona w 1995 r. poprzez nowelizację art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej[14]. Do czasu wprowadzenia w życie powyższej zmiany prawo wiązało członkostwo w towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych z koniecznością zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ustawodawca tym samym zapewnił spójność definicji towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych z możliwością realizacji zasady wzajemności. Ustawowa definicja towarzystwa jako zakładu

[12] Szczególnym tego wyrazem jest możliwość wpływu na kształt oferty ubezpieczeniowej. Do końca 2003 r. zgodnie z prawem ogólne warunki ubezpieczeń uchwalało walne zgromadzenie. Od roku 2004, tj. od wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej decyzje odnośnie podmiotu uprawnionego do uchwalania o.w.u. zostały pozostawione swobodzie statutowej; zob. art. 41 ust. 1 pkt 11 tej ustawy.

[13] Możliwość taką przewiduje art. 46 ust. 10 w kontekście ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

[14] Zob. ustawa z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej o zmianie rozporządzenia Prezydenta RP – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, pkt 18, Dz. U. nr 96, poz. 478.

ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności, przy uzależnieniu członkostwa od zawarcia umowy ubezpieczenia umożliwiała powstanie wspólnoty ubezpieczonych od momentu powstania towarzystwa jako jej organizatora. Motywem przyświecającym założycielom przy powoływaniu towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych była bowiem chęć ubezpieczania się na zasadzie wzajemności. Tak rozumiane członkostwo mogło kreować nierozerwalną więź pomiędzy prawnym stosunkiem członkostwa w towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych a prawnym stosunkiem ubezpieczenia, określanym jako stosunek ubezpieczenia wzajemnego[15].

Aktualna regulacja prawna pozostawiając w dużej mierze członkostwo swobodzie statutowej, na co wskazuje art. 44 ust. 1 w brzmieniu „jeżeli statut nie stanowi inaczej, uzyskanie członkostwa musi być związane z zawarciem umowy ubezpieczenia" wywarła wpływ na praktykę wzajemności ubezpieczeniowej i organizację towarzystw ubezpieczeń wzajemnych[16]. Umożliwiła również powstawanie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych o kapitałowym modelu organizacji.

Zasadza się on na założeniu zróżnicowania członkostwa i wyodrębnieniu członkostwa kapitałowego i pozostałego, określanego w praktyce rynkowej członkostwem zwyczajnym. Członkostwo kapitałowe jest powiązane wyłącznie z zaangażowaniem kapitałowym w stopniu spełniającym wymagania ustawowe związane z powołaniem zakładu ubezpieczeń w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Oznacza to, że członkowie kapitałowi reprezentują własność powołanego towarzystwa i im przynależy prawo głosu powiązane z rozmiarami zaangażowania w kapitale zakładowym. Członkowie zwyczajni to podmioty wyrażające gotowość zawarcia umowy ubezpieczenia i pozostawania w stosunku ubezpieczenia wzajemnego, zdefiniowanym przez członków kapitałowych, bez możliwości bezpośredniego wpływu na funkcjonowanie towarzystwa, jako organizatora wspólnoty wzajemności ubezpieczeniowej. W towarzystwie zorganizowanym według modelu kapitałowego podmiotowy skład ubezpieczonych, co do zasady, różni się od składu podmiotowego członków, powodując oddzielenie kapitału od ubezpieczających. Oznacza to zerwanie więzi osobowych i kapitałowych z wszelkimi następstwami dla jakości produktu ubezpieczenia wzajemnego i jego rynkowego postrzegania.

Funkcjonowanie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zorganizowanego w oparciu o model kapitałowy nasuwa fundamentalne pytanie o cel inwestowania kapitału w towarzystwo przez podmioty, których członkostwo w towarzystwie nie jest powiązane z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jedynie wiąże się z wniesieniem kapitału zakładowego. Z finansowego punktu widzenia, przedstawionych problemów nie da się wyjaśnić racjonalnie, jeśli kapitał wnoszony jest przez podmioty prywatne. Angażowanie w kapitał zakładowy towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych kapitału publicznego: państwowego czy samorządowego w celu obniżenia kosztu ochrony ubezpieczeniowej dla podmiotów działających na danym obszarze, czy wybranych grup podmiotów, można uznać za przejaw polityki państwa i aktywnego włączania się władzy publicznej w proces zarządzania ryzykiem regionu czy innego obszaru gospodarki istotnego z punktu widzenia prowadzonej polityki gospodarczej lub społecznej.

Koncepcja towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zorganizowanego według modelu kapitałowego, bez udziału podmiotu publicznego, upodabnia takie towarzystwo do spółki akcyjnej. Istotna różnica od strony finansowej, przejawia się w tym, że na gruncie obowiązujących rozwiązań prawnych członek kapitałowy – właściciel towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, nie może

[15] Zob. E. Kowalewski, *op.cit.*

[16] W ustawie o działalności ubezpieczeniowej pozostawiono analogiczne uregulowanie członkowstwa jakie miało miejsce od 1995 r. tj. od wejścia w życie przepisów ujętych w przypisie nr 14.

partycypować w efektach działalności towarzystwa w formie podziałowej, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do właścicieli spółek akcyjnych[17].

Kolejny model zorganizowania właściwy dla organizacji towarzystw ubezpieczeń wzajemnych określany mianem mieszanego łączy w sobie pewne rozwiązania właściwe dla modelu osobowego i kapitałowego. Formuła towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zorganizowanego według tego modelu zawiera kompromis istotnych racji, leżących po stronie podmiotów włączonych w funkcjonowanie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz wymagań wynikających z uwarunkowań prawnych, kładących nacisk na dysponowanie odpowiednim kapitałem. Wyraża się to uzależnieniem członkostwa w towarzystwie od zaangażowania kapitałowego i ubezpieczenia. Wniesienie kapitału jest istotne ze względu na stawiane towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych wymagania normatywne w płaszczyźnie kapitałowej. Stąd daje się wyjaśnić uzależnienie wpływu członka na sprawy funkcjonowania towarzystwa od rozmiarów jego kapitałowego zaangażowania, uznając formę zaangażowania za drugorzędną. Członek towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zorganizowanego według modelu mieszanego ma wpływ na funkcjonowanie wspólnoty ubezpieczonych w krótkim okresie, czego odzwierciedleniem jest działalność techniczna i jej wynik, jak również na działalność całej struktury, jaką jest towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, poprzez podejmowanie decyzji w sprawie podziału nadwyżki bilansowej[18]. Omawiane rozwiązanie organizacyjne pozwala w dużym stopniu na wyeliminowanie negatywnych konsekwencji wynikających ze sprzeczności interesów, jakie mają miejsce w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych zorganizowanych w oparciu o model kapitałowy.

Według koncepcji organizacji towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w oparciu o model osobowy oraz mieszany można wyjaśnić niekomercyjny charakter działalności towarzystw oraz motyw wnoszenia kapitału przez członków korzystających z ubezpieczeń na zasadzie wzajemności.

Wnoszony kapitał udziałowy, spełniając funkcję założycielską, umożliwia prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Koszt wyłączenia z obrotu środków pieniężnych wnoszonych przez członków, jako kapitał zakładowy do towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, ma szansę być dyskontowany oczekiwanym niższym kosztem ubezpieczenia oraz wyższą jakością ochrony. Oznacza to, że pełen koszt ubezpieczenia w ubezpieczeniu wzajemnym obejmuje, obok wydatku ponoszonego na składkę ubezpieczeniową, koszt alternatywny, wynikający z konieczności wniesienia i utrzymywania w towarzystwie kapitału przez członków ubezpieczających na zasadzie wzajemności.

Reasumując omówione wyżej problemy funkcjonowania towarzystw ubezpieczeń wzajemnych uwagę zwraca ich złożoność organizacyjna oraz jej znaczne zróżnicowanie. Funkcjonujące w Polsce towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych od strony ich zorganizowania zawierają się w omówionych modelach od osobowego po kapitałowy. Większość z nich wpisuje się w rozwiązania modelu mieszanego. W konsekwencji rynek w różnym stopniu realizuje ubezpieczeniową zasadę wzajemności. Sprawia to, że bez zrozumienia omawianych problemów trudno oceniać wzajemność ubezpieczeniową w Polsce. W pewnym stopniu tym można tłumaczyć znikomą rozpoznawalność towarzystw ubezpieczeń wzajemnych oraz oferowanych przez nie produktów.

[17] Wynika to z art. 46 ust. 10 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w którym wskazane są enumeratywnie kierunki przeznaczenia nadwyżki bilansowej towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, brak wśród nich możliwości udziału członka kapitałowego w podziale nadwyżki, tak ja ma to miejsce w odniesieniu do akcjonariusza, o czym mowa w art. 347 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych, Dz. U. nr 94, poz. 1037 z poźn. zm.

[18] Wynika to z ustwowo określonych kompetencji walnego zgromadzenia towarzysta ubezpieczeń wzajemnych, co reguluje art. 65 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Kierunek ewolucji rozwiązań organizacyjnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce ukazuje ich wyraźną komercjalizację. Oznacza ona ograniczanie, a w skrajnym przypadku całkowite odchodzenie od zasady wzajemności, co znajduje wyraz w oparciu działalności na stałej składce. Procesy komercjalizacyjne w działalności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce są konsekwencją zarówno zmian w prawodawstwie, podejściu organu nadzoru do ich działalności, jak i procesów rynkowych będących efektem naśladownictwa trendów występujących na rynkach krajów Unii Europejskiej. Towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych w pogoni za celami właściwymi spółkom akcyjnym zaczyna brakować podstawowego atrybutu – wzajemności.

W wyniku „odwzajemniania" następuje wzrost ryzyka działalności takiego towarzystwa, albowiem nie dysponuje ono możliwością rozłożenia ryzyka – w ramach rachunku technicznego ubezpieczeń – na ubezpieczonych. Procesy „odwzajemniania" towarzystw ubezpieczeń wzajemnych stanowią ważną przesłankę jednolitego podejścia regulatora do zakładów ubezpieczeń. Znajduje to wyraz w dyrektywie Solvency II , traktującej regulowane problemy do zakładów ubezpieczeń bez rozróżniania ich form organizacyjno–prawnych, powodując nieadekwatność proponowanych rozwiązań w odniesieniu do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych prowadzących działalność w oparciu o ubezpieczeniową zasadę wzajemności.

Przedstawione problemy znajdują odbicie w strukturze rynkowej. Udział liczebny towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w łącznej strukturze ilościowej zakładów rynku ubezpieczeniowego stanowi 14,5%, w dziale I ubezpieczeń jest to zaledwie 6,7%, a w dziale II sięga 20%[19]. Udział towarzystw ubezpieczeń wzajemnych mierzony udziałem w składce przypisanej brutto jest jeszcze mniej imponujący i wynosi odpowiednio dla całego rynku 1,7%, z czego na dział I przypada 0,06%, a na dział II 3,8%. Udział bezpośrednich inwestycji zagranicznych w kapitale podstawowym towarzystw ubezpieczeń wzajemnych wynosi 60%, w dziale I ubezpieczeń sięga aż 89%, a w dziale II 52%. Podczas gdy udział kapitału zagranicznego w całym rynku ubezpieczeniowym kształtuje się na poziomie 78%, odpowiednio w dziale I 72% oraz w dziale II 83%.

Syntetyczna ilustracja wybranych wskaźników rynku potwierdza zachodzące procesy komercjalizacyjne i ewolucję w kierunku rozwiązań kapitałowych. Wyraźnym tego symptomem jest znaczący udział bezpośrednich inwestycji zagranicznych w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych w Polsce. W kontekście Solvency II, jako regulacji stawiającej dalsze kroki w kierunku komercjalizacji działalności ubezpieczeniowej, nasuwa się pytanie o wyzwania stawiane towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych. Cel przyjętych w dyrektywie rozwiązań oraz podejście oparte na zarządzaniu ryzykiem nie uwzględniają właściwości towarzystw ubezpieczeń wzajemnych realizujących w swojej działalności zasadę wzajemności ubezpieczeniowej. Rodzi to niebezpieczeństwo nieadekwatności przewidywanych rozwiązań w kontekście głównego celu regulacji w odniesieniu do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, w szczególności realizujących zasadę wzajemności.

Dr hab. **Maria Kuchlewska**, prof. nadzw. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

[19] Według stanu na dzień 30 czerwca 2010 r.; obliczenia własne w oparciu o sprawozdanie kwartalne Komisji Nadzoru Finansowego.

Summary of the article

„Reciprication" of Polish mutual insurance companies

After 20 years of the functioning of the Polish insurance market there is a possibility of evaluation of insurance reciprocation and identification of the general tendencies observed in the development of mutual insurance companies. This problem has became very up to date, especially as the mutual insurance companies are challenged with the implementation of the Solvency II Directive which is going to substantially change the conditions of insurance activity.

Starting from doctrinal reasons concerning insurance reciprocity, the author describes features of mutual insurance companies as insurance service providers. The special attention is paid to membership. Analysis of the legal regulations and modifications they have undergone so far, enables to differentiate between three organizational models of mutual insurance companies: personal, capital and combination of these two. Describing the reasons and consequences of these models, the analysis indicates that the mutual insurance companies have evolved into organizations of more commercial character.

Referring to Solvency II, as far the process of reciprocation of mutual insurance companies is concerned, the author is in favor of applying homogenous regulations in functioning of the insurance companies, without differentiating between joint–stock company and mutual insurance company. Above issues were illustrated by empirical data typical for Polish insurance companies.

Wioleta Kardasz

Sekurytyzacja jako nowy element zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym

Uwagi wstępne

Ryzyko związane jest z wszelkimi formami egzystencji i działalności człowieka. W literaturze, ze względu, że jest to pojęcie interdyscyplinarne, występuje mnogość definicji terminu ryzyko. J. Szpunar przytoczył następującą definicję: „ryzyko jest niebezpieczeństwem zajścia zdarzenia losowego powodującego wyrządzenie materialnych szkód”[1]. Wszystkie podmioty gospodarcze w swojej codziennej działalności mają styczność z ryzykiem w różnych jego formach i postaciach.

Z tego powodu istotnym elementem zarządzania, czy to przedsiębiorstwem, czy też instytucją finansową, taką jak zakład ubezpieczeń, jest zarządzanie ryzykiem. *Risk management* jest to proces świadomego diagnozowania i sterowania ryzykiem. Stanowi on niezwykle ważny składnik zarządzania strategicznego każdej organizacji, także instytucji finansowych, takich jak zakłady ubezpieczeń. Jednakże istnieje jeszcze inna metoda radzenia sobie z ryzykiem, mianowicie ART, czyli alternatywne metody transferu ryzyka, który ma swoje korzenie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Początkowo termin ART odnosił się do sposobów radzenia sobie z ryzykiem w przedsiębiorstwach poprzez *captives*, grupy retencji ryzyka a także *poole*. Obecnie, pojęcie ART zostało rozszerzone o alternatywne rozwiązania, które nastawione są raczej na finansowanie ryzyka oraz zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie niż na jego transfer. Te alternatywne rozwiązania to produkty takie jak: ubezpieczenie ograniczonego ryzyka, reasekuracja finansowa, warunkowo dostępny kapitał, umowy wielozdarzeniowe pokrywające wiele ryzyk na wiele lat (MMP, MTP), sekurytyzacja, itp. Mechanizm sekurytyzacji ubezpieczeniowej wykorzystywany jest zatem jako narzędzie zarządzania ryzykiem na rynku ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym.

Sekurytyzacja jest stosunkowo nowym narzędziem transferu ryzyka dla ubezpieczycieli i reasekuratorów, jednak na rynku finansowym była ona wykorzystywana już w latach 70. XX w. O możliwości wykorzystania sekurytyzacji w branży ubezpieczeniowej zaczęto poważnie myśleć po wydarzeniach z wczesnych lat 90. XX w., kiedy to miały miejsce katastrofy naturalne o ogromnej sile niszczącej. Mowa tu jest głównie o huraganie Andrew z 1992 r. oraz o trzęsieniu ziemi w Northridge w Kalifornii. Huragan Andrew wyrządził szkody o wartości przekraczającej 19,6 mld USD i uczynił niewypłacalnymi z dnia na dzień, 10 firm ubezpieczeniowych. W przypadku,

[1] J. Szpunar, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1972, s. 94.

gdyby huragan uderzył w Miami, kilka mil od miejsca katastrofy, szkody przekroczyłyby wartość 50 mld USD. Trzęsienie ziemi w Northridge w Kalifornii kosztowało 16,3 mld USD. Szkody wyrządzone przez te dwie katastrofy łącznie przewyższyły te zaistniałe w ciągu poprzednich 12 lat[2].[3]

Tradycyjny rynek ubezpieczeniowy nie radzi sobie dobrze z ryzykiem katastroficznym bądź też z innym ryzykiem uznanym za nieubezpieczalne. Taki rodzaj ryzyka charakteryzuje się niskim prawdopodobieństwem realizacji oraz ogromnymi szkodami w razie wystąpienia zdarzenia. Nieubezpieczalność tego typu ryzyka jest spowodowana niedopasowaniem wysokości zebranej w danym roku składki do olbrzymich strat jakie mogą wystąpić w razie realizacji ryzyka. Pojemność rynku ubezpieczeniowego i reasekuracyjnego jest zbyt mała, aby pokryć ryzyko katastroficzne. W związku z tym, ubezpieczyciele zaczęli rozwijać instrumenty umożliwiające transfer ryzyka katastroficznego na rynki kapitałowe, posiadające znacznie większą pojemność. Sekurytyzacja ubezpieczeniowa jest narzędziem umożliwiającym taki właśnie transfer. Odbywa się on poprzez emisję papierów wartościowych. Papiery te posiadają bardzo atrakcyjną dla inwestorów stopę zwrotu, gdyż ich wykup uwarunkowany jest zajściem bądź nie jakiegoś określonego zdarzenia losowego. Sekurytyzacja umożliwia zwiększenie pojemności ubezpieczeniowej zakładów przez transfer takich ryzyk jak ryzyko huraganu, trzęsienia ziemi, powodzi czy innych tym podobnych. Sekurytyzacja ryzyka ubezpieczeniowego nie jest jednakże ograniczona tylko i wyłącznie do transferu ryzyka katastroficznego.

1. Podział sekurytyzowanego ryzyka

Sekurytyzowane ryzyko można sklasyfikować ze względu na jego rodzaj. Wyróżnia się dwa podziały. Pierwszy to sekurytyzacja ryzyk życiowych oraz ryzyk innych niż życiowe. Do drugiego podziału należą sekurytyzacja ryzyka katastroficznego oraz sekurytyzacja innych ryzyk (niekatastroficznych).

Sekurytyzacja ryzyk majątkowych opiera się na transferze dużych ryzyk, których realizacja niesie za sobą wystąpienie znacznych szkód (tzw. *peak risk*).

Sekurytyzacja ryzyk życiowych polega natomiast głównie na finansowaniu przyszłych wpływów ze składek ubezpieczeniowych, chociaż sekurytyzuje się także ryzyko śmiertelności.

Sekurytyzacja ryzyka niekatastroficznego występuje głównie w ubezpieczeniach życiowych finansując w ten sposób przyszłe wpływy ze składek. Zaś ryzyko nadmiernie wysokiej śmiertelności sekurytyzuje się poprzez emisję obligacji katastroficznych opartych o wskaźnik śmiertelności.

Sekurytyzacja ryzyka katastroficznego to transfer ryzyka powodzi, huraganu, trzęsienia ziemi i innych tym podobnych na rynki kapitałowe poprzez emisję obligacji katastroficznych. Potrzeba radzenia sobie i lepszego zarządzania ryzykiem katastroficznym w branży ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej była główną przyczyną rozwoju sekurytyzacji ubezpieczeniowej. Dlatego też warto bliżej scharakteryzować ten rodzaj ryzyka.

Katastrofa to nagłe i tragiczne w skutkach wydarzenie, obejmujące swym zasięgiem duży obszar, w którym ginie wiele osób lub dochodzi do dużych strat materialnych[4]. Pojęcie ryzyka katastroficznego, natomiast, definiuje się jako możliwość wystąpienia zdarzenia wywołanego katastrofą. Charakteryzuje się ono następującymi cechami: następstwem realizacji tego rodzaju ryzyka może być wiele indywidualnych szkód, które dotykają w tym samym czasie wiele osób bądź podmiotów gospodarczych, wysokość strat powstałych na skutek realizacji ryzyka jest

[2] Skumulowana wartość szkód ubezpieczeniowych z lat 1980–1992 wynosiła 25 mld USD.

[3] P. Carayannopoulos, P. Kovacs, D. Leadbetter, *Insurance securitization. Catastrophic event exposure and the role of insurance linked securities in addressing risk*, ICLR Research Paper Series – No. 27, January 2003, s. 1.

[4] S. Dubisz (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 2003.

przeważnie niezależna od człowieka (wyjątek to katastrofy wywołane przez człowieka – ataki terrorystyczne), a ich wartość jest znacząca[5]. Ryzyko katastroficzne można podzielić na: naturalne, niezależne od człowieka (klęski żywiołowe), inicjowane przez człowieka (akty terroryzmu) oraz związane z sytuacją społeczno – ekonomiczną (np. kryzys finansowy)[6].

Liczba katastrof, a także straty przez nie wywołane ciągle rosną i to w szybkim tempie. W latach 90. XX w. liczba katastrof wzrosła 3–krotnie w porównaniu z latami 60. XX w., straty ekonomiczne wzrosły 9–krotnie, a ubezpieczeniowe – 15–krotnie[7]. Znaczna część zakładów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych uważa, iż wzrastająca liczba strat wywołanych przez kataklizmy jest powiązana ze zmianami klimatycznymi jakie zachodzą na naszej planecie[8]. Inne czynniki zwiększające wystąpienie ryzyk katastroficznych to: wzrost liczby ludności, duża koncentracja ludności, duże zaludnienie oraz rozwój terenów podatnych na katastrofy np. Kalifornia, Floryda oraz wzrost zamożności społeczeństw[9].

Tabela nr 1. Potencjalne straty ekonomiczne wynikające z wystąpienia katastrof

Obciążenie stratami jako % PKB	Rozmiar strat w mld USD		
	>10	**3–10**	**0,5–3**
>2%	Holandia	Czechy	Ekwador
	Chiny	RPA	Izrael
		Polska	
1–2%	Włochy	Szwajcaria	Portugalia
	Niemcy	Argentyna	Austria
	Wielka Brytania		
<1%	USA	Australia	Filipiny
		Hiszpania	Tajwan
		Kanada	Belgia
		Francja	Indonezja
		Brazylia	
		Japonia	

Źródło: http://www.swissre.com.

Jak wynika z powyższej Tabeli katastrofy są zagrożeniem mogącym wyrządzać ogromne szkody finansowe. Stanowi to zagrożenie dla działalności firm ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych. Zakłady ubezpieczeniowe w celu niedopuszczenia do niewypłacalności, a co za tym idzie do upadłości, zainteresowały się transferem ryzyka katastroficznego na rynki kapitałowe, posiadające znacznie większą pojemność ubezpieczeniową. Odbywa się to za

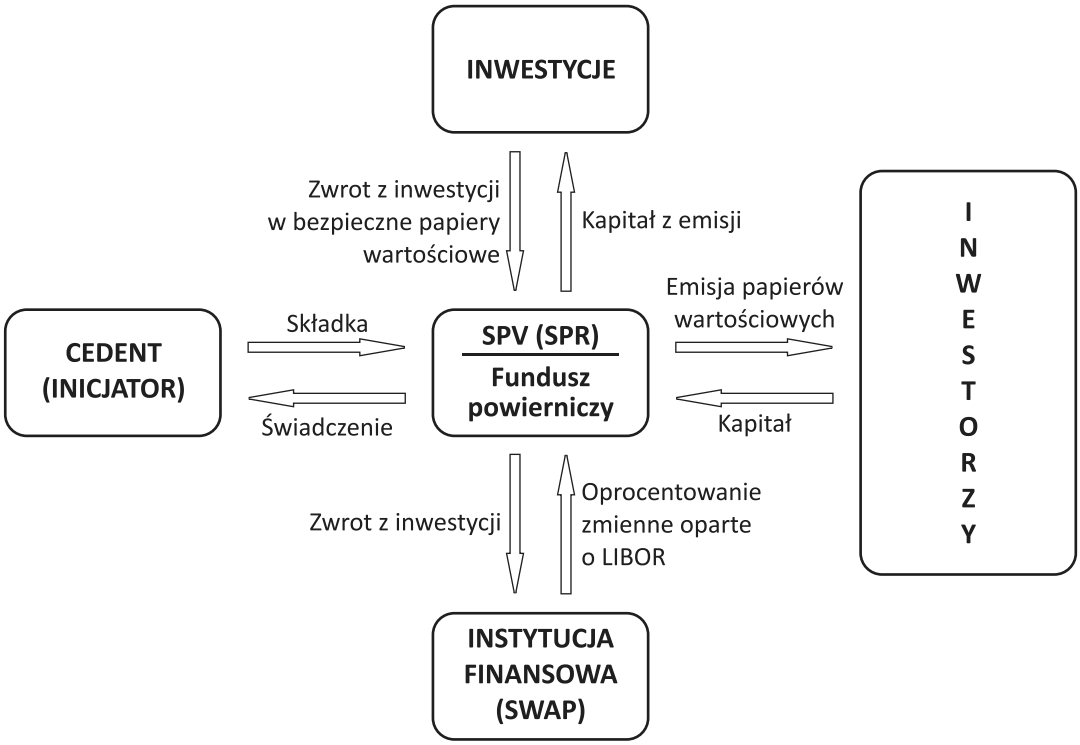
[5] A. Hanzel, *Ryzyko katastroficzne – problem identyfikacji*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, lipiec/sierpień 2006, s. 40.
[6] I*bidem*, s. 41.
[7] K. Wierzchowska, *Ryzyko katastroficzne – zarys problematyki,* (w:) *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, Prace naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu nr 1176, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 483.
[8] *Ibidem*.
[9] *Ibidem*, s. 482.

pomocą procesu sekurytyzacji, czyli emisji papierów wartościowych, których spłata jest zabezpieczona składkami z ryzyka katastroficznego. Emitowanymi papierami wartościowymi mogą być obligacje katastroficzne bądź opcje katastroficzne.

2. Mechanizm sekurytyzacji ubezpieczeniowej

Sekurytyzacja ubezpieczeniowa może przyjąć jedną z dwóch form: bezpośrednią lub pośrednią. W sekurytyzacji bezpośredniej, inaczej pierwotnej, cedentem ryzyka i emitentem papierów wartościowych jest ten sam podmiot – zakład ubezpieczeniowy bądź reasekuracyjny. Środki uzyskane z emisji lokowane są w papiery wolne od ryzyka np. obligacje skarbowe. Przy tego rodzaju procesie zazwyczaj pośredniczy bank, jako doradca w sprawie emisji i sprzedaży papierów wartościowych. Ogromną wadą tego rodzaju sekurytyzacji jest fakt, iż ryzyko jakie niosą ze sobą papiery wartościowe nie jest oddzielone od ryzyka związanego z działalnością gospodarczą inicjatora programu. Dlatego też popularniejsza jest druga forma sekurytyzacji ubezpieczeniowej.

Schemat nr 1. Typowy proces sekurytyzacji wtórnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Securitization – new opportunities for insurers and investors, Sigma No. 7/2006, Swiss Reinsurance Company, Economic Research & Consulting, Zurych 2006, s. 5 oraz A. Małek, Obligacja jako narzędzie sekurytyzacji ryzyka śmiertelności, Bank i Kredyt, maj 2008, s. 39.

W procesie sekurytyzacji pośredniej (wtórnej), inicjator (cedent) zakłada niezależną spółkę celową (*special purpose vehicle* – SPV lub *special purpose reinsurance vehicle* – SPR). Spółka celowa przejmuje ryzyko od aranżera sekurytyzacji poprzez zawarcie umowy reasekuracyjnej.

Emituje ona papiery wartościowe, których podstawą są składki ubezpieczeniowe z tytułu umów ubezpieczenia dotyczących przetransferowanego ryzyka. Zawarcie umowy pomiędzy SPV a inicjatorem transakcji w formie umowy reasekuracyjnej jest niezbędne ze względów prawnych oraz w celu akceptacji transferu przez nadzór[10]. Spółką celową jest zazwyczaj firma reasekuracyjna, broker reasekuracyjny bądź *captive*. Ze względów podatkowych, SPV plasowane są w rajach podatkowych. Działalność spółki jest ograniczona do emisji papierów wartościowych oraz inwestowania środków uzyskanych z tej emisji w bezpieczne instrumenty finansowe. W procesie sekurytyzacji biorą również udział podmioty pośredniczące, czyli banki inwestycyjne, agencje ratingowe, firmy doradcze oraz firmy ubezpieczeniowe (zwane „*monoline*" lub „*wrapper*"), które gwarantują spłatę kapitału i odsetek inwestorom wyemitowanych przez SPV papierów wartościowych. Gwarancje spłaty udzielane są tylko instrumentom finansowym posiadającym wysoki rating (zazwyczaj AAA)[11].

Przychody uzyskiwane ze sprzedaży wyemitowanych papierów wartościowych są przelewane na oddzielne konto, gdzie są inwestowane w bezpieczne instrumenty finansowe. Środki zgromadzone na koncie służą do wypłaty wartości nominalnej i odsetek inwestorom[12]. Dzięki transakcji swapowej, stały zysk z inwestycji zamieniany jest na zmienne oprocentowanie oparte o LIBOR. To powoduje redukcję ryzyka stopy procentowej wyemitowanych przez SPV papierów wartościowych. Inwestorzy otrzymują marże za przyjęcie ryzyka ponad poziomem stopy LIBOR. W przypadku realizacji transferowanego ryzyka, SPV wypłaca kapitał (świadczenie) cedentowi ze środków zgromadzonych na koncie, a inwestorzy otrzymują (w miarę możliwości) zwrot części kapitału[13].

W latach 1994 – 2002, sekurytyzacji ubezpieczeniowej zostało poddane ryzyko ubezpieczeń majątkowych o wartości ok. 15 mld USD (globalnie)[14]. Biorąc pod uwagę cały światowy rynek ubezpieczeń majątkowych była to niewielka jego część. Na początku lat 90. XX w. zainteresowanie sekurytyzacją ubezpieczeniową rosło w gwałtownym tempie, jednak uległo ono zmniejszeniu w 2001 r. Powodem tego mogły być wysokie koszty procesu sekurytyzacji, niewystarczające rozwiązania prawne oraz zmiany cen na tradycyjnym rynku reasekuracyjnym.

Sekurytyzacja ubezpieczeniowa wykorzystywana jest szczególnie w Stanach Zjednoczonych. Jej głównym zadaniem jest zwiększenie pojemności reasekuracyjnej na ryzyko katastroficzne takie jak ryzyko wystąpienia huraganu czy trzęsienia ziemi. W Europie sekurytyzacja ryzyka ubezpieczeniowego stosowana jest przede wszystkim w Wielkiej Brytanii, w mniejszym zakresie w państwach Europy kontynentalnej. W Japonii sekurytyzacja ubezpieczeniowa rozwinęła się jako narzędzie zarządzania ryzykiem wystąpienia trzęsienia ziemi. Tą alternatywną metodę transferu ryzyka stosowano tam od 1997 r. Jednak narzędzie to rozwinęło się w Japonii zdecydowanie słabiej niż w USA czy Europie. Jest to spowodowane systemem panującym w tym państwie. W Japonii, w przypadku wystąpienia trzęsienia ziemi, odpowiedzialność za pokrycie szkód ponoszą firmy ubezpieczeniowe i rząd. Odszkodowania powyżej 11,4 mld USD pokrywane są w 95% przez państwo, a tylko w 5% przez prywatnych ubezpieczycieli[15].

---

[10] A. Małek, *Obligacja jako narzędzie sekurytyzacji ryzyka śmiertelności*, Bank i Kredyt, maj 2008, s. 40.
[11] *Securitization – new opportunities for insurers and investors*, Sigma No. 7/2006, Swiss Reinsurance Company, Economic Research & Consulting, Zurych 2006, s. 5.
[12] K. Wierzchowska, *op. cit.*, s. 48.
[13] Wysokość zwracanego inwestorom kapitału zależy od warunków umowy.
[14] P. Carayannopoulos, P. Kovacs, D. Leadbetter, *op. cit.*, s. 3.
[15] *Ibidem*, s. 7.

3. Ubezpieczeniowe instrumenty finansowe[16]

Transfer ryzyka ubezpieczeniowego na rynki kapitałowe może następować za pomocą ILS (ubezpieczeniowe instrumenty finansowe). Są to papiery wartościowe emitowane przez SPV w procesie sekurytyzacji ubezpieczeniowej. Ubezpieczeniowe instrumenty finansowe narodziły się w latach 90. XX w., kiedy sekurytyzację zaczęto wykorzystywać do transferu ryzyka ubezpieczeniowego w celu uzyskania dodatkowej pojemności. Umożliwiają one lepsze zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym, zabezpieczanie tego ryzyka oraz są dodatkowym źródłem kapitału dla firm ubezpieczeniowych czy reasekuracyjnych. Dzięki tym instrumentom, inwestorzy rynku kapitałowego uzyskali dostęp do rynku ubezpieczeniowego i stali się stroną czynną transferu ryzyka ubezpieczeniowego, przyjmując na siebie ryzyko pod postacią odpowiednio skonstruowanych ILS[17]. Papiery te są popularne wśród inwestorów ze względu na możliwość dywersyfikacji portfela, gdyż ryzyko jakie ze sobą niosą nie jest, bądź jest mało skorelowane z rynkiem finansowym. Ubezpieczeniowe instrumenty finansowe są wykorzystywane do transferu ryzyk dużych lub nieubezpieczanych.

Ubezpieczeniowe instrumenty finansowe można podzielić na: ubezpieczeniowe instrumenty pochodne oraz ubezpieczeniowe instrumenty hybrydowe. Do ubezpieczeniowych instrumentów pochodnych zalicza się opcje, swapy, terminowe kontrakty katastrofowe, katastrofowe opcje akcyjne, warunkowe noty nadwyżkowe. Do ubezpieczeniowych instrumentów hybrydowych należą obligacje katastrofowe oraz inne formy sekurytyzacji ryzyka, czyli tworzenia nowych instrumentów finansowych bazujących na ryzykach ubezpieczeniowych[18]. Najczęściej wykorzystywanym w sekurytyzacji ubezpieczeniowej instrumentem są obligacje katastroficzne (*Catastrophe* (CAT) *bonds* lub inaczej *„Act of God" bonds*).

Wypłata odsetek i wartości nominalnej inwestorom ubezpieczeniowych instrumentów finansowych zależy od spełnienia ściśle określonego warunku (triggera). Trigger może być oparty o jedno lub wiele zdarzeń. Pokrycie może być uruchomione tylko i wyłącznie, gdy szkody cedenta przekroczą jakąś określoną wcześniej w warunkach umowy wartość[19].

Wyróżnia się trzy typy triggerów[20].

- pierwszy typ to odpowiedzialność odszkodowawcza – bierze pod uwagę faktycznie poniesione przez cedenta straty (wyrażony jest jako wartość wszystkich szkód lub liczba roszczeń) np. szkody zaistniałe w wyniku trzęsienia ziemi na określonym obszarze i w określonym czasie.
- drugi trigger to indeks – oparty jest o wartość wcześniej zdefiniowanego indeksu np. indeksu strat sektora ubezpieczeń. Ten typ jest bardzo popularny wśród inwestorów, gdyż zapewnia przejrzystość transakcji i nie wymaga oceny portfela ryzyk inicjatora procesu sekurytyzacji.
- trzecim typem jest parametr np. skala Richtera (pokrycie następuje na podstawie odczytów siły trzęsienia ziemi w skali Richtera w określonej stacji badawczej).

---

[16] Insurance–linked securities (ILS).

[17] D. Brach, *Alternatywny transfer ryzyka,* (w:) *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, Prace naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu nr 952, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2002, s. 382.

[18] D. Brach, *Rynek alternatywnego finansowania ryzyka,* (w:) *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, Prace naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu nr 991, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 382.

[19] Umowa reasekuracji zawierana pomiędzy cedentem/inicjatorem sekurytyzacji ubezpieczeniowej a SPV jest najczęściej umową reasekuracji nadwyżki szkodowości.

[20] *The Picture of ART*, Sigma No. 1/2003, Swiss Reinsurance Company, Economic Research & Consulting, Zurych 2003, s. 34.

Każdy ubezpieczeniowy instrument finansowy, za pomocą którego następuje przeniesienie ryzyka ubezpieczeniowego na rynek kapitałowy, niesie ze sobą pewne ryzyko inwestycyjne, które któryś z uczestników sekurytyzacji musi ponieść. Typy ryzyka towarzyszące ILS to: ryzyko płynności[21], ryzyko bazowe[22], ryzyko hazardu moralnego[23] oraz ryzyko negatywnej selekcji[24]. Inne alternatywne instrumenty transferu ryzyka niosą ze sobą jeszcze ryzyko kredytowe[25]. Natomiast ILS są pozbawione ryzyka kredytowego, gdyż kapitał jest dostępny przed wystąpieniem szkód, przechowywany jest na oddzielnym koncie, gdzie jest inwestowany w bezpieczne papiery wartościowe.

To, jakie ryzyko niesie ze sobą dany papier wartościowy, jest zależne od triggera, w jaki wyposażony jest dany instrument finansowy. Papiery wartościowe wyposażone w trigger oparty o odpowiedzialność odszkodowawczą niosą ze sobą ryzyko wystąpienia hazardu moralnego, na które narażeni są inwestorzy, natomiast pozbawione są ryzyka bazowego. Instrumenty wyposażone w dwa pozostałe typy triggerów, czyli oparte o indeks bądź parametr, posiadają zminimalizowane lub wyeliminowane ryzyko hazardu moralnego lecz niosą ze sobą ryzyko bazowe, z którym musi się zmierzyć inicjator procesu sekurytyzacji ubezpieczeniowej. ILS z triggerem opartym o indeks jest dodatkowo bardziej płynnym instrumentem niż ILS z triggerem opartym o odpowiedzialność odszkodowawczą i posiada niższe koszty transakcyjne ze względu na możliwość standaryzacji kontraktu i oparcia ewentualnych strat o powszechnie znany indeks. Ryzyko negatywnej selekcji występuje przy ILS z triggerem opartym o odpowiedzialność odszkodowawczą. Ciężar tego ryzyka spoczywa na inwestorach, którzy posiadają ograniczoną informację co do portfela ryzyk cedenta.

Tabela nr 2. Zestawienie rodzajów ryzyka związanych z ILS o różnych typach triggerów

Rodzaj ryzyka / Trigger	Hazard moralny	Negatywna selekcja	Ryzyko bazowe	Ryzyko kredytowe
Odpowiedzialność odszkodowawcza	✓	✓		
Indeks			✓	
Parametr			✓[26]	

Źródło: T.J. Andersen, Applications of Risk Financing Techniques to Manage Economic Exposures to Natural Hazards, Inter–American Development Bank, Washington, D.C. 2005, s. 25.[26]

[21] Ryzyko płynności (*liquidity risk*) – odnosi się do zdolności inwestorów do nabywania instrumentów finansowych po aktualnych cenach rynkowych wynikających z sił popytu i podaży.

[22] Ryzyko bazowe (*basis risk*) jest spowodowane różnicami między pozycjami zabezpieczaną a zabezpieczającą.

[23] Ryzyko hazardu moralnego (*moral hazard*) – występuje w sytuacji, gdy inwestorzy ILS nie mają możliwości monitoringu działań cedenta odnośnie zarządzania ryzykiem przyjmowanym do jego portfela ubezpieczeń.

[24] Ryzyko negatywnej selekcji (*adverse selection*) – występuje w wyniku asymetrii informacji. Firmy ubezpieczeniowe posiadające w swoich portfelach ryzyka duże mogą być bardziej zainteresowane emisją ubezpieczeniowych instrumentów finansowych, zwłaszcza że ceny hedging'u oparte są o średnie ryzyko wszystkich polis.

[25] Ryzyko kredytowe (*credit risk*) – prawdopodobieństwo niewywiązania się kontrahenta z warunków umowy z powodu niemożliwości realizacji zobowiązań finansowych.

[26] Wykorzystując parametr jako trigger można w znaczny sposób zredukować ryzyko bazowe, a nawet je wyeliminować.

4. Sekurytyzacja w ubezpieczeniach na życie

Sekurytyzacja w ubezpieczeniach na życie wykorzystywana jest do zarządzania ryzykiem śmiertelności. Ryzyko to definiuje się jako kształtowanie się śmiertelności w sposób inny niż oczekiwany. Można tu rozróżnić dwa aspekty. Mianowicie, wystąpienie śmiertelności wyższej niż oczekiwana oraz śmiertelności niższej niż oczekiwana. Pierwszy aspekt wiąże się z ryzykiem wzmożonej śmiertelności, która jest wynikiem zdarzeń katastroficznych. W szczególności ataków terrorystycznych, katastrof naturalnych czy rozprzestrzenianiem się nieznanych chorób (epidemie, pandemie)[27]. Drugi aspekt dotyczy przede wszystkim produktów zabezpieczenia na starość oraz ubezpieczeń zdrowotnych. Dla branży asekuracyjnej ważne jest zagregowane ryzyko długowieczności, dotyczące ogółu populacji i świadczeń wypłacanych dożywotnio[28]. Związane jest to głównie z wydłużaniem się okresu przeciętnego trwania życia oraz spadkiem przyrostu naturalnego.

Sekurytyzację ubezpieczeń życiowych można podzielić na trzy główne rodzaje:

- programy VIR (*value in force*), znane także jako EV (*embedded–value*);
- programy związane z koniecznością spełniania ustawowych wymogów kapitałowych;
- programy, których zadaniem jest alternatywny transfer ryzyka.

Programy EV umożliwiają monetyzację aktywów tzw. nieuchwytnych takich jak rozkładane w czasie, odroczone koszty akwizycji czy wartość bieżąca przyszłych zysków (PVFP)[29]. Koszty akwizycji, głównie prowizje dla agentów i brokerów, są ujmowane w aktywach bilansu zakładu ubezpieczeń jako aktywowane koszty akwizycji. W kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia, część składek ubezpieczeniowych jest przeznaczana na pokrycie międzyokresowych kosztów akwizycji. Sekurytyzacja umożliwia ubezpieczycielowi sfinansowanie aktywowanych kosztów akwizycji, a ryzyko przedwczesnego zerwania umowy przez ubezpieczającego jest przenoszone na inwestorów wyemitowanych papierów wartościowych. Sekurytyzacja wartości bieżącej przyszłych zysków wykorzystywana jest przy fuzjach i przejęciach. Firma przejmująca zakład ubezpieczeń życiowych bądź jakiś konkretny portfel ubezpieczeń ryzyk życiowych przejmuje także przyszłe zyski przejmowanego ubezpieczyciela bądź portfela ubezpieczeń. Sekurytyzacja daje możliwość monetyzacji PVFP. Sekurytyzacja EV zapewnia źródło dodatkowego kapitału inicjatorowi procesu. Może być ono wykorzystywane na różne potrzeby takie jak pozyskiwanie nowych klientów czy kolejne przejęcia. Dodatkowo programy EV mogą wpływać pozytywnie na wskaźnik ROE[30].

Programy sekurytyzacji EV są popularne wśród inwestorów ze względu na dobrą dostępność do danych statystycznych. Inwestorzy, jednak, nabywając papiery wartościowe ponoszą ryzyko ubezpieczeniowe takie jak ryzyko ekstremalnej śmiertelności czy ryzyko przedwczesnej rezygnacji z polisy. Jeśli wpływy z tytułu składek ubezpieczeniowych są niższe niż oczekiwano (ze względu na wyższą niż oczekiwana śmiertelność lub wcześniejsze rezygnacje), to wypłaty środków inwestorom będą opóźnione i zredukowane, a redukcja w ekstremalnych przypadkach może być całkowita. W odwrotnej sytuacji, inwestorzy otrzymają zwrot zainwestowanego kapitału i odsetek, ale wszystkie dodatkowe korzyści pozostają własnością zakładu ubezpieczeniowego. Poza tym, cedent może transferować na inwestorów ryzyko stopy procentowej, gdy podstawą sekurytyzacji są umowy ubezpieczenia z zagwarantowanym

[27] A. Małek, *op. cit.*, s. 37.
[28] *Ibidem.*
[29] *Ibidem*, s. 37 – 38.
[30] Więcej na ten temat: *Securitization…*, s. 10.

poziomem oprocentowania a lokaty przeznaczone na pokrycie tych zobowiązań nie są prawidłowo dopasowane.

Programy związane z koniecznością spełniania ustawowych wymogów kapitałowych – transakcje określane mianem sekurytyzacji XXX i AXXX są stosowane na rynku amerykańskim na skutek wprowadzenia regulacji dotyczących wyceny, niemającej współcześnie uzasadnienia ekonomicznego. Zabieg sekurytyzacji skutkuje emisją obligacji o wartości równej „zbędnym" rezerwom, stanowiącym różnicę między wartościami ustawowymi a rzeczywistymi, uzasadnionymi ekonomicznie. W wyniku tego zmniejsza się „obciążenie" rezerwami i jednocześnie są one zabezpieczone środkami wniesionymi przez inwestorów[31]. W sytuacji, gdy śmiertelność jest wyższa niż oczekiwana, a rezerwy ubezpieczyciela zostały wykorzystane, wtedy uruchamia się kapitał zgromadzony w SPV z emisji obligacji. W transakcjach tego typu często występuje gwarant (monoline insurer), który zabezpiecza inwestorom w pewnej części zwrot wartości nominalnej obligacji.

Programy, których zadaniem jest alternatywny transfer ryzyka – ich zadaniem jest pozyskanie dodatkowego pokrycia ryzyka ubezpieczeniowego poprzez transfer tego ryzyka na rynki kapitałowe. Programy te opierają się o rozwiązania sekurytyzacyjne wykorzystywane w ubezpieczeniach *non–life*. Na rynki kapitałowe, za pośrednictwem SPV, przenosi się tutaj przyszłe zobowiązania z tytułu umów ubezpieczeniowych, warunkowanych przebiegiem szkodowości lub zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego[32].

4.1 Sekurytyzacja ryzyka wzmożonej śmiertelności[33]

W programach sekurytyzacji ryzyka wzmożonej śmiertelności emituje się obligacje w transzach zróżnicowanych pod względem ryzyka. Transze te są wyposażone w różne poziomy uruchamiania pokrycia dla cedenta w przypadku wystąpienia nadmiernej śmiertelności. W dotychczas realizowanych programach trigger opierał się o zdefiniowany wcześniej indeks populacji, zdywersyfikowany pod względem płci, wieku oraz pod względem geograficznym. Różne poziomy triggerów zapewniają całkowite zabezpieczenie transakcji. Wyczerpanie środków inwestorów w transzy pierwszej (najbardziej ryzykownej) powoduje przejście do środków inwestorów transz kolejnych, aż do wykorzystania środków z ostatniej transzy. Stopa oprocentowania transzy zależy od poziomu uruchamiania pokrycia oraz od okresu zapadalności obligacji.

Szczególnie istotną kwestią w sekurytyzacji ryzyka wzmożonej śmiertelności jest trigger. Przy transferze ryzyk życiowych triggerem jest wartość indeksu bazująca na śmiertelności portfeli. Jednakże indeksy w poszczególnych programach sekurytyzacji ryzyka wzmożonej śmiertelności różnią się od siebie, gdyż każdy z nich jest przystosowywany na potrzeby określonej transakcji (są zdywersyfikowane pod względem płci, wieku i obszaru). Dywersyfikacja terytorialna umożliwia rozproszenie ryzyka przyjmowanego przez inwestorów. Poszczególnym obszarom nadaje się wagi, co odzwierciedla potrzeby portfelowe cedenta/retrocedenta. Według A. Małek dywersyfikacja wiekowa jest pochodną specyfiki ryzyka ekstremalnej śmiertelności. Wysokie wagi przypisane przedziałom wiekowym 30–60 wiążą się głównie z ryzykiem ataków terrorystycznych, których obiektem są osoby aktywne zawodowo, relatywnie zamożne i zazwyczaj posiadające polisę na życie[34].

Do końca 2007 r. miało miejsce 5 procesów sekurytyzacji ryzyka nadmiernej śmiertelności.

[31] A. Małek, *op. cit.*, s. 38.
[32] *Ibidem.*
[33] Na podstawie A. Małek, *op. cit.*, s. 40 – 44.
[34] *Ibidem*, s. 43.

4.2. Sekurytyzacja ryzyka długowieczności

Do tej pory nie zrealizowano udanego programu sekurytyzacji ryzyka długowieczności. W listopadzie 2004 r. Europejski Bank Inwestycyjny we współpracy z BNP Paribas przeprowadził nieudaną próbę emisji obligacji opartych na ryzyku długowieczności. Głównym powodem porażki była nieprawidłowa konstrukcja indeksu. Nie był on zdywersyfikowany pod względem płci i wieku. Dodatkowo ryzyko bazowe powiązane było ze sztywnym poziomem płatności emerytalnych, natomiast w rzeczywistości są one waloryzowane.

Stworzenie odpowiedniego triggera na potrzeby sekurytyzacji ryzyka długowieczności jest niezwykle trudnym zadaniem. W przypadku sekurytyzacji tego rodzaju ryzyka powinno się wziąć pod uwagę stworzenie triggera opartego o wartości indeksów branżowych bądź szkód wynikających z wartości modelu[35].

Obligacje emitowane w procesach sekurytyzacji ryzyka długowieczności mogą być obligacjami na długowieczność (*longevity bonds*) lub na przeżycie (*survivor bonds*) danej populacji. W pierwszym przypadku wypłaty inwestorom uzależnione są od przebiegu śmiertelności danej populacji w danym okresie czasu. Wypłaty inwestorom *survivor bonds* następują do momentu śmierci ostatniego członka populacji np. jeśli początkowo populacja liczyła 65 lat i jeżeli najdłużej żyjący członek populacji dożył 115 roku życia, to ostatnia płatność z obligacji nastąpi po 50 latach[36].

5. Sekurytyzacja w ubezpieczeniach *non–life*

Sekurytyzacja w ubezpieczeniach typu *non–life* może się odbywać na dwa sposoby. Mianowicie poprzez emisję obligacji i są to najczęściej obligacje katastroficzne bądź poprzez transfer ryzyka na rynki kapitałowe za pomocą ubezpieczeniowych instrumentów pochodnych.

Obligacje katastroficzne są najczęściej wykorzystywanym rodzajem ubezpieczeniowych instrumentów finansowych w procesie sekurytyzacji ryzyka. Mogą być one używane do transferu wielu typów ryzyk, jednak głównie stosuje się je do zarządzania ryzykiem dużym (*peak risk*), związanym z występowaniem katastrof naturalnych, szczególnie trzęsień ziemi, huraganów, wichur. Typowa transakcja polega na tym, iż inicjator (zakład ubezpieczeń bądź reasekuracji) zawiera umowę reasekuracyjną (dla reasekuratora jest to umowa retrocesji) z SPV. Spółka celowa emituje obligacje katastroficzne. Inwestorzy *cat bonds* otrzymują strumień płatności odsetkowych oraz zwrot wartości nominalnej w sytuacji, gdy nie nastąpi realizacja zdarzenia ubezpieczeniowego. W przeciwnym wypadku, inwestorzy utracą odsetki, kapitał bądź jedno i drugie. Środki te zostaną przekazane inicjatorowi programu sekurytyzacji w ramach wywiązania się z umowy reasekuracyjnej[37]. Obligacje katastroficzne niosą ze sobą wiele korzyści zarówno dla inicjatora procesu jak i dla inwestorów. Cedent otrzymuje możliwość lepszego zarządzania ryzykiem i transferu tego ryzyka na rynki kapitałowe. Ponadto, zyskuje dodatkową pojemność, którą może przeznaczyć na dalszą działalność ubezpieczeniową. Ogromną zaletą obligacji katastroficznych jest także fakt, iż w transakcji nie występuje ryzyko kredytowe, ewentualne pokrycie powstałych szkód jest w pełni zabezpieczone. Inwestorów natomiast kuszą wyższe stopy procentowe w porównaniu z innymi instrumentami finansowymi lub tradycyjną sekurytyzacją. Co więcej, ryzyko przenoszone przez *cat bonds* na inwestorów nie jest w żaden sposób skorelowane z innymi rodzajami ryzyka wynikającymi z inwestowania na rynkach finansowych, obligacje katastroficzne

[35] *Ibidem*, s. 45.
[36] D. Blake, A.J.G. Cairns, K. Dowd, *Living With Mortality: Longevity Bonds And Other Mortality–Linked Securities*, Institute of Actuaries and Faculty of Actuaries 2006, s. 16; http://www.ma.hw.ac.uk/~andrewc/papers/baj2006.pdf.
[37] *Securitization…*, s. 17.

dają im zatem możliwość dywersyfikacji portfeli. Dodatkową cechą obligacji katastroficznych jest ich wpływ na ceny ochrony reasekuracyjnej – hamują one wzrost cen reasekuracji[38]. Największą wadą transakcji z wykorzystaniem obligacji katastroficznych są wysokie koszty. Jednym z elementów tych kosztów są odsetki wypłacane inwestorom, które zawierają w sobie premię za ryzyko oraz za innowacyjność transakcji (z czasem ta premia ulega zmniejszeniu, gdyż przeprowadzanych jest coraz więcej procesów sekurytyzacji ubezpieczeniowej, jednak inwestorzy cały czas żądają jej wypłacania ze względu na nietypowe ryzyko jakie na siebie przyjmują). Wpływ na wysokie koszty procesu mają także koszty administracyjne i transakcyjne. Przyjmuje się, że koszty transakcyjne stanowią ok. 2% pokrycia ubezpieczeniowego z obligacji katastroficznych[39]. Kolejną wadą jest występowanie ryzyka bazowego, z którym muszą się zmierzyć inicjatorzy transakcji. Ryzyko bazowe związane jest z triggerem opartym o wartość indeksu (trigger tego typu jest preferowany przez inwestorów obligacji katastroficznych).

Natomiast ubezpieczeniowe instrumenty pochodne transferujące ryzyko ubezpieczeniowe na rynki kapitałowe mogą przybierać formę opcji bądź swapów. Triggerem przy transakcjach z wykorzystaniem derywat może być indeks (np. PCS, *Property Claims Service in the USA indeks*) lub parametr (np. prędkość wiatru).

Ubezpieczeniowe kontrakty pochodne można podzielić także ze względu na sposób, w jaki są nabywane/sprzedawane. Pierwszy rodzaj to handel na rynku zorganizowanym. W 1992 r. CBOT (*The Chicago Board of Trade*) zainicjowało handel katastroficznymi kontraktami terminowymi oraz opcjami. Kontrakty te są standaryzowane. Uczestnicy mogą kupować lub sprzedawać ochronę przed skutkami katastrof naturalnych w USA. Premia opcyjna odpowiada składce reasekuracyjnej. Ze względu na niewystarczający popyt, handel opcjami katastroficznymi poprzez CBOT zakończył się w 1999 r. Kolejnymi próbami podjęcia zorganizowanego handlu ubezpieczeniowymi instrumentami pochodnymi było powołanie CATEX (*Catastrophe Risk Exchange*) w 1996 r. oraz BCE (*Bermuda Commodities Exchange*) w 1997 r. Drugi rodzaj handlu to OTC (*over–the–counter*). Tutaj kontrakty są zindywidualizowane, dopasowane do potrzeb obu stron. OTC jest rynkiem bardziej płynnym niż wspomniane wyżej rynki zorganizowane, gdyż istnieje tam możliwość dopasowywania produktów do konkretnych potrzeb, sprzyja też rozwojowi nowych, innowacyjnych form ubezpieczeniowych instrumentów pochodnych. W ubezpieczeniowych swapach OTC cedent płaci inwestorom stałą, określoną sumę (przyjmuje cechy składki) a w zamian otrzymuje, w razie realizacji zdarzenia, odszkodowanie (uwzględnia się tutaj zmienne oprocentowanie). Konstrukcja instrumentu przypomina umowę reasekuracji, jednak nie jest konieczna realizacja zdarzenia ubezpieczeniowego, aby uzyskać płatność z kontraktu, wystarczy, że wartość indeksu lub parametru przekroczy pewien ustalony wcześniej poziom[40]. W przypadku opcji ubezpieczeniowych OTC, cedent kupuje opcje od inwestorów (sprzedawców opcji). Kupujący płaci inwestorom z góry premię opcyjną. Opcja może zostać zrealizowana, gdy wartość indeksu bądź parametru przekroczy pewien ustalony poziom. Wtedy cedent otrzymuje stałą nominalną kwotę jako rekompensatę[41].

[38] Można tu zauważyć swoisty paradoks, ponieważ sekurytyzacja ryzyka ubezpieczeniowego jest opłacalna wtedy, gdy koszt tradycyjnej reasekuracji jest zbyt wysoki. Sekurytyzacja ubezpieczeniowa zaczęła być wykorzystywana w praktyce ubezpieczeniowej właśnie ze względu na wysokie ceny ochrony reasekuracyjnej, jakie miały miejsce po katastrofach w latach 90. XX w.

[39] V. Bruggeman, *Capital Market Instruments for Catastrophe Risk Financing*, American Risk and Insurance Association, Annual Meeting in Quebec City 2007, s. 14.

[40] M. Grandi, A. Muller, *Insurance derivatives – Convergence of capital markets and insurance markets*, Munich Re ART Solutions, Munich Re, Monachium 1999, s. 8.

[41] *Ibidem*, s. 9.

W transakcjach ubezpieczeniowych instrumentów pochodnych ważną rolę pełnią firmy reasekuracyjne. Ich funkcją jest ocena ryzyka lub portfela ryzyk przenoszonego na rynek kapitałowy. Poza tym pełnią funkcję frontera. Cedent przekazuje ryzyko firmie reasekuracyjnej zawierając z nią umowę reasekuracji, dzięki temu składka może być uznana za koszt podatkowy a transakcja jest zgodna z wymogami wypłacalności. Dodatkowo reasekurator może zawrzeć z cedentem umowę nadwyżki szkodowości (uwzględnione są wtedy rzeczywiste szkody cedenta i zminimalizowane zostaje ryzyko bazowe) a na rynek kapitałowy przenieść to ryzyko poprzez instrumenty pochodne z triggerem w postaci indeksu lub parametru. W takich przypadkach składka reasekuracyjna będzie uwzględniała ewentualne ryzyko bazowe, które przyjmuje na siebie reasekurator. Sekurytyzacja ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczeniowe instrumenty pochodne jest szybsza i łatwiejsza w realizacji niż sekurytyzacja z wykorzystaniem obligacji. Ponadto koszty związane z przeprowadzeniem transakcji są mniejsze. Jednak poprzez obligacje ubezpieczyciele i reasekuratorzy mogą uzyskiwać pokrycie na rynku kapitałowym dla znacznie większego ryzyka (portfeli ryzyka). Ubezpieczeniowe instrumenty pochodne niosą także ze sobą ryzyko kredytowe.

Głównym zadaniem sekurytyzacji ubezpieczeniowej jest zwiększenie pojemności na poziomie reasekuracyjnym. Poziom kosztów ochrony reasekuracyjnej wpływa na opłacalność stosowania narzędzia zarządzania ryzykiem jakim jest sekurytyzacja. Ceny reasekuracji są bardzo zmienne i przyjmują tendencję rosnącą zwłaszcza po zrealizowaniu się dużych ryzyk takich jak katastrofy naturalne czy akty terrorystyczne. Wtedy to sekurytyzacja ubezpieczeniowa może stanowić alternatywę lub uzupełnienie dla tradycyjnej reasekuracji. Rynek sekurytyzacji ubezpieczeniowej cały czas się rozwija i jeśli zostaną rozwiązane kwestie regulacyjne i prawne oraz jeśli zwiększy się świadomość inwestorów na rynkach kapitałowych odnośnie ubezpieczeniowych instrumentów finansowych, to ma on szansę stać się dojrzałym, dobrze prosperującym rynkiem. Wprowadzenie Solvency II może zwiększyć zainteresowanie sekurytyzacją ubezpieczeniową w Europie. Solvency II ma uwzględniać instrumenty zarządzania ryzykiem takie jak reasekuracja, hedging czy sekurytyzacja w znacznie większym stopniu niż Solvency I[42].

Sekurytyzacja ubezpieczeniowa wykorzystywana jest przede wszystkim do zarządzania ryzykiem dużym, o niskim prawdopodobieństwie zajścia zdarzenia. Niektórzy uczeni twierdzą, iż firmy ubezpieczeniowe powinny poddawać sekurytyzacji wypłaty z polis podobnie do banków, które sekurytyzują znaczną część swoich aktywów[43].

Aby sekurytyzacja stała się użytecznym narzędziem zarządzania ryzykiem, muszą być spełnione pewne warunki:

- ceny muszą być konkurencyjne w porównaniu z cenami tradycyjnej reasekuracji;
- konieczny jest rozwój metod modelowania ryzyka;
- powstanie odpowiednich indeksów, triggerów, o które mogą być oparte ubezpieczeniowe instrumenty finansowe;
- stworzenie jasnych reguł podatkowych odnośnie transakcji sekurytyzacji;
- oraz innych regulacji prawnych traktujących o sekurytyzacji ubezpieczeniowej.

Wszyscy uczestnicy procesu sekurytyzacji (firmy ubezpieczeniowe i reasekuracyjne, rządy państw, organy ustawodawcze, agencje ratingowe) muszą współpracować ze sobą w celu rozwoju ram prawnych, podatkowych i ekonomicznych dla programów sekurytyzacji ubezpieczeniowej.

Mgr **Wioleta Kardasz**, absolwentka Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

[42] *Securitization…*, s. 31.
[43] P. Carayannopoulos, P. Kovacs, D. Leadbetter, *op. cit.*, s. 12.

Summary of the article

Securitization as a new element of risk management in the insurance company

Process of risk management is a significant component of strategic management referring also to financial institutions including insurance companies. Traditional insurance does not always provide sufficient insurance cover. One of the ways of coping with the risk is known as ART, securitization is an example of this type of solution.

Insurance securitization is an innovative form of transfer of the insurance risk and a way of extending the insurance capacity by getting profits from alternative sources like world investment markets. The capacity of investment markets is much bigger than this of insurance markets. ART creates unlimited possibilities for the insurance service providers, corporations etc. to develop. Especially when they are exposed to high risk, considered as uninsurable risk. Thanks to securitization and creation of insurance financial tools it is possible to transfer risk to investment markets and stockers. Those transactions offer much advantage for both insurance companies and investors giving them a chance for the diversification of their assets. Securitization has been introduced a short time ago (90's of the XXth century) so the knowledge concerning this issue is still insufficient.

Magdalena Dąbrowska

Problematyka przedmiotu, podmiotu oraz zakresu ochrony w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków rolniczych

1. Podmiot i przedmiot obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych

Ubezpieczenie budynków rolniczych jest jednym z najstarszych rodzajów ubezpieczeń w Polsce, posiada zatem bogatą tradycję w społeczeństwie. Jest to ubezpieczenie obowiązkowe, co wynika z art. 4 pkt 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (dalej: u.u.ob.)[1], który wymienia rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych. Zakres podmiotowy i przedmiotowy owego obowiązku określa natomiast art. 59 tejże ustawy, która poświęca ubezpieczeniu budynków rolniczych rozdział 4 oraz rozdział 6 w odniesieniu do kontroli spełniania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz sankcji za niespełnienie tego obowiązku.

Zgodnie z brzmieniem art. 59 u.u.ob. „rolnik jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego (…), od ognia i innych zdarzeń losowych". Ustalenie treści tego przepisu wymaga analizy art. 2 u.u.ob., który zawiera definicje legalne pojęć użytych w dalszej części ustawy. W myśl art. 2 pkt 12 u.u.ob. rolnikiem jest osoba fizyczna w której posiadaniu lub współposiadaniu znajduje się gospodarstwo rolne. Ponieważ definicja ta nie wskazuje na rodzaj posiadania, należy przyjąć, iż zastosowanie będzie miał tu art. 336 k.c.[2] i obowiązek dotyczy zarówno posiadacza samoistnego jak i zależnego, któremu ów posiadacz samoistny oddał gospodarstwo rolne w posiadanie zależne, a więc dzierżawcy, najemcy lub użytkownika gospodarstwa rolnego. Nie dotyczy on natomiast takich podmiotów prowadzących działalność rolniczą jak spółdzielnie, spółki lub też inne podmioty organizacyjne posiadające lub nieposiadające osobowości prawnej.

Zgodnie z art. 2 pkt 4 u.u.ob. gospodarstwo rolne to: „obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne gruntów pod zabudowaniami, przekraczających łącznie powierzchnię 1 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych". Natomiast według ustawy o podatku rolnym[3],

[1] Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.

[2] Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

[3] Art. 1 i 2 ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym, tekst jedn. Dz. U. z 2006 r., nr 136, poz. 969 z późn. zm.

za gospodarstwo rolne dla celów podatkowych uważa się z kolei obszar gruntów sklasyfikowanych w ewidencji gruntów i budynków[4] jako użytki rolne lub jako grunty zadrzewione i zakrzewione na użytkach rolnych, z wyjątkiem gruntów zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej innej niż działalność rolnicza – o łącznej powierzchni przekraczającej 1 ha lub 1 ha przeliczeniowy, stanowiących własność lub znajdujących się w posiadaniu osoby fizycznej lub prawnej albo jednostki organizacyjnej, w tym spółki, nieposiadającej osobowości prawnej. Zawarta w art. 2 pkt 4 u.u.ob. definicja gospodarstwa rolnego odwołuje się również do zawartego w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych[5] pojęcia działów specjalnych produkcji rolnej, za które uważa uprawy w szklarniach i ogrzewanych tunelach foliowych, uprawy grzybów i ich grzybni, uprawy roślin *in vitro*, fermową hodowlę i chów drobiu rzeźnego i nieśnego, wylęgarnię drobiu, hodowlę i chów zwierząt futerkowych i laboratoryjnych, hodowlę dżdżownic, entomofagów i jedwabników oraz prowadzenie pasiek jak też hodowlę i chów innych zwierząt poza gospodarstwem rolnym. Przy czym czynnikiem decydującym o tym, czy dana działalność będzie uznana za dział specjalny produkcji rolnej decydują również rozmiary owej działalności, a normy stanowiące podstawę tej oceny zawarto w załączniku nr 2 do cytowanej ustawy.

Jak wynika z powyższego, ustawodawca definiując pojecie gospodarstwa rolnego na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, dokonał tego poprzez odwołanie się do istniejących już w systemie prawnym definicji, zapobiegając w ten sposób ewentualnym trudnościom interpretacyjnym oraz niespójności określonych instytucji na gruncie całego systemu prawa.

Błędów takich nie udało się jednak uniknąć w przypadku definiowania w tej ustawie pojęcia budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego; art. 2 pkt 2 u.u.ob. określa go jako – obiekt budowlany o powierzchni powyżej 20 m² określony w art. 3 pkt 2 ustawy – Prawo budowlane[6], czyli taki obiekt, który jest trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych oraz posiada fundamenty i dach, będący w posiadaniu rolnika. Takie ujęcie przedmiotu ubezpieczenia budzi wiele kontrowersji wśród doktryny prawniczej[7], gdyż ustawa nie wymaga istnienia żadnej więzi pomiędzy budynkiem rolniczym a gospodarstwem rolnika, zgodnie z jej brzmieniem wystarczy, aby budynek był w posiadaniu rolnika. Poprzednio[8] więź ta była określona poprzez stwierdzenie, iż rolnik włada gospodarstwem rolnym, w skład którego wchodzi budynek rolniczy, a więc zastosowanie miał tu art. 48 k.c. odnoszący się do części składowych gruntu, co wydawało się rozwiązaniem jasnym i logicznym. Przy obecnym rozwiązaniu prawnym w definicji budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego mieszczą się zarówno budynki będące częścią składową gospodarstwa rolnego jak i te, które wprawdzie znajdują się w posiadaniu rolnika, ale nie stanowią części składowych gospodarstwa rolnego, co prowadzi do kuriozalnych sytuacji, gdy rolnik posiadający gospodarstwo rolne jest również posiadaczem np. kamienicy w centrum miasta, która to zgodnie z brzmieniem omawianego przepisu będzie

[4] Ewidencja gruntów i budynków – tzw. katastrat nieruchomości, prowadzona na zasadach określonych w ustawie – Prawo geodezyjne i kartograficzne, tekst jedn. Dz. U. z 2005 r., nr 240, poz. 2027 z późn. zm., oraz rozporządzenie Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa oraz Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 17 grudnia 1996 r. w sprawie ewidencji gruntów i budynków, Dz. U. nr 158, poz. 813.

[5] Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., nr 51, poz. 307.

[6] Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, teks jedn. Dz. U. z 2006 r., nr 156, poz. 1118 z późn. zm.

[7] Zob. M. Dittmajer, (w:) Z. Brodecki, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, s. 883.

[8] Chodzi o rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 3 kwietna 1997 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych, które zastąpiła obecnie obowiązująca ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych.

również podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu jako budynek rolniczy[9]. Poza oczywistym wypaczeniem społeczno–gospodarczego celu tegoż ubezpieczenia, jakim jest ochrona warsztatu pracy i środków produkcji w rolnictwie, takie ujecie w art. 2 pkt 2 u.u.ob. budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego wydaje się być sprzeczne z jego znaczeniem na gruncie pozostałych przepisów omawianej ustawy. „Sam ustawodawca zdaje się rozumieć je inaczej niż sam je zdefiniował w art. 2, czego przykładem może być przepis art. 63, w którym mowa jest o sukcesji praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia w wyniku przejścia posiadania, ale nie budynków, lecz gospodarstwa rolnego, w skład którego wchodzą te budynki. Przepis ten sugeruje, że przeniesienie posiadania gospodarstwa rolnego jest równoznaczne z przeniesieniem posiadania budynków. Warunkiem takiego rozumowania jest to, że budynki rolnicze wchodzą w skład gospodarstwa rolnego – jako części składowe. Stoi to w jawnej sprzeczności z treścią definicji budynku rolniczego"[10].

Praktyka ubezpieczeniowa pokazuje, iż obowiązek ubezpieczenia budynków rolniczych realizowany jest w oparciu o definicję budynku wynikającą raczej z całokształtu regulacji zawartych w ustawie, a więc budynku rozumianego jako część składowa gospodarstwa rolnego aniżeli w oparciu o definicję legalną zawartą w art. 2 pkt 2 u.u.ob. Celowe wydaje się ujednolicenie tej definicji na gruncie omawianej ustawy, gdyż utarty w praktyce sposób określania przedmiotu ubezpieczenia jako budynku będącego częścią składową gospodarstwa rolnego, co jest oczywiście rozwiązaniem korzystnym dla rolników, ale także zasadnym z punktu widzenia celowości tej instytucji, stoi niestety w sprzeczności z brzmieniem omawianej definicji, a więc tym samym w sprzeczności z obowiązującymi w tej materii przepisami prawa, gdyż każe ona za budynek rolniczy uznawać każdy budynek, który znajduje się w posiadaniu rolnika.

Innym zagadnieniem dotyczącym zdefiniowanego na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych pojęcia budynku rolniczego, jest jego zakres przedmiotowy. Z analizy ogólnych warunków, oferowanych na rynku dobrowolnych ubezpieczeń od ognia i innych zdarzeń losowych[11] wynika, iż przyjęta na potrzeby tych ubezpieczeń definicja budynku, jest znacznie szersza, niż ta zastosowana przez ustawodawcę w ubezpieczeniu obowiązkowym. Definicje budynku zawarte w o.w.u. dobrowolnych ubezpieczeń budynkowych zawierają, przede wszystkim, wyliczenie elementów składowych budynku: wewnętrznych i zewnętrznych, które są objęte ochroną w ramach zawartej umowy ubezpieczenia. Ponadto w ubezpieczeniach dobrowolnych ubezpieczyciele oddzielnie definiują budynki mieszkalne, budynki gospodarcze – nazywając je budowlami oraz garaże, co pozwala na dostosowanie zakresu ochrony do poszczególnych typów budynków. Choć przyjęte przez poszczególne zakłady ubezpieczeń definicje budynku nie są identyczne, to jednak różnice te są nieznaczne i raczej redakcyjne. Można więc na ich podstawie sformułować pewną wspólną dla tych ubezpieczeń definicję budynku. I tak, za budynek objęty ubezpieczeniem uznają one obiekt budowlany, trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadający fundamenty i dach, budynek wolnostojący, stanowiący konstrukcyjnie samodzielną całość, przeznaczony na cele mieszkaniowe lub gospodarcze, a także:

---

[9] Rozważania na temat niejasności wynikających z definicji budynku oraz przykłady ilustrujące trudności interpretacyjne tego pojęcia zaczerpnięto z J. Orlicka, M. Orlicki*, Obowiązkowe ubezpieczenia budynków rolniczych w świetle nowej regulacji – wybrane zagadnienia,* Ubezpieczenia w rolnictwie 2003, nr 4, s. 82.

[10] *Ibidem*, s. 78 – 92.

[11] Analizie poddano ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) „PZU DOM" ze stycznia 2008 r., o.w.u. „WARTA DOM" z maja 2008 r. oraz o.w.u. „Bezpieczna rodzina" Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW" z kwietnia 2008 r.

- zamontowana lub wbudowana na stałe: stolarka okienna lub drzwiowa wraz z oszkleniem, kraty okienne, rolety antywłamaniowe, tynki ścian i sufitów, elewacje, okładziny ścian, podług, sufitów i schodów, podłogi i podwieszane sufity, wewnętrzne ścianki działowe, lustra wmontowane w ścianach, w terminologii o.w.u. grupa ta nazywana jest tzw. „elementami stałymi" budynku oraz
- tzw. urządzenia techniczne wbudowane lub zamontowane na stałe: instalacja elektryczna, gazowa, wodna, kanalizacyjna, centralnego ogrzewania znajdujące się w obrębie budynku wraz z wyposażeniem w postaci umywalek, bidetów, sedesów, natrysków, wanien, brodzików, pieców, kominków, podgrzewaczy wody, gniazd wtykowych i wyłączników oraz zbiorniki na gaz, paliwa płynne, baterie słoneczne;
- instalacje wbudowane lub zamontowane na stałe: instalacje wraz z oprzyrządowaniem znajdujące się w obrębie budynku, tj. instalacja telekomunikacyjna, monitorująca, przeciwpożarowa, klimatyzacyjna.

Jak pokazuje powyższa analiza, pojęcie budynku przyjęte w ubezpieczeniach dobrowolnych jest znacznie bardziej precyzyjne i szersze, w stosunku do rozwiązań zastosowanych w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych. Konsekwencją braku rozwinięcia tej definicji, poprzez określenie, jakie elementy budynku rolniczego są objęte ochroną ubezpieczeniową powoduje, iż zgodnie z obecnym brzmieniem będą to tylko elementy konstrukcyjne. Niejasne jest, czy taka konstrukcja pojęcia budynku była celowym działaniem ustawodawcy, który uznał za zbędne ujmowania w niej tzw. elementów stałych czy instalacji, gdyż są one częścią budynku i jako takie będą objęte ochroną na wypadek szkód, czy też świadomie wyłączył te elementy z ochrony ubezpieczeniowej. Wątpliwość ta pojawia się zwłaszcza w kontekście art. 68 ust. 1 pkt 2 u.u.ob. regulującego zasady ustalania wysokości szkody, gdzie ustawodawca nakazuje uwzględniać w jej kalkulacji „wyposażenie" budynku, co sugerowałoby szersze rozumienie pojęcia budynku aniżeli tylko jego elementów konstrukcyjnych. Niestety przepis ten, w braku wyszczególnienia o jakie wyposażenie budynku chodzi, nie może stanowić podstawy do rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej na inne elementy budynku poza konstrukcyjnymi. Brak wyszczególnienia w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, jakie dokładnie elementy budynku są objęte ochroną ubezpieczeniową, na wypadek szkód zaistniałych w danym budynku, zawęża istotnie zakres ochrony w ramach obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych. Brak precyzyjnych regulacji w tym zakresie umożliwia zakładom ubezpieczeń dowolne interpretowanie zakresu świadczonej przez nich ochrony ubezpieczeniowej, a co za tym idzie – uchylenie się od odpowiedzialności za szkody inne niż konstrukcyjne. Rozwiązanie takie wydaje się krzywdzące dla ubezpieczających.

Według art. 72 u.u.ob. obowiązkowym ubezpieczeniem budynków rolniczych nie są objęte budynki, których stan techniczny osiągnął 100% normy zużycia oraz przeznaczone do rozbiórki na podstawie ostatecznej decyzji właściwych organów jak również namioty i tunele foliowe. Jak argumentuje jednak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z dnia 19 marca 2002 r. sformułowanie, że budynki te nie są objęte ubezpieczeniem, oznacza, iż nie podlegają one obowiązkowi ubezpieczenia. Nie znaczy to jednak, że istnieje zakaz ubezpieczania takich budynków. Tak więc umowa obejmująca ubezpieczeniem takie budynki będzie ważna, ponieważ umowa ubezpieczenia budynków w gospodarstwie rolnym, zawarta na podstawie przepisów o obowiązkowym ubezpieczeniu budynków, może być potraktowana jako umowa ubezpieczenia dobrowolnego, jeżeli budynki nie podlegają ubezpieczeniu obowiązkowemu[12].

[12] Wyrok SN z dnia 19 marca 2002 r., IV CKN 885/00, OSNC 2003/3/35.

2. Moment powstania obowiązku ubezpieczeniowego

Zgodnie z art. 60 u.u.ob. obowiązek ubezpieczenia budynku rolniczego powstaje z dniem pokrycia budynku dachem, a więc jeszcze w trakcie budowy. Zgodnie z ustawowym obowiązkiem wynikającym z art. 61 u.u.ob. umowa zawierana jest na okres 12 miesięcy. W art. 62 u.u.ob. zawarto natomiast klauzulę prolongacyjną, na mocy której brak pisemnego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia najpóźniej w ostatnim dniu okresu na jaki została zawarta skutkuje zawarciem następnej umowy na okres kolejnych 12 miesięcy. Należy przy tym zaznaczyć, iż nie jest to kontynuacja dotychczasowej umowy, lecz automatyczne zawarcie nowej. Zgodnie z przytoczonym przepisem prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i tym samym uniemożliwienie uruchomienia klauzuli prolongacyjnej przysługuje jedynie ubezpieczającemu a nie zakładowi ubezpieczeń. Rozwiązanie takie wydaje się być słuszne zwłaszcza w kontekście art. 5 ust. 2 u.u.ob., który ma na celu umożliwienie realizacji obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia budynków rolniczych poprzez nałożenie na zakład ubezpieczeń posiadający zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie danego ubezpieczenia, przymusu zawarcia stosownej umowy.

Z § 2 art. 62 u.u.ob. wynika, iż automatyczne zawarcie kolejnej umowy nie nastąpi, pomimo braku wypowiedzenia ze strony ubezpieczającego, w przypadkach, gdy nie opłaci on w całości składki za mijający 12 miesięczny okres lub gdy cofnięto zakładowi ubezpieczeń pozwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych, podobnie jak w przypadku, gdy wobec zakładu ubezpieczeń ogłoszono upadłość, zarządzono jego likwidację lub oddalono wniosek o ogłoszenie upadłości bądź umorzono wobec niego postępowanie upadłościowe. Należy jednak zaznaczyć, iż w każdym z wymienionych w § 2 wypadków odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń trwa do końca 12 miesięcznego okresu, na jaki zawarto umowę.

Konsekwencje przejścia posiadania gospodarstwa rolnego na inny podmiot w trakcie trwania umowy ubezpieczenia budynków rolniczych, reguluje art. 63 u.u.ob. Czytamy w nim, iż wszelkie prawa i obowiązki z umowy ubezpieczenia przechodzą na nowego posiadacza, a umowa rozwiązuje się z upływem 12 miesięcy, na które została zawarta. Należy tu zwrócić uwagę na fakt, iż inaczej niż w art. 823 § 1 k.c., ustawodawca nie wymaga w tym przypadku zgody ubezpieczyciela dla przejścia praw z umowy ubezpieczenia na nowego posiadacza. Nowy posiadacz gospodarstwa rolnego może również wypowiedzieć przedmiotową umowę ubezpieczenia jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia objęcia go w posiadanie. Umowa rozwiązuje się wtedy z upływem 30 dni następujących po objęciu gospodarstwa przez nowego posiadacza. W takiej sytuacji ma on obowiązek zawarcia nowej umowy ubezpieczenia budynków rolniczych najpóźniej w ostatnim dniu przed rozwiązaniem się wypowiedzianej uprzednio umowy. Regulacja ta ma na celu zapewnienie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej. Z cytowanego art. 63 u.u.ob. wynika też, iż osoba obejmująca w posiadanie gospodarstwo rolne, w którym budynki nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem jest zobowiązana do zawarcia takiej umowy najpóźniej w dniu objęcia tegoż gospodarstwa rolnego w posiadanie. Zgodnie z art. 64 u.u.ob. na dotychczasowym posiadaczu gospodarstwa rolnego ciąży obowiązek poinformowania ubezpieczyciela o powyższych zmianach natomiast obaj, a wiec zarówno dotychczasowy jak i nowy posiadacz gospodarstwa rolnego, odpowiadają solidarnie za zapłatę składki ubezpieczeniowej należnej za czas do końca miesiąca w którym informacja taka dotarła do ubezpieczyciela.

Jak wynika z przytoczonych przepisów ustawodawca nie przewidział innych okoliczności uzasadniających wypowiedzenie umowy obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych, jak tylko w przypadku przejścia posiadania gospodarstwa rolnego na inną osobę oraz upływu cza-

su na jaki umowa została zawarta. Konsekwencją tego faktu oraz funkcjonowania omawianej wyżej klauzuli prolongacyjnej są częste przypadki tzw. podwójnego ubezpieczenia. Polega ono na tym, iż ten sam przedmiot jest objęty ubezpieczeniem od tych samych ryzyk w tym samym czasie przez dwa różne zakłady ubezpieczeń. Dzieje się tak na ogół, w przypadku, gdy ubezpieczający wypowie umowę ubezpieczenia w sposób wadliwy, co skutkuje automatycznym zawarciem nowej umowy ubezpieczenia i jednocześnie zawrze umowę z innym zakładem ubezpieczeń. W braku możliwości wypowiedzenia jednej z zawartych umów jest on obowiązany do opłacania dwóch składek przez następnych 12 miesięcy. Przykładem takiej sytuacji może być stan faktyczny zaczerpnięty z jednej ze skarg, jaka napłynęła do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w 2008 r., gdzie rolnik zawarł umowę ubezpieczenia budynków rolniczych na okres od 01.01.2006 r. do 31.12.2006 r. i wypowiedział ją listem poleconym w dniu 29.12.2006 r., zawierając jednocześnie umowę ubezpieczenia budynków z innym zakładem ubezpieczeń, jednak pismo to z racji na następujące po tym dniu dni wolne od pracy dotarło do zakładu ubezpieczeń w dniu 02.01.2007 r. Ponieważ ustawodawca nie przewidział w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych żadnego szczególnego trybu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, zastosowanie mają tu przepisy ogólne kodeksu cywilnego, a więc art. 61 k.c., zgodnie z którym oświadczenie woli, które ma zostać złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, iż mogła ona zapoznać się z jego treścią. Oznacza to, iż w tym przypadku za moment wypowiedzenia uznać należy nie datę stempla pocztowego, jak zapewne myślał ów rolnik, ale moment otrzymania rzeczonego pisma przez ubezpieczyciela, a ponieważ zgodnie z cytowanym już art. 62 u.u.ob. wypowiedzenie powinno być dokonane najpóźniej w ostatnim dniu 12 miesięcznego okresu, to w tym konkretnym przypadku zostało ono dokonane po terminie, gdyż ostatnim dniem w którym należało dokonać wypowiedzenia był 30.12.2006 r. W wyniku wadliwego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel uznał je za nieważne i doszło do automatycznego zawarcia nowej umowy, gdyż fakt zawarcia umowy ubezpieczenia budynków rolniczych na ten sam okres w innym zakładzie ubezpieczeń nie ma wpływu na skuteczność funkcjonowania klauzuli prolongacyjnej. W wyniku tych działań oraz faktu, iż przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych nie przewidują możliwości wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w innych przypadkach niż wymienione powyżej, doszło do tzw. podwójnego ubezpieczenia.

Opisany wyżej przypadek jest tylko jednym z wielu i wskazuje na potrzebę wprowadzenia zmian w przepisach ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Potwierdza to również stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych zawarte w odpowiedzi na przytoczoną skargę. Sugeruje ono, iż zmiany te powinny polegać na wprowadzeniu możliwości żądania przez ubezpieczającego, w sytuacji, gdy doszło do zawarcia dwóch umów ubezpieczenia obowiązkowego obejmujących ten sam przedmiot i zawartych na ten sam okres, rozwiązania jednej z umów. Ponadto celowe wydaje się uregulowanie w omawianej ustawie trybu wypowiadania umowy ubezpieczenia, w ten sposób, iż w przypadku, gdy wypowiedzenie przekazywane jest drogą pocztową, za datę powiadomienia ubezpieczyciela o wypowiedzeniu uznać należy datę nadania przesyłki. Zmiany te pozwolą na wyeliminowanie negatywnych skutków tzw. podwójnego ubezpieczenia[13].

[13] Powoływane w niniejszym artykule dane pochodzą ze skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2008 – 2009 dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych, które Biuro Rzecznika Ubezpieczonych udostępniło autorce na potrzeby pracy naukowej.

3. Okoliczności dopuszczające rozwiązanie umowy obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych oraz moment powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

Zgodnie z art. 65 u.u.ob. umowa ubezpieczenia obowiązkowego budynków rolniczych ulega rozwiązaniu z upływem 12 miesięcy na jakie została zawarta. Z lektury cytowanego przepisu wynika, iż umowa może również ulec rozwiązaniu przed końcem tego okresu, ale tylko w sytuacji przejścia na inną osobę posiadania gospodarstwa rolnego i wypowiedzenia umowy przez nowego posiadacza, o czym była już mowa powyżej, ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń oraz utraty przez użytki i grunty rolne, na których położone są budynki objęte tym ubezpieczeniem, charakteru gospodarstwa rolnego.

Zdarza się często, iż budynek objęty ubezpieczeniem obowiązkowym w trakcie trwania umowy ubezpieczenia przestaje spełniać warunki kwalifikujące go do objęcia tym ubezpieczeniem, może to nastąpić np. w wyniku podziału nieruchomości w taki sposób, że część nieruchomości, na której znajduje się budynek nie będzie spełniała wymogów gospodarstwa rolnego bądź budynek zostanie przeznaczony do rozbiórki na podstawie ostatecznej decyzji właściwych organów[14]. Zgodnie z art. 66 u.u.ob. zostaje on wtedy wyłączony z ubezpieczenia a suma tego ubezpieczenia winna być odpowiednio obniżona o zadeklarowaną do ubezpieczenia wartość tego budynku. Należy zwrócić uwagę, iż choć nie wynika to wprost z cytowanego przepisu, sytuacja taka może być również przyczyną rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeśli okaże się, iż budynek ten był jedynym objętym obowiązkowym ubezpieczeniem. Jednak analiza dalszych przepisów pokazuje, iż katalog zdarzeń powodujących rozwiązanie umowy ubezpieczenia zawarty w art. 65 u.u.ob. jest traktowany przez ustawodawcę jako zamknięty. W sytuacji tej rodzi się pytanie o zwrot składki należnej za pozostały okres obowiązywania umowy, gdyż na mocy art. 76 i 77 u.u.ob. ustawodawca przewidział zwrot składki, za każdy pełny miesiąc niewykorzystanego ubezpieczenia (liczonej jako 1/12 składki należnej za cały 12 miesięczny okres) jedynie w enumeratywnie wyliczonych przypadkach, mianowicie – gdy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w wyniku utraty przez grunty charakteru gospodarstwa rolnego, wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez nowego posiadacza gospodarstwa rolnego, z zastrzeżeniem iż kwota zwrotu należy się zbywcy tego gospodarstwa, po okazaniu przez niego kopii lub odpisu dokumentu ubezpieczenia, a więc przypadków określonych w art. 65 u.u.ob. Wydaje się, że ustawodawca nie wziął pod uwagę możliwości rozwiązania umowy ubezpieczenia budynków rolniczych przed końcem okresu, na jaki została ona zawarta, w wyniku zaistnienia wyżej omówionej sytuacji. Chodzi mianowicie o okoliczność utraty przez budynek rolniczy, będący jedynym budynkiem objętym tym ubezpieczeniem, możliwości bycia przedmiotem tego ubezpieczenia. W sytuacji tej prawo do żądania zwrotu składki należnej za niewykorzystany okres ubezpieczenia wydaje się być oczywiste, jednakże przepisy omawianej ustawy wyraźnie pomijają ten fakt, co musi budzić poważne wątpliwości, co do zasadności takiego rozwiązania. Podobne wątpliwości budzi art. 75 u.u.ob., który jest niejako kontynuacją tego przeoczenia, gdyż zgodnie z nim odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wygasa jedynie w przypadkach określonych w art. 65 u.u.ob., co znów pokazuje, iż ustawodawca nie przewidział wszystkich konsekwencji art. 66 u.u.ob. Pominiecie faktu, iż umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu również w wyniku zdarzeń opisanych w art. 66 u.u.ob., powoduje nie tylko brak możliwości dochodzenia zwrotu składki za niewykorzystany okres ubez-

[14] Organem właściwym w sprawie decyzji o rozbiórce jest starosta powiatowy lub urząd gminy – w miastach na prawie powiatu. Przepisy regulujące tryb i warunki wydania decyzji o rozbiórce zawiera ustawa – Prawo budowlane oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 26 czerwca 2003 r. w sprawie warunków i trybu postępowania dotyczącego rozbiórek oraz zmiany sposobu użytkowania obiektu budowlanego, Dz. U. nr 120, poz. 1131.

pieczenia ale również prowadzi do sytuacji, w której pomimo braku przedmiotu ubezpieczenia (interesu ubezpieczeniowego), zakład ubezpieczeń nadal świadczy ochronę ubezpieczeniową a ubezpieczający nadal musi płacić składkę. Wydaje się, iż obecna sytuacja jest wynikiem przeoczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, iż rozwiązaniem tego problemu jest wprowadzenie zmiany do art. 65 u.u.ob., polegającej na rozszerzeniu zawartego tam katalogu okoliczności powodujących rozwiązanie umowy ubezpieczenia o okoliczności zawarte w art. 66 u.u.ob., jeśli budynek, o którym mowa w tym artykule był jedynym budynkiem objętym daną umową ubezpieczenia[15].

Regulację istotną z punktu widzenia ubezpieczającego zawiera art. 74 u.u.ob., gdyż wskazuje dokładnie moment od którego zakład ubezpieczeń przyjmuje na siebie odpowiedzialność za ewentualne szkody. Na mocy tego przepisu budynki rolnicze podlegają ochronie ubezpieczeniowej od chwili zawarcia umowy i zapłacenia składki lub jej pierwszej raty, jeśli natomiast składka lub jej pierwsza rata nie jest opłacana w chwili zawierania umowy lecz w terminie późniejszym, co może wynikać z ustaleń stron umowy, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się już z chwilą zawarcia umowy. Z § 3 cytowanego przepisu wynika, iż ustawodawca dopuścił możliwość określenia innego momentu rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń tylko w dwóch przypadkach, a mianowicie w razie, gdy umowę ubezpieczenia budynków rolniczych zawiera się przed objęciem gospodarstwa w posiadanie lub w przypadku, kiedy jest ona zawierana na okres kolejnych 12 miesięcy przed rozpoczęciem tego okresu. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpocznie się wtedy bądź z chwilą objęcia tegoż gospodarstwa w posiadanie bądź z chwilą wskazaną w nowej umowie ubezpieczenia.

4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków rolniczych

Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych określa art. 67 ust. 1 u.u.ob., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do pokrycia szkód powstałych w budynkach rolniczych na skutek następujących zdarzeń losowych: ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego. Należy wspomnieć, iż katalog zdarzeń losowych, których skutki objęte są obowiązkowym ubezpieczeniem budynków rolniczych – jest katalogiem zamkniętym, w tym sensie, że objęcie ochroną ubezpieczeniową skutków zdarzeń innych niż wymienione w art. 67 ust. 1 u.u.ob. może być dokonane w ramach dokupienia dodatkowej ochrony, a więc ubezpieczenia dobrowolnego. Niemożliwe jest natomiast wyłączenie któregokolwiek z powyższych ryzyk w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych. W § 2 omawianego przepisu ustawodawca precyzuje poszczególne zdarzenia losowe objęte przedmiotowym ubezpieczeniem poprzez określenie ich charakteru i natężenia.

W myśl tego przepisu „za szkody spowodowane przez:

- ogień – uważa się szkody powstałe w wyniku działań ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile;
- huragan – uważa się szkody powstałe w wyniku działania wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24 m/s, którego działanie wyrządza masowe szkody; pojedyncze szkody uważa się za spowodowane przez huragan, jeżeli w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono działanie huraganu;
- powódź – uważa się szkody powstałe na skutek zalania terenów w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub stojących;

[15] Tak m.in. J. Orlicka, M. Orlicki, *op.cit.*, s. 92.

- podtopienie – uważa się szkody powstałe wskutek zalania terenów w wyniku deszczu nawalnego lub spływu wód po zboczach i stokach na terenach górskich i falistych;
- deszcz nawalny – uważa się szkody powstałe w wyniku opadów deszczu o współczynniku wydajności co najmniej 4;
- grad – uważa się szkody powstałe wskutek opadu atmosferycznego składającego się z bryłek lodu;
- opady śniegu – uważa się szkody powstałe w wyniku opadów śniegu przekraczających 85% wartości charakterystycznej (normowej) obciążenia śniegiem gruntu, właściwej dla sfery, w której znajduje się ubezpieczony budynek, określonej według obowiązującej normy polskiej „Obciążenie śniegiem”[16]; warunkiem uznania szkody za spowodowaną opadami śniegu jest, aby przynajmniej jedna stacja meteorologiczna Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej, zlokalizowana na terenie tej samej strefy lub strefy o niższej wartości charakterystycznej obciążenia śniegiem w promieniu 100 km od ubezpieczonego budynku, zmierzyła ciężar pokrywy śnieżnej przekraczający 85% wartości charakterystycznej (normowej) właściwej dla miejsca lokalizacji budynku;
- piorun – uważa się szkody będące następstwem uderzenia pioruna;
- eksplozję – uważa się szkody powstałe w wyniku gwałtownej zmiany stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołane ich właściwością rozprzestrzeniania się w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników; warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż w skutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnienia; za spowodowane eksplozją uważa się też szkody powstałe wskutek implozji, polegające na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym;
- obsunięcie się ziemi – uważa się szkody spowodowane przez zapadanie się ziemi oraz usuwanie się ziemi, z tym że szkody spowodowane przez:
  – zapadanie się ziemi – uważa się szkody powstałe wskutek obniżenia się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie,
  – usuwania się ziemi – uważa się szkody powstałe wskutek ruchów ziemi na stokach;
- tąpnięcie – uważa się szkody powstałe wskutek wstrząsów podziemnych, spowodowanych pęknięciem skał, wywołanych naruszeniem równowagi sił w tych skałach;
- lawinę – uważa się szkody powstałe wskutek gwałtownego zsuwania się lub staczania ze zboczy górskich lub falistych: mas śniegu, lodu, skał, kamieni, ziemi i błota;
- upadek statku powietrznego – uważa się szkody powstałe wskutek katastrofy bądź przymusowego lądowania samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także spowodowane upadkiem ich części lub przewożonego ładunku”.

Jak wynika z powyższego, samo zaistnienie danego zdarzenia oraz powstanie w jego wyniku szkody w ubezpieczonym budynku nie jest podstawą do stwierdzenia, iż szkoda ta podlega rekompensacie z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia budynków. Konieczne jest, aby zjawisko, które było jej przyczyną odpowiadało warunkom określonym w powyższym przepisie. Dodatkowym obostrzeniem jest wymóg zawarty w § 3 art. 67 u.u.ob., aby szkody spowodowane: huraganem, powodzią, podtopieniem, deszczem nawalnym, gradem i opadami śniegu zostały, jak to sformułowano w cytowanym przepisie „ustalone przez zakład ubezpieczeń w oparciu

[16] Norma: Nr PN–80/B–02010, 2010 r., Obciążenie w obliczeniach statystycznych – Obciążenie śniegiem.

o informacje uzyskane z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej". Jedynie w braku możliwości uzyskania koniecznych informacji możliwe jest przyjęcie za dowód zaistnienia określonego zjawiska atmosferycznego stanu faktycznego i rozmiarów szkody. Informacje te są podstawą do stwierdzenia czy dane zjawisko atmosferyczne wystąpiło na danym terenie w określonym czasie, nie mogą być natomiast podstawą do ustalenia szkody – jak by to wynikało z brzmienia cytowanego przepisu, gdyż samo stwierdzenie wystąpienia określonego zjawiska pogodowego nie jest równoznaczne z ustaleniem szkody[17]. Należy przypuszczać, iż ustawowe określenie natężenia poszczególnych zjawisk atmosferycznych, które jest podstawą do przyjęcia odpowiedzialności za szkodę przez zakład ubezpieczeń, wynika z założenia, iż budynki wzniesione zgodnie ze sztuką budowlaną, użytkowane i konserwowane w sposób prawidłowy nie są narażone na działanie tych zjawisk, jeśli nie przekraczają one pewnego stopnia nasilenia, a więc mieszczą się w zakresie przyjętych norm.

Brak potwierdzenia przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej wystąpienia zjawiska atmosferycznego o określonym w przepisach natężeniu jest, jak pokazują skargi napływające w latach 2006 – 2008 do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, jedną z najczęstszych przyczyn odmowy przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowania w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków rolniczych, przy czym najwięcej skarg dotyczy szkód spowodowanych opadami śniegu oraz huraganem, które stanowiły ok. 20% wszystkich skarg dotyczących tego ubezpieczenia w analizowanym okresie.

5. Okoliczności wyłączające odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych wyłączono na mocy art. 73 ust. 3 i 4 u.u.ob. szkody górnicze[18] oraz powstałe wskutek trzęsienia ziemi. Trudno znaleźć jednak uzasadnienie dla tak wyraźnego wyłączenia tego drugiego ryzyka gdyż, jak pokazuje praktyka ubezpieczeniowa, poszczególne ryzyka są na ogół wyłączane z zakresu ubezpieczeń dlatego, że istnieje zbyt duże niebezpieczeństwo ich wystąpienia, a ewentualne szkody byłyby zbyt wysokie, co groziłoby destabilizacją sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń oraz znacznym podrożeniem kosztów ubezpieczenia, jednak taki powód wydaje się być mało prawdopodobny w naszych warunkach geograficznych. Bardziej prawdopodobne wydaje się, iż ustawodawca uznał, że ryzyko to nie występuje w Polsce, ale w takim wypadku zbędne byłoby jego wyłączenie[19].

Art. 73 pkt 1 i 2 u.u.ob. zawiera wyłączenia podmiotowe. Zgodnie z jego brzmieniem zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za szkody w budynkach rolniczych wyrządzone umyślnie oraz wskutek rażącego niedbalstwa przez ubezpieczającego lub osoby, za które ponosi on odpowiedzialność, lub które pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym. Rozwiązanie to odbiega od zasad przyjętych w pozostałych obowiązkowych ubezpieczeniach powszechnych, gdzie szkody wywołane umyślnie lub w wyniku rażącego niedbalstwa są w tych przypadkach objęte ochroną ubezpieczeniową (art. 9 ust. 2 u.u.ob.), co wynika z faktu, iż są to ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i obecnej w ich konstrukcji

[17] Por. E. Kowalewski, T. Sangowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 299.

[18] Na mocy ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. – Prawo geologiczne i górnicze, tekst jedn. Dz. U. z 2005 r., nr 228, poz. 1947 z późn. zm., za szkody górnicze odpowiada zakład górniczy, który prowadzi prace na danym terenie lub w braku takiego zakładu Skarb Państwa.

[19] Na zagadnienie to, zwraca również uwagę E. Stroiński, *Ubezpieczenia majątkowe i osobowe w rolnictwie,* LAM – Wydawnictwo Akademii Finansów, Warszawa 2003, s. 131.

idei ochrony poszkodowanych. Wątpliwości może natomiast budzić wyłączenie z zakresu ochrony szkód wyrządzonych w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczającego oraz osób, które pozostają z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym, a także za które ponosi on odpowiedzialność. Tak rygorystyczne ujęcie winy kwalifikowanej ubezpieczającego różni się również od zasad zawartych w art. 827 § 1 k.c., który zakłada, że w razie rażącego niedbalstwa samego ubezpieczającego odszkodowanie nie należy się, dopuszczając jednocześnie możliwość uregulowania tej kwestii w inny sposób w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, co więcej kodeks cywilny w cytowanym przepisie dopuszcza wypłatę odszkodowania w razie szkody wyrządzonej w wyniku rażącego niedbalstwa przez ubezpieczającego jeśli zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności. Jak wynika z powyższego ustawodawca nie skorzystał z możliwości złagodzenia skutków winy kwalifikowanej w odniesieniu do obowiązkowych ubezpieczeń budynków rolniczych; co więcej obostrzył je w stosunku do regulacji kodeksowych, gdyż zgodnie z art. 73 pkt. 2 u.u.ob. nawet rażące niedbalstwo osób pozostających z nim w jednym gospodarstwie domowym oraz tych, za które ponosi on odpowiedzialność jest wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej, podczas gdy kodeks cywilny w art. 827 § 3 przewiduje możliwość uchylenia się zakładu ubezpieczeń od odpowiedzialności za szkody spowodowane przez te osoby jedynie umyślnie a ponieważ przepis ten ma charakter dyspozytywny strony umowy ubezpieczenia mogą też umówić się inaczej.

Przypuszczalnie powodem tak rygorystycznego ujęcia okoliczności wyłączających odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do obowiązkowych ubezpieczeń budynków rolniczych, jest fakt, iż ubezpieczenie to nie ma za zadanie ochrony osób trzecich, lecz mienia ubezpieczających. W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej objęcie ochroną ubezpieczeniową szkód spowodowanych umyślnie lub powstałych w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczonych ma uzasadnienie w potrzebie ochrony osób poszkodowanych, gdyż to one przede wszystkim ucierpiałyby na odmowie wypłaty określonego świadczenia. Innym powodem może być okoliczność, iż na mocy art. 828 § 2 k.c., ubezpieczyciel nie będzie mógł skorzystać z roszczenia regresowego, przewidzianego w § 1 tego artykułu w razie, gdy za szkodę odpowiadają osoby, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie. Oznacza to, iż zakład ubezpieczeń nie będzie mógł dochodzić zwrotu wypłaconego odszkodowania z tytułu szkody w budynku rolniczym spowodowanej w wyniku rażącego niedbalstwa przez osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczającym, co jest częstą przyczyną szkód w budynkach rolniczych[20].

Bezwzględne wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej osób, za które ponosi on odpowiedzialność, jest niewątpliwie korzystne dla ubezpieczyciela natomiast budzi wątpliwości, co do zgodności z podstawowym celem instytucji ubezpieczenia, czyli z jej funkcją ochronną, która ma być realizowana na wypadek określonych zdarzeń losowych. Tym bardziej, że jak pokazuje praktyka ubezpieczeniowa, rażące niedbalstwo osób, za które ubezpieczający odpowiada lub z którymi pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym jest nader częstą przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez ubezpieczycieli. Samo pojęcie rażącego niedbalstwa, które nie zostało zdefiniowane w żadnym z aktów praw-

[20] Szerzej na temat regresu ubezpieczeniowego zob. M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 123 i nast., H. Ciepła, (w:) G. Bieniek (praca zbiorowa), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. II, wyd. 9*,* LexisNexis, s. 781, L. Ogiegło, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz do artykułów 450 – 1088,* t. II. wyd. 5, C.H.Beck, Warszawa 2009, s. 736.

nych, jest budowane w oparciu o liczne w tej materii orzecznictwo[21]; ich przytaczanie i analiza w tym miejscu nie wydaje się celowa dla dalszych rozważań. Bogactwo orzecznictwa w tej materii pokazuje natomiast, jakie trudności wiążą się ze stwierdzeniem zaistnienia tej okoliczności w praktyce. Trudności te są zresztą nadużywane przez zakłady ubezpieczeń. Rozwiązanie takie prowadzi ponadto do kuriozalnych sytuacji, kiedy np. dziecko rolnika spowoduje pożar w należącym do niego budynku rolniczym, nie uzyska on odszkodowania z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych natomiast, jeśli to samo dziecko spowoduje pożar w budynku rolniczym sąsiada, ten – jako poszkodowany uzyska odszkodowanie z umowy ubezpieczenia OC rolnika, będącego rodzicem rzeczonego dziecka[22].

W związku z powyższym należałoby rozważyć czy pkt 1 i 2 art. 73 u.u.ob. nie powinny zostać uchylone, gdyż odrębne, w stosunku do rozwiązań kodeksowych, uregulowanie kwestii dotyczącej wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków rolniczych wydaje się rozwiązaniem nietrafnym. Zastosowanie w tym przypadku powinien mieć art. 827 k.c, który w sposób wystarczająco precyzyjny i odpowiadający potrzebom obu stron umowy ubezpieczenia oraz celom samej instytucji ubezpieczenia reguluje zastosowanie przesłanek egzoneracyjnych.

Warto też zauważyć, iż użyte w pkt 1 art. 73 u.u.ob., sformułowanie „osoba, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność" zostało usunięte z art. 827 k.c. nowelą z dnia 13 kwietnia 2007 r., gdyż budziło wiele sporów interpretacyjnych[23], pomimo licznych głosów krytyki ze strony nauki prawa pozostawiono je w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych w odniesieniu do obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych, co może wywoływać wrażenie niespójności i bałaganu terminologicznego.

Wnioski

Podsumowując regulacje dotyczące zakresu przedmiotowego i podmiotowego oraz ryzyk objętych obowiązkowym ubezpieczeniem budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych, należy zauważyć, iż obowiązek zawarcia umowy dotyczy wszystkich osób fizycznych, które zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych są posiadaczami lub współposiadaczami gospodarstwa rolnego. Ubezpieczeniem winien być objęty każdy budynek, który wchodzi w skład tego gospodarstwa rolnego, jeśli jego powierzchnia przekracza 20 m². Obowiązek objęcia takiego budynku ubezpieczeniem powstaje natomiast z chwilą pokrycia go dachem. Nie dotyczy on jedynie budynków, których stan techniczny osiągnął 100% normy zużycia lub takich, które na mocy ostatecznej decyzji właści-

[21] M.in. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2003 r., V CKN 1680/00; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2005 r., III CK 522/04, LEX nr 151664, oraz wyrok Sadu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 2004 r., II CKN 142/2003, LEX nr 484721.

[22] Przykład podany za: E. Kowalewski, T. Sangowski, *op.cit.*, s. 300, przypis.

[23] Jak wskazuje M. Orlicki i J .Pokrzywniak, *op.cit.*, s. 120 oraz przypis, na tle dyskusji na temat zakresu znaczeniowego pojęcia „osoba, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność" Sąd Najwyższy w dniu 22 kwietnia 2004 r. wydał wyrok, II CK 144/03, OSP 2004/12/159, w którym stwierdził, iż „osoba, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność w rozumieniu, art. 827 § 1 k.c., to taka, której wina umyślna w wyrządzeniu szkody w mieniu ubezpieczającego może być traktowana jako własna wina kwalifikowana samego ubezpieczającego, za którego osoba ta działa nawet w następstwie faktycznego delegowania na nią obowiązków ubezpieczającego wynikających z umowy ubezpieczenia". Stanowisko to spotkało się z licznymi ocenami krytycznymi wyrażonymi m.in. w glosach do cytowanego wyroku autorstwa A. S. Szlęzaka, OSP 2004/12/15/) oraz E. Kowalewskiego, Prawo Asekuracyjne 2005, nr 1.

wych organów zostały przeznaczone do rozbiórki. Nie obejmuje on również namiotów i tuneli foliowych.

Ryzyka objęte umową obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych należą, jak się wydaje, do najczęściej zagrażających tym budynkom, a więc zakres ochrony oferowany w ramach omawianego ubezpieczenia wydaje się być dostosowany do potrzeb typowego gospodarstwa rolnego. Niemniej jednak rygorystyczne i stosunkowo szerokie (w stosunku do regulacji kodeksowych) ujęcie przesłanek wyłączających odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń osłabia ochronę, jaką ubezpieczony nabywa wraz z zawarciem umowy obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych, dając zakładom ubezpieczeń możliwość uchylenia się od zapłaty odszkodowania.

Pomimo, iż konstrukcję obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych w zakresie przedmiotu, podmiotu i ryzyk objętych tym ubezpieczeniem można w większości uznać za poprawną, to postulowane w niniejszym artykule zmiany w zakresie niektórych regulacji prawnych, przyczyniłyby się do większej przejrzystości tej materii i poprawy sytuacji ubezpieczających.

Mgr Magdalena Dąbrowska, Wyższa Szkoła Administracji Publicznej im. St. Staszica w Białymstoku

Summary of the article

The notions of subject, entity and the scope of insurance cover in compulsory insurance of agricultural buildings

The aim of the article is to analyze the legal regulations concerning the notions of subject, entity and the scope of insurance cover in compulsory insurance of agricultural buildings against fire and other fortuitous events.

The analysis covers the notions of holding, farmer and particular risks covered by this kind of insurance pursuant to the Act of May 22, 2003 concerning compulsory insurance, Insurance Guarantee Found and Polish Motor Insurance Bureau. Moreover, the article describes issues connected with insurance obligation including scope of protection and circumstances excluding insurer's liability.

The description of the above terms was made in compliance with legal jurisdiction and insurance doctrine indicating basic practical problems connected with the above provisions. The article includes suggestions of possible legal changes which can improve the insurance standards and put this legal matter in order.

Joanna Iwko

Kodeksy deontologiczne na polskim rynku ubezpieczeniowym

Wprowadzenie

W każdym społeczeństwie istnieją systemy normatywne, które gwarantują pewien porządek społeczny w poszczególnych dziedzinach życia. Mogą one mieć rozmaite źródła i różny system sankcji, są jednak ze sobą powiązane i w dużej mierze mogą zachodzić na siebie. W socjologii wyróżnia się następujące systemy normatywne[1]:

- prawo ustanowione przez państwo;
- normy moralne nakładane przez dany system filozoficzny i religijny;
- obyczaje ustalane przez i dla konkretnej grupy społecznej.

Przestrzeganie przez człowieka norm prawnych, moralnych i obyczajowych wypływa z zupełnie różnych pobudek. Źródłem norm prawnych jest państwo, norm moralnych – człowiek i religia, natomiast norm obyczajowych – środowisko społeczne. Normy prawne mają być przestrzegane, bo tak nakazuje państwo, pod groźbą zastosowania kar lub innych niekorzystnych skutków. Normy moralne są przestrzegane z nakazu wewnętrznego (sumienia), natomiast normy obyczajowe – z potrzeby utrzymania więzi społecznych i potencjalnej groźby wykluczenia z danego środowiska. Z uwagi na zakres tematyczny tego artykułu, zagadnienia dotyczące systemów normatywnych nie będą omawiane szczegółowo, w dalszej jego części zostaną jedynie zaakcentowane ich odniesienia do kodeksów deontologicznych.

Jeżeli istnieją w społeczeństwie systemy normatywne mające swe źródło a także uzewnętrznienie w prawie, moralności i obyczajach, jaki jest cel tworzenia kodeksów etyki zawodowej oraz kodeksów deontologicznych regulujących m.in. działalność gospodarczą człowieka? Czym są owe kodeksy i jakie jest ich znaczenie w szeroko rozumianym obszarze biznesu, a w szczególności na rynku usług ubezpieczeniowych? Warto zastanowić się również, jakie są wzajemne odniesienia pomiędzy kodeksami etyki zawodowej, kodeksami deontologicznymi a systemami prawa, norm moralnych i obyczajowych.

Pojęcie etyki zawodowej bardzo często jest utożsamiane z pojęciem deontologii, czyli zbiorem zasad etycznych regulujących obowiązki w pewnej dziedzinie (głównie związanej z zawodem)[2]. Niektóre osoby termin „etyka zawodowa" odnoszą do „spisanych norm odpowiadających na

[1] J. Siewierski, *Kontrola Społeczna,* (w:) J. Polakowska–Kujawa (red.), *Socjologia ogólna. Wybrane problemy*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2005, s. 50–55.

[2] S. Blackburn, tłum. C. Cieśliński, P. Dziliński, M. Szczubiałka, J. Woleński, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, Warszawa 1997.

pytanie, jak ze względów moralnych przedstawiciele danego zawodu powinni, a jak nie powinni postępować[3]". Etyka zawodowa jest zbiorem norm stanowiących konkretyzację ogólnych norm moralnych, określających szczegółowe ich konsekwencje dla typowych sytuacji, w jakich znaleźć się mogą osoby wykonujące dany zawód. Etyka zawodowa nazywana jest deontologią, gdyż operuje nakazami i zakazami odwołującymi się do konkretnych obowiązków[4]. Z tego względu, na potrzeby niniejszego opracowania, pojęcia „deontologii" i „etyki zawodowej" będą używane zamiennie.

2. Czym są kodeksy dobrych praktyk rynkowych?

W państwach Europy Zachodniej i w USA kodeksy dobrych praktyk stały się trwałym elementem funkcjonowania w różnych dziedzinach gospodarki, w tym również w biznesie[5]. Z uwagi na coraz większe zainteresowanie obszaru biznesu etyką związaną z prowadzeniem działalności gospodarczej[6] oraz na rozwój koncepcji „społecznej odpowiedzialności biznesu"[7], kodeksy dobrych praktyk zyskały na popularności. Jednak stan życia gospodarczego w Polsce zarówno pod względem etycznym, jak i jego społecznej odpowiedzialności pozostawia wiele do życzenia[8]. Szansą na poprawę wizerunku szeroko rozumianego obszaru biznesu jest m.in. wdrożenie kodeksów deontologicznych. Stąd też kodeksy dobrych praktyk stają się coraz bardziej powszechnym narzędziem regulującym postępowanie przedsiębiorców na rynku polskim.

Punktem wyjścia do dalszych rozważań będą dwa akty prawne, które nadają szczególną rangę kodeksom dobrych praktyk. Należy do nich wspólnotowa dyrektywa o nieuczciwych praktykach handlowych z dnia 11 maja 2005 r. (2005/29/WE) oraz implementująca jej postanowienia ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. nr 171, poz. 1206). Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 pkt 5 ww. ustawy za kodeks dobrych praktyk uznaje się zbiór zasad postępowania, a w szczególności norm etycznych i zawodowych przedsiębiorców, którzy zobowiązali się do ich przestrzegania w odniesieniu do jednej lub większej liczby praktyk rynkowych. Zasady te są swoistym uzupełnieniem przepisów prawnych związanych z prowadzeniem danego rodzaju działalności[9].

Z drugiej strony, zgodnie z przepisem art. 2 lit f) dyrektywy 2005/29/WE, kodeks postępowania oznacza umowę lub zbiór zasad, które nie są wymagane na mocy przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych Państwa Członkowskiego i które definiują postępowanie przedsiębiorców, którzy zobowiązali się do przestrzegania kodeksu w odniesieniu do jednej

---

[3] I. Lazari–Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne,* (w:) I. Lazari–Pawłowska, *Etyka. Pisma wybrane,* Wrocław–Warszawa–Kraków 1992, s. 84.

[4] P. Łabieniec, *Etyka – Etyka zawodowa – Prawo (zarys problematyki)*, Prokurator 2002, nr 2, s. 21–33.

[5] Szerzej A. Mokrzysz–Olszyńska, *Rola kodeksów dobrych praktyk w ochronie konsumenta,* (w:) C. Banasiński (red.), *Ochrona konkurencji i konsumentów w Polsce i w Unii Europejskiej,* Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Warszawa 2005, s. 263–282.

[6] P. Pratley, *Etyka w biznesie,* Wydawnictwo Felberg, 2000; W. Gasparski, A. Lewicka–Strzałecka, B. Rok, G. Szulczewski (red.), *Etyka biznesu w zastosowaniach praktycznych,* Wydawnictwo Cebi, Warszawa 2002; J. Dietl, W. Gasparski, *Etyka biznesu*, wyd. 4, PWN, Warszawa 2002; A. Zadroga, *Współczesne ujęcie etyki biznesu w Polsce,* Wydawnictwo KUL, Lublin 2009.

[7] *Corporate Social Responsibility (CSR)* – koncepcja powszechnie rozumiana jako strategia zarządzania firmą, która w długofalowym interesie własnym firmy oraz interesie biznesu jako takiego respektuje interesy otoczenia (tzw. interesariuszy – *stakeholders*), szerzej: http://www.csrinfo.org/, http://www.odpowiedzialnybiznes.com.pl/.

[8] Szerzej W. Gasparski, *Odpowiedzialność społeczna i etyka biznesu w polskim życiu gospodarczym,* Wstępny raport z badań, Infrastruktura na rzecz rozwoju etyczności funkcjonującego w Polsce biznesu, Warszawa 2004.

[9] Np. Dobra Praktyka Higieniczna, Dobra Praktyka Produkcyjna, Dobra Praktyka Cateringowa, Dobra Praktyka Rolnicza, Dobra Praktyka Kliniczna, Dobra Praktyka Laboratoryjna, Dobra Praktyka Dystrybucyjna, Dobra Praktyka Wytwarzania, itp.

lub większej liczby określonych praktyk handlowych lub sektorów działalności gospodarczej[10]. Definicja ta wskazuje na następujące charakterystyczne elementy profesjonalnego „kodeksu postępowania"[11]:

- dobrowolny charakter kodeksu – powstanie kodeksu nie jest efektem wykonania obowiązku wypływającego z prawa stanowionego przez państwo;
- zakres kodeksu – zwięzłe określenie postępowania przedsiębiorców, uznanych przez nich praktyk i zachowań podejmowanych w ramach prowadzonej na rynku działalności;
- zobowiązanie przedsiębiorców–sygnatariuszy kodeksu do ich przestrzegania.
- Powoływanie się przez przedsiębiorców na kodeksy dobrych praktyk ma wzbudzać zaufanie, a przez to przyciągać klientów do oferty danego przedsiębiorcy. Można założyć, iż przedsiębiorcy przestrzegający kodeksów dobrych praktyk wytwarzają wyroby i oferują usługi wysokiej jakości, gdyż niejednokrotnie w takich kodeksach ujmuje się uznane powszechnie zasady jakości. Dlatego też, jeśli przedsiębiorca podaje informację, że zobowiązał się do przestrzegania kodeksu dobrych praktyk, a jest to niezgodne z prawdą, w każdych okolicznościach zostanie to uznane za nieuczciwą praktykę rynkową (art. 7 pkt 1 ww. ustawy), czyli tzw. praktykę rynkową wprowadzającą w błąd.

3. Kodeksy deontologiczne a systemy normatywne

Systemy prawne, moralne i obyczajowe obowiązujące w danej dziedzinie życia wzajemnie się przenikają i uzupełniają. Również kodeksy deontologiczne w danej branży formułuje się w oparciu o obowiązujące przepisy prawne, z uwzględnieniem aspektu moralnego i obyczajowego. Istnieje zatem szereg odniesień i punktów wspólnych pomiędzy kodeksami deontologicznymi a systemami normatywnymi istniejącymi w społeczeństwie. Poniżej zostaną one pokrótce omówione.

3.1. Kodeksy deontologiczne a system prawny

Normy prawne to zasady zachowania oparte na przepisach, które są ustanawiane przez państwo lub inne podmioty, jak np. Unię Europejską, nadzorujące również ich przestrzeganie. Przepisy prawne podają pewne krańcowe warunki dopuszczalnych zachowań ludzkich, a sankcje prawne opierają się na przymusie fizycznym. Prawo jednak nie powinno i nie może wkraczać zbyt szczegółowo w kwestie związane z godnym wykonywaniem zawodu czy prowadzeniem działalności gospodarczej. Jest to jeden z powodów, dla których tworzone są kodeksy etyczne, jakimi powinni się kierować przedstawiciele poszczególnych, zwłaszcza społecznie ważnych, profesji[12]. Zatem istota kodeksów deontologicznych polega na tym, iż wypełniają one „niezagospodarowaną" przez przepisy prawne przestrzeń. Ponadto ich skuteczność tkwi w tym, iż ich powstanie i przestrzeganie nie jest efektem wykonania obowiązku wypływającego z prawa stanowionego, ale ma charakter dobrowolny. Kodeksy dobrych praktyk rynkowych są elementem wspomagającym i uzupełniającym system prawa w danym zakresie działalności, dlatego mają zagwarantować tzw. „czystość biznesu"[13]. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, aby kodeksy deontologiczne nie tylko uzupełniały, ale również powtarzały pewne przepisy prawne[14].

[10] http://www.eur–lex.europa.eu/.
[11] http://www.dobrapraktyka.pl/index2.html.
[12] A. Szostek, *Czy potrzebny jest Kodeks „Dobre praktyki w szkołach wyższych"?,* Nauka 2007, nr 2, s. 47.
[13] Szerzej R. Stefanicki, *Komentarz do ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym,* LexisNexis, Warszawa 2009, s. 461 i nast.
[14] Przykładem tego jest m.in. zapis z Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych, iż „Stosowane przez zakłady ubezpieczeń wzorce umowne (…) powinny być formułowane w sposób przejrzysty i jednoznaczny". Zasada ta wynika wprost m.in. z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, zgodnie z którym

3.2. Kodeksy deontologiczne a system moralny

Normy moralne mają charakter absolutny, co oznacza bezwzględny nakaz lub zakaz określonego zachowania w poszczególnych dziedzinach życia w określonej grupie społecznej. Ich naruszenie powoduje zazwyczaj poczucie winy, a także sankcje opinii publicznej, jak np. krytykę i potępienie. Różne światopoglądy religijne czy filozoficzne, na bazie których tworzy się systemy moralne mogą, ale nie muszą prowadzić do tego samego zbioru zasad moralnych, dlatego nie istnieje tzw. „moralność uniwersalna". Poszczególne systemy moralne próbują odpowiedzieć na jedno podstawowe pytanie: jak postępować w sposób moralny, gdy zachodzi poważna wątpliwość co do istnienia prawa albo jego zastosowania w danej, konkretnej sytuacji[15]. Obecnie mamy do czynienia ze społeczeństwem wielokulturowym, w którym zachodzi na siebie wiele światopoglądów, systemów wartości i systemów moralnych, w których ludzie różnie oceniają, co jest dobre a co złe. Do rozstrzygania dylematów moralnych we współczesnych obszarach gospodarczych nie wystarczą uniwersalne zasady, wrażliwość, pragnienie czynienia dobra, chęć bycia uczciwym, ponieważ trzeba wiedzieć, na czym owo dobro czy uczciwość polegają w konkretnej, niejednokrotnie złożonej sytuacji. W tych obszarach jest miejsce dla kodeksów deontologicznych, które m.in. są uszczegółowieniem ogólnych norm moralnych dla potrzeb sytuacji, w jakich znaleźć się mogą osoby prowadzące daną działalność.

3.3. Kodeksy deontologiczne a system obyczajowy

Część norm moralnych obowiązujących w danej społeczności jest zazwyczaj również normami obyczajowymi, które wynikają z przyjętych zasad współżycia społecznego. Normy obyczajowe to powszechnie przyjęte zasady postępowania, które regulują zasady współżycia z innymi członkami społeczności w określonych okolicznościach. System obyczajowy odnosi się do tradycji i obyczajów, a podstawową sankcją za nieprzestrzeganie norm obyczajowych jest wykluczenie z grupy. Normy obyczajowe nie oceniają zachowań ani ich nie wartościują. Określają raczej, co wypada lub czego nie należy robić w danej sytuacji. Właśnie na bazie norm obyczajowych związanych z danym środowiskiem zawodowym czy daną działalnością gospodarczą tworzy się kodeksy deontologiczne, które zawierają zasady postępowania w odniesieniu do konkretnych sytuacji zawodowych danej branży.

4. Kodeksy etyczne na rynku usług ubezpieczeniowych

4.1. Uwagi wstępne

Zasady każdej etyki zawodowej mają sprzyjać dobremu wykonywaniu danego zawodu. Nie wszystkie zawody mają swoją szczególną etykę i odrębne kodeksy etyczne. Jest wręcz odwrotnie, zawodów takich jest niewiele. Konieczność przestrzegania wartości moralnych przez dany zawód jest wskazaniem jego istoty i ważności. Dokumentem najpełniej prezentującym zestaw działań oraz zaniechań działania, w wyniku których tworzy się lub ochrania dobra moralne (etyczne) oddane w gestię pewnemu zawodowi, będzie kodeks etyczny tego zawodu[16]. Twórcy

„ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały".

[15] Np. zgodnie z art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie dni trzydziestu, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Jednak w sytuacji, gdy istnieją wszelkie przesłanki ku temu, żeby świadczenie mogło zostać wypłacone wcześniej, zakład ubezpieczeń nie powinien się zasłaniać przepisem i czekać do 30 dnia, aby zrealizować świadczenie. Czy takie oczekiwanie byłoby sprzeczne z normami moralnymi?

[16] L.E. Bartkowiak, *Między powinnością a obowiązkiem – o kodeksach deontologicznych zawodów medycznych,* Wiadomości Lekarskie 2006, nr 11–12, s. 883.

kodeksów etycznych mają na względzie prestiż danego zawodu, gdyż jego naruszenie powoduje uszczerbek w dobrym imieniu wszystkich przedstawicieli danej grupy. Przy formułowaniu specyficznych wymogów związanych z wykonywaniem określonego zawodu nie chodzi o jakiekolwiek nowe normy moralne, nieobowiązujące poza tym zawodem, ale o wskazanie na te normy, które w wykonywaniu tej profesji są szczególnie ważne i słusznie oczekiwane. Sam kodeks nie uczyni nikogo moralnie lepszym, nie zastępuje też osobistej moralnej wrażliwości człowieka. Może jednak pomóc osobom wykonującym dany zawód pamiętać o wymogach moralnych, jakie podjęcie tego zawodu za sobą pociąga. Kodeksy pełnią ważne funkcje edukacyjne, nie zastępują jednak ogólnych norm moralnych, lecz jedynie je uzupełniają i konkretyzują, stawiając wobec swych adresatów wymagania wyższe niż powszechne[17]. Kodeksy pozwalają określić „etyczne ramy" danego zawodu, których przekroczenie pociąga za sobą wykluczenie z grona ich przedstawicieli tych, którzy się takich wykroczeń dopuszczają[18]. Niewątpliwie do grupy zawodów „ważnych" z uwagi na ich funkcje społeczne, zaliczyć można pośredników ubezpieczeniowych, tj. brokerów i agentów ubezpieczeniowych.

Instytucje rynku finansowego, którego elementem jest także rynek ubezpieczeniowy, z uwagi na charakter swojej działalności są w szczególności zmuszone nie tylko do kreowania dobrego wizerunku, ale przede wszystkim do dbałości o etyczny wymiar swojej działalności. Jest to podstawą zrównoważonego rozwoju i bezpieczeństwa rynku finansowego. Bardzo ważne jest, by klienci mogli mieć zaufanie do instytucji, którym powierzają swoje środki i które realizują zadania związane z ich obrotem i przepływem, a także do pośredników, z którymi bezpośrednio się kontaktują. Stosowanie dobrych praktyk zwiększa przejrzystość rynku i buduje wzajemne zaufanie wszystkich jego uczestników. Rynek finansowy w Polsce jest rynkiem dojrzałym i nasyconym, co poniekąd wymusza na jego uczestnikach konkurencję jakością i wartością dodaną. Obowiązywanie i przestrzeganie kodeksów dobrych praktyk ma stanowić dla klientów gwarancję wysokiej jakości wprowadzanych na rynek wyrobów i oferowanych usług. Rozpoznawanie przez uczestników rynku finansowego działań jako działań etycznych jest jednym z istotnych warunków budowy zaufania – niezbędnej przesłanki działalności ubezpieczeniowej, jako działalności realizowanej przez instytucje najwyższego zaufania publicznego.

Od końca lat 90. XX w. na rynku usług ubezpieczeniowych powstały:

- Zasady etyki w działalności ubezpieczeniowej uchwalone przez Zwyczajne Zebranie Przedstawicieli Polskiej Izby Ubezpieczeń (1998);
- Kodeks Etyki Zawodowej Brokera przyjęty przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych (1998);
- Zasady dobrej praktyki oraz współpracy brokerów ubezpieczeniowych i zakładów ubezpieczeń opracowane przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych oraz Polską Izbę Ubezpieczeń (2000);
- Kodeks Etyki Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych uchwalony przez Walne Zgromadzenie Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych (2006);
- Kanon Dobrych Praktyk Rynku Finansowego rekomendowany do stosowania przez Komisję Nadzoru Finansowego (2008);
- Zasady Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych przyjęte przez Polską Izbę Ubezpieczeń (2009);
- Dobre Praktyki na Polskim Rynku Bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych

[17] A. Lewicka–Strzałecka, *Instytucjonalizacja moralności w działalności gospodarczej,* Diametros 2005, nr 6, s. 119.

[18] A. Szostek, *op.cit.*, s. 47.

powiązanych z produktami bankowymi rekomendowane przez Związek Banków Polskich i Polską Izbę Ubezpieczeń (2009);
- Zasady Dobrych Praktyk Assistance opracowany przez Europ Assistance Polska (2010).

Wciąż prowadzone są prace mające na celu standaryzację kolejnych płaszczyzn wynikających z konieczności podejmowania różnych działalności na rynku usług ubezpieczeniowych. Obecnie trwają prace m.in. nad opracowaniem standardów usług medycznych dla potrzeb ubezpieczeniowych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej[19] oraz standardów wykonywania zawodu doradcy i pośrednika odszkodowawczego przez Polska Izbę Doradców i Pośredników Odszkodowawczych[20].

Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2008 r.[21] część zakładów ubezpieczeń w Polsce posiadała własne kodeksy etyki, m.in. TU Inter Polska S.A., Commercial Union TUO S.A.[22], TUiR Warta S.A., ING Nationale Nederlanden TU na Życie S.A.[23] Natomiast zakłady ubezpieczeń, które nie posiadały własnych kodeksów, najczęściej korzystały z kodeksu opracowanego przez PIU, a zagadnienia związane z etyką były przedmiotem szkoleń pracowników.

4.2. Zasady etyki w działalności ubezpieczeniowej

W odniesieniu do ubezpieczycieli funkcję pierwszego zbioru dobrych praktyk wypełniały przede wszystkim zasady etyki w działalności ubezpieczeniowej uchwalone w dniu 17 grudnia 1998 r. przez Zwyczajne Zebranie Przedstawicieli Polskiej Izby Ubezpieczeń[24]. Zostały one przyjęte przede wszystkim dla:
- ułatwienia rozwiązywania problemów etycznych, występujących przy prowadzeniu działalności ubezpieczeniowej;
- określenia pożądanego standardu norm i zachowań etycznych w działalności ubezpieczeniowej, zawierającego również normy w części już respektowane w praktyce ubezpieczeniowej.

Upowszechnienie i respektowanie tych zasad miało przyczyniać się w szczególności do:
- wzrostu poczucia odpowiedzialności za następstwa działań i zaniechań wobec osób trzecich;
- dążenia do takiego przekształcenia reguł gospodarowania, by działania racjonalne ekonomicznie nie pozostawały w sprzeczności z zasadami etyki zawodowej.

Zasady etyki w znacznej części dotyczyły powinności zakładów ubezpieczeń w stosunku do klientów zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz do powinności wobec konkurentów i agentów ubezpieczeniowych. Zakłady ubezpieczeń, które przyjęły zasady etyki w działalności ubezpieczeniowej, zobowiązały się do ich przestrzegania oraz wprowadzania ich do swoich regulacji wewnętrznych.

Po 10 latach od uchwalenia zasad etyki w działalności ubezpieczeniowej, zakłady ubezpieczeń zrzeszone w Polskiej Izbie Ubezpieczeń przyjęły Zasady Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych. Bazując na zasadach etyki w działalności ubezpieczeniowej z 1998 r., zostały uzupełnione o te elementy, które przez ten czas okazały się ważne i dlatego zostaną one bardziej szczegółowo omówione w dalszej części opracowania.

---

[19] Szerzej: http://www.ptmu.org.pl/plstand.php.
[20] *Izba Doradców Odszkodowawczych broni branżę,* Dziennik Ubezpieczeniowy, 29 czerwca 2010.
[21] E. Świtalska, *Etyka zawodowa ubezpieczycieli – analiza kodeksów etyki,* http://www.fob.org.pl/, 8 maja 2008.
[22] Obecnie Aviva TUO S.A.
[23] Obecnie ING TU na Życie S.A.
[24] http://www.knuife.gov.pl/, http://www.piu.org.pl/.

4.3. Etyka zawodowa brokerów ubezpieczeniowych

Broker ubezpieczeniowy jest osobą działającą w imieniu i na rzecz klienta. Jego działalność polega na zawieraniu lub doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia, wykonywaniu czynności przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie[25].

Jednym z podstawowych obowiązków osoby wykonującej ten zawód jest działanie w granicach obowiązującego prawa. W sytuacji, gdy broker ubezpieczeniowy wykonuje działalność z naruszeniem przepisów prawa lub w rażący sposób narusza interesy zleceniodawcy, organ nadzoru może cofnąć mu zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej (art. 34 ust. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym). Natomiast niezwykle istotne dla zachowania dobrego imienia i poczucia jedności całego środowiska jest uczciwe i etyczne postępowanie każdego brokera oparte o zasady wykraczające poza wymogi ustawowe.

Mając powyższe na uwadze, w dniu 31 maja 1998 r. Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych przyjęło Kodeks Etyki Zawodowej Brokera, zwany inaczej „Kartą Sobieszewską"[26]. Kodeks zawiera podstawowe zasady etyczne oraz powszechnie uznawane normy postępowania zawodowego brokerów, które są przestrzegane w interesie wszystkich stron obrotu ubezpieczeniowego, a w szczególności:

- brokerzy działają w interesie Klienta, którego dobro stawiane jest na pierwszym miejscu;
- brokerzy prowadzą działalność w dobrej wierze i zgodnie z prawem, przestrzegając zasad uczciwej konkurencji;
- brokerzy dbają o reputację i dobre imię swojego zawodu;
- podstawą stosunków między brokerami jest równoprawność i wzajemny szacunek;
- dobór kadr, organizacja pracy i wewnętrzna kontrola firmy brokerskiej zapewniają kompetentną i odpowiedzialną obsługę Klienta;
- oświadczenia składane przez brokera lub w jego imieniu, w tym również ogłoszenia publiczne, są jednoznaczne i nie mogą wprowadzać w błąd;
- brokerzy w swoim działaniu kierują się zasadami uczciwego obrotu w stosunku do wszystkich podmiotów.

Wszystkich członków Stowarzyszenia obowiązuje statut, zgodnie z którym są oni zobowiązani do przestrzegania zasad etyki zawodowej. Wnioski i skargi dotyczące nieprofesjonalnego i nieetycznego postępowania członków Stowarzyszenia rozpatruje Komisja Etyki Zawodowej[27]. Broker, którego działalność jest sprzeczna ze statutem, na wniosek Komisji Etyki Zawodowej może zostać wykluczony ze Stowarzyszenia.

Analiza „Zasad etyki zawodowej brokera" dowodzi, iż jako normę naczelną uznano tu elementarną uczciwość. Jest to szczególnie ważne, gdyż broker jest zawodem zaufania publicznego i to ono przesądza o istnieniu tego zawodu. Wśród brokerskich powinności etycznych wysoką rangę uzyskały również fachowość, obiektywizm i rzetelność. Dużą zaletą tego kodeksu jest jego zwięzłość, gdyż eksponuje jedynie najważniejsze kwestie etyczne zawodu brokera. Nie rozstrzyga on jednoznacznie każdej sytuacji, tylko pozostawia rozstrzygnięcie konkretnych dylematów indywidualnemu osądowi[28].

---

[25] Art. 4 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Dz. U. nr 124, poz. 1154.
[26] http://www.polbrokers.pl/navigation/stowarzyszenie/kodeks.html.
[27] W listopadzie 2001 r. Komisja Etyki Zawodowej opracowała komentarz w sprawie stosowania Kodeksu Zasad Etycznych przez brokerów, zawiera on 23 zasady będące uszczegółowieniem przyjętej w 1998 r. Karty Sobieszewskiej.
[28] Szerzej A. Dylus, *Odpowiedzialność moralna przedsiębiorców,* wykład wygłoszony podczas Trzeciego Kongresu Brokerów w Mikołajkach, 25–28 maja 2000.

Warto w tym miejscu wspomnieć również o kolejnej inicjatywie środowiska brokerów przyjętej w maju 2000 r. podczas III Kongresu Brokerów w Mikołajkach tj. zasadach dobrej praktyki oraz współpracy brokerów ubezpieczeniowych i zakładów ubezpieczeń[29]. Zasady te zostały opracowane przez grupę roboczą Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych oraz przedstawicieli Komisji Ubezpieczeń Majątkowych Polskiej Izby Ubezpieczeń. Brokerzy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń przyjmując i deklarując wolę stosowania w swej działalności zasad dobrej praktyki oraz współpracy brokerów ubezpieczeniowych i zakładów ubezpieczeń, postawili sobie za cel działanie w najlepiej pojętym interesie klientów, poprzez zapewnienie im m.in.:

- wszechstronnej i kompleksowej ochrony ubezpieczeniowej;
- pełnej i profesjonalnej obsługi;
- rzetelnej realizacji wypłat odszkodowań i świadczeń w wypadku powstania szkód.

4.4. Etyka zawodowa agentów ubezpieczeniowych

Agent ubezpieczeniowy, w przeciwieństwie do brokera ubezpieczeniowego, działa w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. Jego działalność polega na pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie[30].

Podstawowym aktem prawnym obowiązującym agentów ubezpieczeniowych jest ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Zgodnie z art. 8 ww. ustawy, działalność agencyjna powinna być wykonywana z zachowaniem staranności[31] określonej w kodeksie cywilnym oraz dobrych obyczajów. W razie naruszenia przez agenta ubezpieczeniowego przepisów prawa, niezachowania staranności[32] lub dobrych obyczajów, organ nadzoru może zakazać zakładowi ubezpieczeń korzystania z jego usług, tj. natychmiast rozwiązać z nim umowę i cofnąć udzielone mu pełnomocnictwa (art. 19 ust. 4 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym).

Zawód agenta ubezpieczeniowego należy niewątpliwie również do tych zawodów, przy wykonywaniu których w sposób szczególny powinno się przestrzegać zasad etycznych. W praktyce oznacza to przede wszystkim poszanowanie klienta, zasad konkurencji, towarzystwa ubezpieczeniowego, na rzecz którego agent wykonuje obowiązki, szacunek dla osób, z którymi współpracuje, w tym również do osób tej samej profesji[33].

Z uwagi na duże społeczne znaczenie zawodu pośrednika ubezpieczeniowego a także finansowego, w dniu 29 czerwca 2006 r. Walne Zgromadzenie Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych uchwaliło Kodeks Etyki Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych. Mając na względzie zadowolenie klientów ze świadczonych usług oraz gwarancję, że klienci będą korzystali z najlepszej i najbardziej fachowej porady, zrzeszeni w izbie pośrednicy finansowi i ubezpieczeniowi uznali, iż to właśnie Kodeks Etyki jest dokumen-

[29] Szerzej http://www.polbrokers.pl/navigation/stowarzyszenie/zasadydpraktyki.html.

[30] Art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

[31] Zgodnie z treścią art. 2 lit. h) dyrektywy 2005/29/WE staranność zawodowa oznacza standard dotyczący szczególnej wiedzy i staranności, których można w racjonalny sposób oczekiwać od przedsiębiorcy w jego relacjach z konsumentami, zgodnie z uczciwymi praktykami rynkowymi i/lub ogólną zasadą dobrej wiary w zakresie jego działalności.

[32] Art. 355 § 2 k.c. Należytą staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

[33] D. Olszewska, *Agent buduje image firmy, czyli o etyce agenta ubezpieczeniowego,* Gazeta Ubezpieczeniowa, 17 lutego 2006.

tem mającym zapewnić wysoki standard ich usług. Wynika stąd iż, pośrednicy ubezpieczeniowi i finansowi zobowiązują się do[34]:

- działania w interesie Klienta, którego dobro stawiane jest na pierwszym miejscu;
- utrzymywania najwyższych standardów kompetencji zawodowych poprzez uaktualnianie i ustawiczne rozwijanie poziomu swojej wiedzy fachowej;
- przestrzegania wszelkich przepisów ustawowych i innych obowiązujących na rynku, aby prowadzenie działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego i finansowego było zgodne z prawem oraz zasadami uczciwej konkurencji;
- utrzymywania w ścisłej poufności wszelkich danych osobowych i biznesowych uzyskanych w związku ze świadczeniem usług pośrednictwa ubezpieczeniowego i finansowego.

Obecnie na liście sygnatariuszy jest 2 678 pośredników ubezpieczeniowych i finansowych[35]. Powołano również Komisję ds. Etyki PIPUiF, która ma czuwać nad przestrzeganiem Kodeksu. Na wniosek klienta, Komisja podejmuje działania w celu wyjaśniania spraw związanych z nieetycznym zachowaniem pośredników oraz wydaje zalecenia, które każdy sygnatariusz ma obowiązek przestrzegać. Konsekwencją niezastosowania się do zaleceń Komisji może być nawet skreślenie z listy sygnatariuszy tego Kodeksu[36].

Kolejnym krokiem było podpisanie w dniu 26 października 2006 r. przez Polską Izbę Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Rzecznika Ubezpieczonych, Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej i Krajowy Instytut Ubezpieczeń porozumienia o współpracy, tzw. „Pakt czterech" na rzecz dobrych i etycznych usług pośrednictwa ubezpieczeniowego[37]. Umowa ta stworzyła zupełnie nową sytuację na rynku ubezpieczeniowym, gdyż podpisały ją podmioty, których interes pozornie jest sprzeczny – przedstawiciele pośredników sprzedających ubezpieczenia i obrońca interesów ubezpieczonych.

4.5. Kanon Dobrych Praktyk Rynku Finansowego

W wyniku współpracy trzydziestu organizacji reprezentujących szeroko rozumiany rynek finansowy, wśród nich organizacji zrzeszających podmioty oferujące produkty i usługi finansowe oraz organizacji i instytucji reprezentujących interesy klientów[38], w 2008 r. opracowany został Kanon Dobrych Praktyk Rynku Finansowego. Jest to zbiór 16 zasad uniwersalnych dla całego rynku finansowego, który wyraża podstawowe wartości i ideały etyczne przyświecające podmiotom finansowym, jednocześnie pozostawiając swobodę kształtowania szczegółowych zasad, specyficznych dla poszczególnych branż i sektorów rynku. Wartości te to przede wszystkim uczciwość, staranność i kompetencje, godność i zaufanie, zapobieganie konfliktom interesów, ochrona informacji o klientach, rzetelna reklama, uczciwa konkurencja, a także działania dla rozwoju rynku[39].

---

[34] http://www.pipuif.pl/.

[35] http://www.pipuif.pl/kodeks_etyki_lista.php.

[36] *Etyka pośrednika,* Nasz rynek kapitałowy 2006, nr 10; *Sprzedawcy z certyfikatem,* Wiadomości Ubezpieczeniowe 2006, nr 11/12.

[37] Szerzej http://www.gu.com.pl/index.php?option=content&task=view&id=17426&Itemid=174, Gazeta Ubezpieczeniowa, 26 października 2006 r.

[38] Uczestnicy instytucjonalni prac nad Kanonem Dobrych Praktyk Rynku Finansowego to m.in.: Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, Federacja Konsumentów, Komisja Nadzoru Finansowego, Polska Izba Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Polska Izba Ubezpieczeń, Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Związek Banków Polskich, itp.

[39] Pełna wersja kanonu jest dostępna na stronie: http://www.knf.gov.pl/dla_rynku/kanon_praktyk/index.html.

Na wstępie Kanonu podkreślono, iż podstawą zrównoważonego rozwoju i bezpieczeństwa rynku jest etyczny wymiar działań podmiotów finansowych. Większość zasad zawartych w kanonie odnosi się do działań instytucji finansowych w odniesieniu do klientów (uczciwość, szacunek, rzetelność, godność, zaufanie). Pozostałe punkty kanonu odnoszą się do relacji podmiotów finansowych w odniesieniu do swoich pracowników i współpracowników (poszanowanie i odpowiedzialność) oraz konkurencji (dobre obyczaje kupieckie, zasady uczciwej konkurencji).

Komisja Nadzoru Finansowego zarekomendowała podmiotom finansowym przyjęcie Kanonu do stosowania. Zadaniem Kanonu jest wprowadzenie jasnych, transparentnych zasad, praktyk i zachowań dla instytucji finansowych. Dzięki temu można domniemywać, iż wszyscy, którzy zobowiążą się do stosowania Kanonu, będą musieli zweryfikować swoje dotychczasowe metody i procedury, które są sprzeczne z jego treścią. Warto podkreślić, że zgodnie z wyżej cytowanym art. 7 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, instytucja finansowa z chwilą ogłoszenia, iż przyjmuje do stosowania zasady Kanonu, automatycznie zobowiązuje się do przestrzegania i stosowania poszczególnych zasad w nim zawartych. W przeciwnym razie jej działanie będzie uznane za nieuczciwą praktykę rynkową. Tak więc od momentu przyjęcia przez dany zakład ubezpieczeń, brokera czy agenta ubezpieczeniowego kodeksu dobrych praktyk, ich działalność będzie można weryfikować pod względem przestrzegania zasad zawartych w Kanonie.

Bez wątpienia przyjęcie Kanonu powinno – przynajmniej w teorii – poprawić jakość działania różnych podmiotów finansowych. Jest ono gwarancją wysokiej jakości świadczonych usług, gdyż dobrowolnie przyjęte regulacje działają skuteczniej niż urzędowo nałożone nakazy i zakazy[40].

4.6. Zasady Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych Polskiej Izby Ubezpieczeń

W 2009 r. Walne Zgromadzenie Polskiej Izby Ubezpieczeń opracowało i przyjęło Zasady Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych. Na uwagę zasługuje, iż jednocześnie powołało Radę Dobrych Praktyk, do zadań której należy monitoring sposobu stosowania przez zakłady ubezpieczeń Zasad Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych, a w razie takiej potrzeby również inicjowanie działań zmierzających do podniesienia standardów przestrzegania Zasad Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych przez zakłady ubezpieczeń.

Kodeks Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych nie poprzestaje na ogólnych wskazaniach. Zostały w nim uwypuklone i uszczegółowione te elementy, które okazały się szczególnie ważne z uwagi na specyfikę działalności ubezpieczeniowej. Odnoszą się one w szczególności do postępowania zakładów ubezpieczeń – odpowiednio do wszystkich osób działających w ich imieniu, na ich rzecz lub ich rachunek – w relacjach:

- z klientami;
- z pośrednikami ubezpieczeniowymi;
- z organem nadzoru i Rzecznikiem Ubezpieczonych;
- z mediami;
- z innymi zakładami ubezpieczeń.

W odniesieniu do relacji z klientami podkreślono m.in. istotę ochrony dóbr i słusznych interesów klientów oraz sposób rozpatrywania skarg oraz rozstrzygania sporów. Zwrócono uwagę również na dbałość o właściwe relacje z pośrednikami ubezpieczeniowymi, gdyż jakość ich pracy bezpośrednio wpływa na renomę i wiarygodność całego rynku ubezpieczeń, a jakiekolwiek nieprawidłowości w tym zakresie szkodzą interesom zakładów ubezpieczeń.

[40] Na liście podmiotów nadzorowanych przez KNF, które zadeklarowały stosowanie Kanonu był wg stanu na dzień 06.01.2010 r. tylko jeden zakład ubezpieczeń – MTU Moje Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w Sopocie.

Trzykrotnie zaakcentowano konieczność podejmowania działań na rzecz rozwoju świadomości ubezpieczeniowej w społeczeństwie, tj. zarówno w relacjach z klientami, jak i organem nadzoru, Rzecznikiem Ubezpieczonych i mediami. Wysoka świadomość ubezpieczeniowa w społeczeństwie pozwala na wyeliminowanie wielu niepotrzebnych sporów, jest również gwarancją wysokiej jakości świadczonych usług ubezpieczeniowych. Kto inny, jak „dobrze znający się na rzeczy" klient najbardziej zadba o to, aby zakład ubezpieczeń dostarczał mu usług wysokiej jakości.

Z uwagi na dużą szczegółowość zawartych w kodeksie zasad, jego respektowanie może być sprawdzalne. Warto podkreślić, iż zakłady ubezpieczeń będąc świadome, iż są instytucjami szczególnego zaufania, postawiły sobie za zadanie prowadzenie swojej działalności nie tylko zgodnie z przepisami prawa, ale również z poszanowaniem Zasad Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych i najwyższych standardów rynkowych. Jest to szczególne ważne z uwagi na konieczność budowania zaufania[41] przez zakłady ubezpieczeń, które jest podstawą wszelkich relacji wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego.

Istotne jest, iż zasady te zostały formalnie przyjęte przez wszystkie zakłady ubezpieczeń. Ich treść świadczy o dążeniu całego rynku ubezpieczeniowego do coraz lepszej współpracy opartej na prawidłowych relacjach między wszystkimi podmiotami, wypracowywania wspólnych standardów postępowania oraz rozstrzygania sporów na drodze polubownej. Zakłady ubezpieczeń mają ponadto informować klientów o Zasadach Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych oraz działalności Rady Dobrych Praktyk i jej kompetencjach. Ponadto, zgodnie z ustawą o nieuczciwych praktykach rynkowych, jeśli ubezpieczyciel poda informację, że zobowiązał się do przestrzegania kodeksu dobrych praktyk, a będzie to niezgodne z prawdą, zostanie to uznane za nieuczciwą praktykę rynkową.

Według powszechnej opinii, zakłady ubezpieczeń powinny stale potwierdzać zaufanie, jakim zostały obdarzone przez klienta, a stosowanie przyjętych Zasad pozwoli na wzmacnianie w oczach klienta obrazu ubezpieczyciela jako rzetelnej i godnej zaufania firmy[42].

4.7. Dobre Praktyki Bancassurance

Z roku na rok rośnie liczba umów ubezpieczenia zawieranych w związku z usługami świadczonymi przez banki. Jednak współpraca bankowo–ubezpieczeniowa stanowi również coraz większe zagrożenie dla konsumentów. Obserwacja dotychczasowej praktyki m.in. przez Rzecznika Ubezpieczonych dowiodła, iż do najczęściej pojawiających się naruszeń interesów konsumentów dochodzi w szczególności w aspekcie[43]:

- dostarczania wystarczających informacji o ochronie ubezpieczeniowej, z której korzysta klient banku;
- dobrowolności w zakresie zawarcia umowy ubezpieczenia przez konsumenta;
- wpływu konsumenta na wybór ubezpieczyciela;
- dostosowania ochrony ubezpieczeniowej do potrzeb konsumenta;
- sposobu finansowania ochrony ubezpieczeniowej.

W związku z pojawiającymi się nieprawidłowościami, w trosce o dobro i bezpieczeństwo klientów, w 2009 r. Związek Banków Polskich i Polska Izba Ubezpieczeń stworzyły rekomendację Dobrych Praktyk na Polskim Rynku Bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych

[41] E. Świtalska, *Rola zakładów ubezpieczeń jako instytucji zaufania publicznego,* Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005, http://www.cebi.pl/.

[42] *Ustanowiono Zasady Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych,* Bankier.pl, 23 czerwca 2009 r.

[43] M. Więcko, *Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych – co dalej?*, Monitor Ubezpieczeniowy 2009, nr 37.

powiązanych z produktami bankowymi. Dobre praktyki mają zapewniać wysoką jakość usług świadczonych przez banki w zakresie oferowania produktów ubezpieczeniowych, które powiązane są bezpośrednio z produktami bankowymi [44].

Przestrzeganie Dobrych Praktyk ma za zadanie:

- chronić ekonomiczne i prawne interesy ich klientów;
- przeciwdziałać stosowaniu nieuczciwych praktyk rynkowych;
- zagwarantować należytą staranność działań personelu[45].

Rekomendacja ta obejmuje znaczną część rynku bancassurance, tj. segment ubezpieczeń grupowych. Jednak poza regulacją pozostają inne ubezpieczenia związane z usługami bankowymi. Można mieć nadzieję, iż wprowadzenie dobrych praktyk wyeliminuje wiele nieprawidłowości, które w znacznej części wynikają z nienależytego informowania klienta o warunkach proponowanego ubezpieczenia.

4.8. Zasady Dobrych Praktyk Assistance

Po wejściu w życie „Rekomendacji Dobrych Praktyk Bancassurance", przeanalizowano kolejną sferę działalności powiązaną z rynkiem ubezpieczeniowym – rynkiem firm assistance. W 2010 r. firma Europ Assistance Polska przy współpracy Związku Banków Polskich, Polskiej Izby Ubezpieczeń oraz Centrum Etyki Biznesu Akademii Leona Koźmińskiego opracowała Zasady Dobrych Praktyk Assistance[46]. W zasadach tych określono reguły postępowania firm assistance (świadczących usługi pomocowe) w stosunku do klientów, partnerów biznesowych, konkurentów oraz mediów. Normy postępowania w stosunku do klientów zawarte w kodeksie opierają się w szczególności na:

- dbałości o dobro klienta ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania jego godności osobistej oraz ochrony danych personalnych;
- udzielaniu pomocy natychmiastowo, profesjonalnie i skutecznie, co w efekcie prowadzi do satysfakcji klienta i zaspokojenia jego potrzeb;
- jasnym i pełnym informowaniu klienta o przysługujących mu prawach i świadczeniach.

Poziom usług świadczonych przez firmy assistance jest bardzo istotny, gdyż w wielu sytuacjach to przez pryzmat tych usług klienci oceniają jakość usług ubezpieczeniowych. W przypadku zaistnienia zdarzeń losowych, klienci niejednokrotnie korzystają jedynie z usług firm assistance dzięki polisie wykupionej w zakładzie ubezpieczeń, który w takich sytuacjach jest tylko pośrednikiem. W efekcie jednak często utożsamiają działalność firmy świadczącej usługi assistance i zakładu ubezpieczeń. Stąd też w zasadach dobrych praktyk podkreślono, iż działalność w zakresie oferowania usług assistance ma być prowadzona z zachowaniem najwyższej staranności, a osoby i podmioty realizujące te usługi posiadały odpowiednie kompetencje i przestrzegały zasad etyki zawodowej.

5. Wzorce relacji z klientami na rynku usług ubezpieczeniowych w świetle kodeksów deontologicznych

Kodeksy deontologiczne funkcjonujące na rynku usług ubezpieczeniowych mają za zadanie porządkowanie relacji występujących pomiędzy poszczególnymi uczestnikami tego rynku, w szczególności w relacjach z klientami. W najnowszych kodeksach jak: Kanonie Dobrych Praktyk Rynku Finansowego, Zasadach Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych oraz w Zasadach Dobrych Praktyk

[44] http://www.zbp.pl/.

[45] *Rekomendacja Dobrych Praktyk na Polskim Rynku Bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi,* Klub Bankowca, Warszawa, 28 kwietnia 2009.

[46] http://www.europ–assistance.pl/zasady.php.

Assistance, które powstawały kolejno w latach 2008/2009/2010, najwięcej miejsca poświęcono relacjom usługodawcy z klientami. Poniższe zestawienie zawiera wymogi dobrych praktyk rynkowych w odniesieniu do klientów zawartych w wyżej wymienionych dokumentach.

Kanon Dobrych Praktyk Rynku Finansowego KNF – 2008 r.	**Zasady Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych PIU – 2009 r.**	**Zasady Dobrych Praktyk Assistance Europ Assistance – 2010 r.**
– prowadzenie działalności uczciwie i rozważnie, z poszanowaniem słusznego interesu klientów,	– dokładanie wszelkich starań, by dobra i słuszne interesy klientów nie doznały uszczerbku,	– dbałość o najwyższą jakość obsługi Klienta i oferowanych usług,
– nie nadużywanie swojej dominującej pozycji wynikającej z przewagi zasobów,	– nie nadużywanie przysługujących praw, wykonując je z najlepszymi intencjami,	
– postępowanie w sposób budzący zaufanie oraz zapewniający poszanowanie godności klientów, dbając o przejrzystość swoich działań,	– budowanie zaufania klientów wobec zakładów ubezpieczeń przy wykonywaniu swojej działalności,	– dbałość o dobro klienta ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania jego godności osobistej,
– stosowanie wobec klientów jednolitych, merytorycznie uzasadnionych kryteriów,	– nie stosowanie nieuzasadnionego różnicowania warunków usług świadczonych na rzecz poszczególnych klientów,	– równe traktowanie wszystkich klientów,
– starannie, rzetelnie i terminowo rozpatrywanie reklamacji klientów,	– rozpoznawanie skarg na swoją działalność bez zbędnej zwłoki, rzetelnie i w dobrej wierze, odpowiadając na stawiane zarzuty,	– w przypadku reklamacji klienta, wyjaśnianie ich bez zbędnej zwłoki i z należytą starannością,
– korzystanie w miarę potrzeby z mediacyjnych i polubownych form rozstrzygania sporów,	– dokładanie wszelkich starań, aby rozstrzyganie sporów z klientami następowało w trybie ugodowym,	– dążenie do rozwiązywania wzajemnych sporów na drodze polubownej,
– dbałość o to aby przekazywane informacje reklamowe były rzetelne i nie wprowadzały w błąd,	– dbałość o przejrzyste i jednoznaczne formułowanie wzorców umownych i dokumentów o charakterze reklamowym,	– niestosowanie reklamy, która może wprowadzać w błąd,
– dążenie do jak najlepszego poznania potrzeb klientów w celu jak najlepszego dostosowania oferty do sytuacji klientów,		– dbałość o natychmiastowe, profesjonalne i skuteczne udzielanie pomocy, czego efektem jest satysfakcja klienta i zaspokojenie jego potrzeb,
– zapewnianie klientowi jasnej i rzetelnej informacji o oferowanych produktach i usługach oraz o związanych z nimi kosztach, ryzyku i możliwych do osiągnięcia korzyściach, ułatwiając klientowi dokonanie właściwego wyboru,	– udzielanie klientom wyjaśnień o świadczonych usługach, w tym o korzyściach i możliwych konsekwencjach związanych z korzystaniem z tych usług, jak również o prawach i obowiązkach klientów zakładów ubezpieczeń,	– jasne i pełne informowanie klienta o przysługujących mu prawach i świadczeniach,
– ochrona informacji o klientach i dbałość o to, by informacje były wykorzystywane zgodnie z prawem,		– dbałość o dobro klienta ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych personalnych i informacji poufnych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie tekstów kodeksów.

Z powyższego zestawienia wynika, iż wzorce relacji z klientami występujące w Kanonie Dobrych Praktyk Rynku Finansowego, w Zasadach Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych oraz w Zasadach Dobrych Praktyk Assistance w większości pokrywają się, a różnice wynikają jedynie z uszczegółowienia niektórych praktyk w odniesieniu do specyfiki danych usług. We wszystkich tych kodeksach na pierwsze miejsce wysuwa się dbałość o dobro klientów oraz chęć pełnego zaspokojenie ich potrzeb, zarówno w trakcie świadczenia usług, jak i w przypadku ewentualnych reklamacji czy sporów oraz przekazywanych informacji. Wszędzie też podkreśla się chęć zapewniania klientom jasnej i rzetelnej informacji o oferowanych usługach, jak również o przysługujących im prawach i obowiązkach względem usługodawcy.

Funkcjonujące na rynku ubezpieczeniowym jeszcze przed wprowadzeniem Kanonu Dobrych Praktyk Rynku Finansowego i Zasad Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych, kodeksy etyki zawodowej zawierały bardziej ogólne zasady postępowania, także w zakresie relacji z klientami, np. w Kodeksie Etyki Zawodowej Brokera z 1998 r. podkreślono przede wszystkim, iż brokerzy podejmują działania w dobrej wierze, nacechowane szacunkiem i w poczuciu najlepszego wykorzystania swojej wiedzy, mając za podstawowy cel interes klienta, którego dobro stawiane jest na pierwszym miejscu. Zapewniają ponadto kompetentną i odpowiedzialną obsługę klienta poprzez dobór kadr, organizację pracy i kontrolę wewnętrzną. W powstałym kilka lat później Kodeksie Etyki Pośrednika Ubezpieczeniowego i Finansowego zwrócono również uwagę na podejmowanie działań w interesie klienta, którego dobro stawiane jest na pierwszym miejscu oraz utrzymywanie w ścisłej poufności wszelkich danych osobowych i biznesowych uzyskanych w związku ze świadczeniem usług.

Natomiast Dobre Praktyki Bancassurance (2009) w porównaniu z innymi kodeksami deontologicznymi powiązanymi z rynkiem usług ubezpieczeniowych zawierają bardzo szczegółowe zasady postępowania w relacji bank – klient i dotyczą jedynie sytuacji, gdy bank występuje w roli ubezpieczającego, oferując swoim klientom grupowe umowy ubezpieczenia. Tekst kanonu został opracowany w taki sposób, aby konsumenci mogli z łatwością zapoznać się ze swoimi prawami w relacjach z bankami świadczącymi pewien rodzaj usług z obszaru bancassurance. Może to wynikać z sytuacji, iż obowiązujące w Polsce prawo jest w tym zakresie stosunkowo mniej szczegółowe a stosowane jest coraz szerzej, obecnie już w stosunku do kilku milionów klientów banków.

Zakończenie

W ostatnich latach powstała w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej[47], spora ilość kodeksów deontologicznych odnoszących się do rynku ubezpieczeniowego (zakładów ubezpieczeń, pośredników ubezpieczeniowych) i podmiotów z nim współpracujących (banków, firm assistance).

Mimo istnienia w społeczeństwie systemu prawnego, moralnego i obyczajowego, istotne jest tworzenie kodeksów deontologicznych, które uwzględniają specyfikę danej branży czy danej profesji. Tworzenie kodeksów deontologicznych ma pomóc w uświadomieniu wszystkim uczestnikom rynku ubezpieczeniowego, iż stosowanie moralnie godziwych praktyk jest opłacalne, gdyż buduje wzajemne zaufanie, które jest podstawą budowania wszystkich prawidłowych i długo-

[47] Np. *The Code of Ethics for The Life Insurance by The Institute for Insurance Ethics, The Good Practice Guidance by The Association of British Insurance, The Good Practice for Insurance Claim Management by The OECD Insurance Committee, Claims Best Practices Guide by The Association of Insurance and Risk Managers, etc.* Zagadnienie to wymaga odrębnego opracowania, gdyż wykracza poza ramy niniejszego artykułu.

trwałych relacji. Przyjęcie przez wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego i zobowiązanie do respektowania zasad etycznych jest swego rodzaju certyfikatem jakości świadczonych usług.

Dużą stratą byłoby, gdyby już wypracowane i przyjęte przez rynek ubezpieczeniowy kodeksy pomnożyły tylko plik bezużytecznych przepisów i procedur zalegających w segregatorach każdej instytucji. Unikaniu tworzenia takich kodeksów mogłoby służyć formułowanie w nich sankcji przewidzianych za naruszenie dobrych praktyk. Sankcją za umyślne naruszenie tych praktyk mogłoby być nakładanie kar finansowych, a nawet pozbawienie prawa wykonywania danego zawodu[48].

Bardziej pesymistycznie nastawieni uczestnicy rynku ubezpieczeniowego mogliby stwierdzić, że nie ma sensu wprowadzać kodeksów dobrych praktyk, skoro i tak nadal mają miejsce złe praktyki. Warto wówczas podkreślić, ze żaden kodeks nie usunie zła, jednak powinien je w jak największym stopniu ograniczać. Trudno wyobrazić sobie państwo lub inny podmiot, które widząc, że w jakiejś dziedzinie dochodzi do nadużyć, nie zareaguje poprzez tworzenie przepisów ograniczających niewłaściwe zachowania. Dopuszczający się nadużyć czuliby się bezkarni, a swoje zachowanie mogliby uznać za normę. Wtedy niewłaściwe zachowania będą się rozprzestrzeniać powodując coraz większe szkody.

Na zakończenie warto dodać, iż prowadzenie działalności w zgodzie z kodeksem etycznym to duże wyzwanie, bowiem – w istocie rzeczy – interes wszystkich podmiotów gospodarczych, w tym także podmiotów działających na rynku ubezpieczeniowym – przynajmniej bezpośrednio – jest inny niż interes klienta, którego dobro – zgodnie z kodeksem etycznym – ma być stawiane na pierwszym miejscu. Jeżeli jednak zakłady ubezpieczeń będą miały świadomość swojego interesu w szerszym tego słowa znaczeniu i w dalszej perspektywie, sprzeczność występująca pomiędzy interesem firmy a interesem klienta okaże się tylko pozorna. Dbałość zarówno o interes własny jak i klienta w dalszej perspektywie stabilizuje rynek, który, opierając się na wzajemnym zaufaniu wszystkich podmiotów na nim działających, może się rozwijać lepiej aniżeli tylko w oparciu o regulacje *stricte* prawne, nawet w najdoskonalszym wydaniu.

Mgr inż. **Joanna Iwko,** Wrocław

[48] Sankcje takie przewiduje zarówno Kodeks Etyki Zawodowej Brokera, jak i Kodeks Etyki Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych. Kanon Dobrych Praktyk Rynku Finansowego nie przewiduje żadnych sankcji za naruszenie dobrych praktyk, natomiast jednym z zadań Rady Dobrych Praktyk powołanej przez członków PIU jest jedynie monitoring stosowania przez zakłady ubezpieczeń Zasad Dobrych Praktyk Ubezpieczeniowych.

Summary of the article

Codes of dentology on the Polish insurance market

Since the late 1990s of the XXth century a number of dentology codes pertaining to the insurance service and referring subjects have been introduced.

They are becoming more and more prevailing tool applied to regulate the way Polish entrepreneurs operate. Thereto, they are considered to play a very important role in the economic activity, as they are supportive and supplementary elements to the legal system in particular areas of business activity. Codes of good practice in a given line of business are formulated on the basis of binding legal provisions, with a special attention paid to moral and social aspects. Accordingly, there is much reference and number of common features between mentioned codes and legal systems existing in the society.

Subjects of the insurance market, due to the character of their economic activity, are required not only to create positive image, but first of all to enhance ethical dimension of their service. It is of big importance for the customers to be confident about institutions they entrust their assets to, and feel that they can rely on the intermediaries with whom they are in contact. Application of good practices increase the transparency of the insurance service and is the basic element enhancing the stability and safety of all participants of the market.

Justyna Witkowska

Ocena jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii klientów

1. Pojęcie jakości usług

Sukcesem przedsiębiorstwa jest zadowolony klient, przekonany do oferty firmy. Czynnikiem mającym duży wpływ na świadomość klienta jest jakość dostarczonych produktów/usług. Odgrywa ona bardzo ważną rolę w różnych dziedzinach życia. Ze względu na różnice w postrzeganiu jakość bywa oceniana subiektywnie. Klienci mają do wyboru bardzo szeroką gamę produktów i usług. Należy pamiętać, że to oni podejmują decyzję o wyborze danego dobra na podstawie własnego postrzegania jakości i wartości im oferowanych[1].

Często jakość jest przedstawiana w dwóch perspektywach (ze względu na podmioty). Mówimy wówczas o jakości wewnętrznej, postrzeganej z perspektywy przedsiębiorstwa (spełnienie wymogów, norm, przepisów prawnych) oraz jakości zewnętrznej o której decyduje klient[2].

Jakość produktu/usługi jest wymieniana (oprócz oczekiwań klienta i dostarczanej informacji) jako jeden z ważnych czynników decydujących o zadowoleniu klienta[3]. W odniesieniu do jakości produktu można stwierdzić, że punkt odniesienia stanowi przekonanie klienta do tego, co firma jego zdaniem powinna mu dostarczyć. Teorie zarządzania z ostatnich lat (np.: *Business–Reenginering, Kaizen, Lean–Management lub Total–Quality–Management*) przedstawiają satysfakcję klienta jako centralny czynnik sukcesu przedsiębiorstwa[4]. Postrzegana jakość wpływa w sposób bezpośredni lub pośredni na poziom odczuwanego przez konsumenta zadowolenia[5]. J. Brilman postrzega jakość na czterech poziomach[6]:

1. Jakość zgodna ze specyfiką;
2. Satysfakcja klientów;
3. Jakość i wartość postrzegane przez rynek i porównywane z konkurencją;
4. Zarządzanie wartością dla klienta.

---

[1] E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002, s. 89.

[2] A. Jonas, *Jakość usług,* (w:) A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing usług*, Oficyna Ekonomiczna Wolters Kluwer, Kraków 2006, s. 115.

[3] Zob. A. Steward, *Czy satysfakcja klienta to tylko spełnienie jego oczekiwań?*, Studia i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, nr 2, s. 44-45.

[4] B. Pawłowska, A. Strychalska-Rudzewicz, *Badania satysfakcji klienta w systemie zarządzania jakością*, Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu 2005, t. VII, z. 3, s. 131.

[5] R. Furtak, *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa 2003, s. 154.

[6] Zob. J. Brilman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2001, s. 110-112.

W przypadku usług E. Gummesson wprowadza zaś cztery parametry jakości[7]:

- jakość projektu;
- jakość wykonania;
- jakość dostawy;
- jakość relacji.

R. Furtak dodaje do tego jeszcze jeden parametr – dostępność usług[8]. Koncepcja TQM[9] zakłada, że nie ma akceptowalnego poziomu jakości, ponieważ potrzeby i oczekiwania klienta są zmienne i ulegają ewaluacji. Przyjęcie filozofii TQM ma sens tyko wtedy, gdy obejmuje ona wszystkich i wszystko w organizacji. Jakość jest wówczas rozumiana jako dążenie do całkowitej satysfakcji klienta (zadowolenie klienta zewnętrznego i wewnętrznego – pracowników)[10].

Należy podkreślić, że jakość nie jest pojęciem tożsamym z satysfakcją klienta. Oznacza to, że określony standard jakości nie musi powodować zadowolenia klienta. Główna różnica w terminach „satysfakcja" i „jakość" odnosi się do długości trwania efektu, który to w przypadku satysfakcji może wiązać się z pojedynczą transakcją/zdarzeniem, zaś w przypadku jakości utożsamiany jest zwykle w odniesieniu do jakiegoś standardu i zakłada długoterminową powtarzalność poziomu wykonania. Można więc uznać, że satysfakcja jest pojęciem mniej stabilnym niż jakość. Można także założyć, że satysfakcja jest odczuciem konsumenta po skorzystaniu z usługi, a w związku z tym zawiera więcej substancji emocjonalnej niżeli jakość, w związku z tym analizowana jest z perspektywy wewnętrznej – osobiste doświadczenie[11].

E. Skrzypek określa jakość jako „spełnienie wymagań i oczekiwań każdego klienta, to droga prowadząca do jego zadowolenia, a zadowolenie to bardzo dobra i wiarygodna miara jakości"[12].

2. Jakość usługi ubezpieczeniowej

Towarzystwa ubezpieczeń jako instytucje działające na rynku finansowym winny świadczyć usługi o najwyższej jakości. Wysoki poziom jakości usług ubezpieczeniowych zapewni ubezpieczycielom sprawne funkcjonowanie oraz dużą liczbę klientów, którzy przekazują swoje ryzyko na rzecz zakładu ubezpieczeń. W wyniku tej transakcji w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem klientowi zostanie wypłacone odszkodowanie lub świadczenie.

Precyzyjne określenie jakości usług ubezpieczeniowych przysparza wiele trudności. Badania naukowe prowadzone w różnych krajach dowodzą, że opinie pozyskiwane od klientów o wyrobach, świadczonych usługach, a także reklamacje stanowią podstawę informacji o jakości oferty rynkowej danego przedsiębiorstwa.

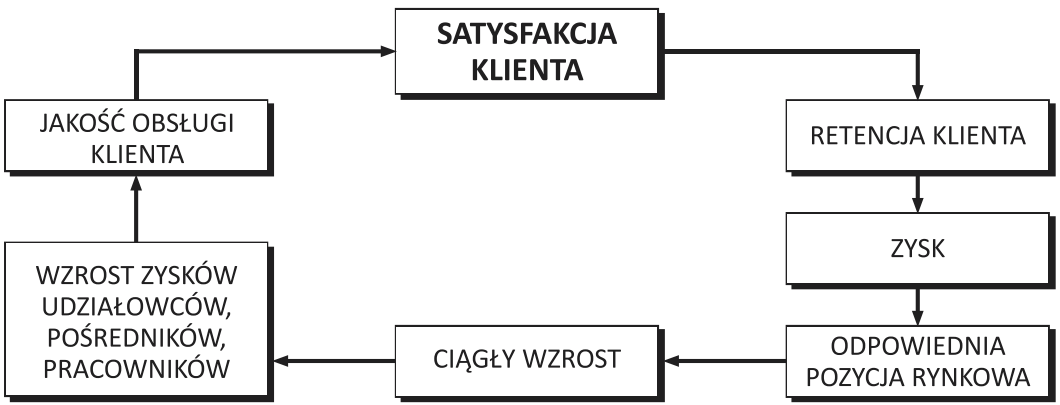
To klient decyduje o tym, co dla niego oznacza jakość. Przy badaniach satysfakcji klienta jednym z najważniejszych czynników wpływających na zadowolenie jest postrzeganie przez klienta jakości produktu/usługi. „Europejski wskaźnik zadowolenia klienta", ustalany jest na podstawie jakości postrzeganej przez klienta, ceny, reklamacji i lojalności[13]. Zatem, aby przedsiębiorstwo mogło odnieść sukces na rynku ważne jest aby dbało o swoich klientów prowadząc badania

[7] M. Huczek, *Jakość usług*, Ekonomika i Humanistyka WSMiZ, Bielsko-Biała 2000, s. 74.
[8] R. Furtak, *op. cit.*, s. 213.
[9] TQM - Total Quality Management – Kompleksowe Zarządzanie Jakością.
[10] M. Juraszek, *Satysfakcja klienta a jakość*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec 2005, z. 7-1, s. 64.
[11] J. Otto, *Jakość a rentowność relacji klientem*, Marketing i Rynek 1999, nr 3, s. 7-9.
[12] E. Skrzypek, *op. cit.*, s. 9.
[13] *Ibidem*, s. 78.

zadowolenia klienta i uwzględniając opinie klientów przy konstruowaniu, unowocześnianiu, modyfikacji produktów i usług.

W dobie rozwoju gospodarki konkurencyjnej satysfakcja klienta powinna stanowić główny cel strategiczny towarzystwa (Rysunek nr 1.) do którego warto byłoby aby dążył każdy zakład ubezpieczeń. Klient, który zostanie całkowicie usatysfakcjonowany będzie dłużej korzystał z oferty danego zakładu. To z kolei przyniesie ubezpieczycielowi więcej korzyści, pozwoli mu być bardziej konkurencyjnym na rynku i zapewni ciągły wzrost. Sytuacja taka spowoduje wzrost zysków dla udziałowców oraz rozszerzenie możliwości dla sprzedawców i pozostałych pracowników towarzystw ubezpieczeń. W związku z tym ubezpieczyciel będzie miał silną pozycję na rynku, a klient otrzyma odpowiedniej jakości usługę ubezpieczeniową[14].

Rysunek nr 1. Strategia towarzystwa ubezpieczeń



Źródło: Opracowanie własne.

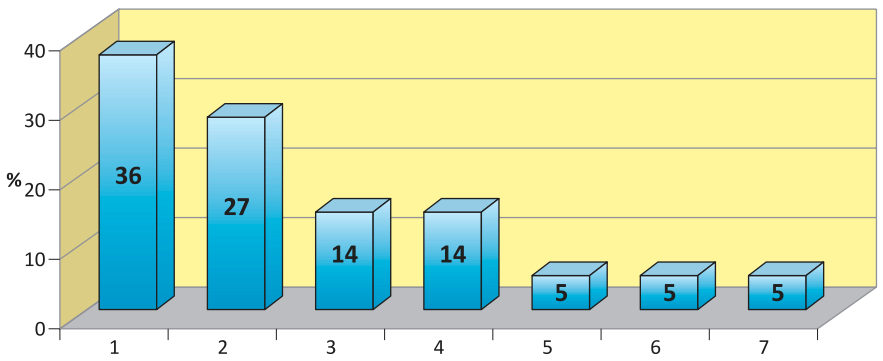
Jakość ma duże znaczenie, co wynika z wielu prowadzonych badań. Doskonalenie jakości usług ubezpieczeniowych jest czynnikiem najczęściej wymienianym przez klientów. Wpływa on na zwiększenie ich satysfakcji (Rysunek nr 2.)[15].

Podejście do jakości w przypadku usług oraz produktów jest inne. Jakość usług (zewnętrzna) związana jest z klientem, natomiast jakość produktu to jakość wewnętrzna (normatywna). „Jest to tendencja do uspołeczniania pojęcia jakości, rozwijania albo odchodzenia od podejścia skoncentrowanego na normalizacji oraz do postrzegania klienta jako odbiorcy i weryfikatora jakości usługi”[16]. Odmienne podejście do jakości usług i produktów wynika z cech usług, przede wszystkim z ich niematerialnego charakteru. W przypadku produktów materialnych określenie poziomu jakości jest łatwiejsze i precyzyjniejsze. Natomiast przy usługach pojawiają się trudności. Inna różnica wynika z nierozdzielności procesu świadczenia i konsumpcji usługi. Klient dopiero w trakcie konsump-

[14] L. Nieżurawski. B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar-Zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010, s. 274-275.
[15] J. Witkowska, *Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych*, TNOiK, Toruń 2008, s. 116.
[16] J. Garczarczyk, *Jakość usługi ubezpieczeniowej jako przesłanka zarządzaniem zakładem ubezpieczeń,* (w:) T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Poznań 2002, s. 291.

cji może przekonać się o jakości nabytej usługi. Oceny jakości produktów materialnych w wielu przypadkach można dokonać bez ich konsumowania, z kolei ocena usługi możliwa jest dopiero w fazie konsumpcji. „Wszystkie te elementy jeszcze raz wskazują na nieodzowność badania potrzeb, oczekiwań i oceny usługi dokonanej przez klienta jako głównego weryfikatora jakości”[17].

Rysunek nr 2. Działania jakie zakład ubezpieczeń powinien podjąć, aby zwiększyć satysfakcję swoich klientów



1. Doskonalić jakość
2. Udzielić zniżek i rabatów
3. Wzbogacić asortyment
4. Poprawić poziom obsługi skarg i zażaleń
5. Obniżyć cenę produktów ubezpieczeniowych
6. Poprawić jakość likwidacji szkód
7. Poprawić obsługę posprzedażową

Źródło: J. Witkowska, Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych, TNOiK, Toruń 2008, s. 117.

Określenie pojęcia jakości usług ubezpieczeniowych jest trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Problem ten wynika z cech charakteryzujących usługi ubezpieczeniowe: niematerialny charakter, nietrwałość, brak magazynowania, jednoczesność świadczenia i korzystania, nierozdzielność (na ogół) usługi z osobą wykonawcy, brak jednorodności, brak możliwości nabycia praw własności, trudności w standaryzacji i sformalizowaniu usługi, limitowana dostępność[18]. Jakość usługi ubezpieczeniowej należy rozumieć jako zdolność do zaspokajania potrzeb klienta w sposób przewyższający jego oczekiwania[19]. Jakość usług może być również określana jako stopień rozbieżności (luki) pomiędzy oczekiwaniami klienta a jego oceną. Dlatego też pomiar jakości usług jest możliwy do realizacji wówczas kiedy nastąpi weryfikacja jakości dostarczonej z jakością postrzeganą (oceną) przez klienta. Usługa ubezpieczeniowa, tak jak inne usługi, dostarcza korzyści, które decydują o zakupie. W przypadku ubezpieczeń oczekiwanymi korzyściami mogą być: ochrona życia i majątku ubezpieczonego polegająca na zabezpieczeniu siebie i swojej rodziny.

[17] *Ibidem*, s. 291.
[18] J. Witkowska, *Marketing usług ubezpieczeniowych,* (w:) E. Kucka (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2009, s. 100.
[19] *Ibidem*, s. 101.

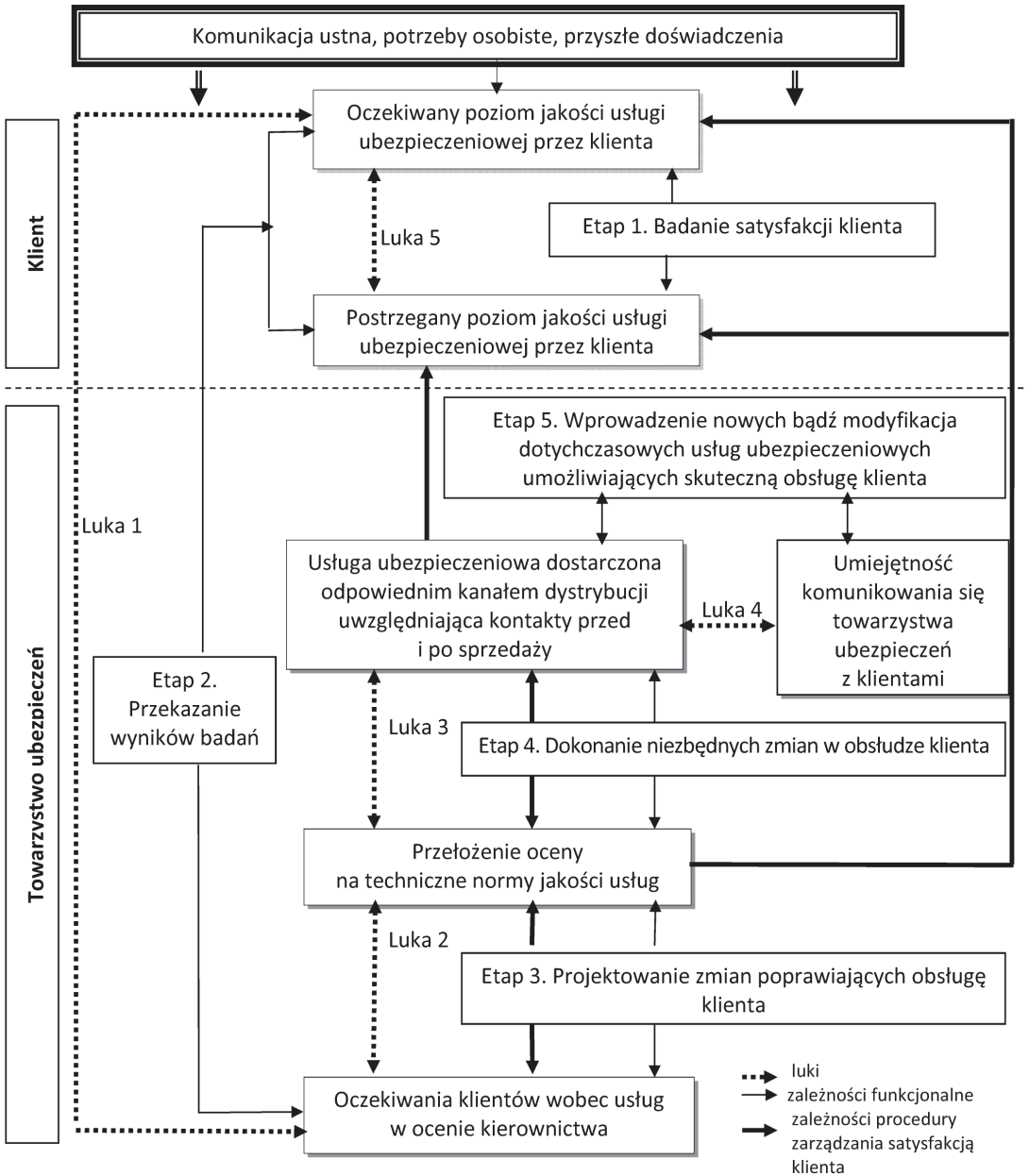
3. Kryteria oceny jakości

Według mnie o poziomie oceny jakości usługi ubezpieczeniowej decyduje:

- informacja o usługach, które ubezpieczyciel posiada w swojej ofercie, powinna być jasno, zrozumiale sformułowana;
- dostępność usługi, czyli dogodna lokalizacja placówek zakładów ubezpieczeń, ich oddziałów czy filii, odpowiedni czas otwarcia, jak również krótkie oczekiwanie na wykonanie usługi;
- kompetencja pracowników (pracowników towarzystw ubezpieczeń, pośredników), która polega na dysponowaniu niezbędną wiedzą i umiejętnościami;
- empatia pracowników, a więc znajomość i przewidywanie potrzeb klientów, a także łatwość kontaktu;
- uprzejmość, grzeczność i szacunek okazywane klientowi;
- realność usługi ubezpieczeniowej, a więc świadczenie ochrony ubezpieczeniowej polegające na zapewnieniu klienta, iż w momencie wystąpienia ryzyka objętego warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaci świadczenie bądź odszkodowanie;
- poziom finansowego pokrycia strat, w którym chodzi o pełną ochronę ubezpieczeniową, dzięki której ubezpieczony nie byłby zmuszony do pokrywania zaistniałych szkód losowych z własnych środków;
- sprawność likwidacji szkód;
- termin realizacji wypłaty odszkodowania, czyli szybkość i rzetelność;
- zaufanie zarówno do towarzystwa ubezpieczeń, jak i jego pracowników, pośredników;
- odpowiedzialność ubezpieczycieli, którzy działają szybko i fachowo, uwzględniając oczekiwania nabywców;
- rodzaj stosowanych środków materialnych, czyli stan placówki i wyposażenie;
- limitowana dostępność produktów ubezpieczeniowych – różnego rodzaju ograniczenia wprowadzane przy ubezpieczeniach dobrowolnych przez zakłady ubezpieczeń;
- indywidualny poziom ceny uwzględniający wnoszone ryzyko przez ubezpieczającego.

Jakość usług może być rozumiana również jako różnica między oczekiwaniami klienta co do tego jaka miałaby być usługa, a rzeczywistym stanem dostarczonej usługi. Zależność tą przedstawia model pięciu luk jakości (Rysunek nr 3.) zaprezentowany przez A. Parasurmana, V.A. Zeithaml, L. Berry'ego ukazujący w jaki sposób dochodzi do utraty jakości w organizacji.

Rysunek nr 3. Model Jakości Usług



Źródło: Opracowanie na podstawie: J. Witkowska, Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych, TNOiK, Toruń 2008, s. 141.

Zaprezentowane luki określono jako[20]:

- Luka 1 – różnica pomiędzy oczekiwaniami ubezpieczającego/ubezpieczonego a postrzeganiem tych oczekiwań przez osoby zarządzające zakładem ubezpieczeń;
- Luka 2 – różnica pomiędzy postrzeganiem oczekiwań ubezpieczającego/ubezpieczonego przez osoby zarządzające towarzystwem ubezpieczeń a cechami fizycznymi usługi ubezpieczeniowej (standaryzacja);
- Luka 3 – różnica pomiędzy specyfikacją jakości usług ubezpieczeniowych a rzeczywistym poziomem dostarczonej usługi;
- Luka 4 – różnica pomiędzy poziomem faktycznie dostarczonej usługi ubezpieczeniowej a informacją przekazaną ubezpieczającemu/ubezpieczonemu na temat tej usługi;
- Luka 5 – różnica pomiędzy oczekiwaniami ubezpieczającego/ubezpieczonego a postrzeganymi przez niego usługami ubezpieczeniowymi.

Luki pojawiają się w poszczególnych etapach zarządzania satysfakcją klienta. W przypadku gdy prawdziwe oczekiwania klienta rozminą się z ich interpretacją dokonaną przez kierownictwo zakładu ubezpieczeń pojawia się luka 1. Jeżeli ubezpieczyciel w niewłaściwy sposób przełoży zidentyfikowane oczekiwania klienta na projektowanie jakości usług ubezpieczeniowych wówczas mamy do czynienia z luką 2. Następna luka (luka 3) występuje, gdy zakład nie przestrzega standardów jakości usług, które powinny być zachowane w procesie wykonywania usługi. Kolejna rozbieżność występuje w przypadku różnicy pomiędzy poziomem faktycznie dostarczanej usługi ubezpieczeniowej a informacją przekazaną klientowi na temat tej usługi (luka 4). Luka 5 dotyczy rozbieżności pomiędzy tym, co towarzystwo oferuje, a tym jakie są oczekiwania osób zainteresowanych zakupem ubezpieczenia.

Pierwsze cztery luki (1–4) odnoszą się do spadku jakości usługi w obrębie zakładu ubezpieczeń, z kolei luka piąta dotyczy poziomu jakości w ocenie klienta, czyli ubezpieczającego lub ubezpieczonego[21].

Jakość świadczonej przez organizację usługi została zaprezentowana w modelu jako luka piąta. Model jakości usług jest zorientowany na subiektywny odbiór jakości przez klientów. Jakość usługi jest niska, jeżeli dostarczona usługa nie spełnia subiektywnych oczekiwań klienta. Przekroczenie przez usługodawcę oczekiwań klienta jest najbardziej zadowalającą sytuacją. Można dokonać pomiaru wszystkich zaprezentowanych wyżej luk, jednak celem pracy jest przedstawienie luki piątej wykorzystując metodę Servqual, która służy badaniu jakości usług.

Autorzy metody Servqual[22] proponują definiowanie jakości usług za pomocą jej atrybutów. W drodze procesu badawczego wyodrębnili początkowo dziesięć, a w końcu jedynie pięć atrybutów jakości usług: materialność usługi (*tangibles*), niezawodność (*reliability*), reakcja na oczekiwania klientów (*responsiveness*), fachowość i zaufanie (*assurance*) oraz empatia (*empathy*). Powyższe atrybuty są nazywane przez autorów wymiarami jakości. Tak rozumiana usługa podkreśla te elementy, które wyraźnie odróżniają ją od wyrobu – jej niematerialny charakter.

4. Wyniki badań jakości usług ubezpieczeniowych

Celem przeprowadzonych badań było zmierzenie poziomu jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii klientów korzystających z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) posiadaczy pojazdów mechanicznych.

[20] J. Witkowska, *Metoda Servqual w badaniach satysfakcji klientów usług ubezpieczeniowych,* Problemy Jakości 2007, nr 10, s. 33.
[21] L. Nieżurawski, J. Witkowska, *Pojęcie satysfakcji klienta*, Problemy Jakości 2007, nr 7, s. 34.
[22] Metoda Servqual została opracowana przez A. Parashurmana, L. Berry'ego, V. Zeithaml w końcu lat 80. XX w.

Badania przeprowadzono na reprezentatywnej grupie 210 osób zamieszkujących województwo warmińsko–mazurskie. Zastosowano dobór warstwowy uwzględniając udział procentowy osób w danym wieku w przedziałach wiekowych (18–24, 25–44, 45–64, 65–80, 80 i więcej lat) w województwie. Warunkiem koniecznym było posiadanie przez badanych ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Badania przeprowadzono w okresie marzec–maj 2009 za pomocą metody Servqual. Wykorzystano kwestionariusz ankietowy składający się z 22 pytań zasadniczych, 5 pytań dotyczących ogólnej oceny ważności poszczególnych wymiarów oraz metryczki.

Klienci towarzystw ubezpieczeń wyrazili swoje opinie o usłudze ubezpieczeniowej. Opinie te były przedstawione w dwóch płaszczyznach: w pierwszej – jako usługa oczekiwana, jakiej klienci chcieliby doświadczyć, w drugiej – jako ocena doświadczonej usługi. Skala odpowiedzi kształtowała się od 1 do 7. Jeżeli ankietowani uważali, iż dana cecha nie jest ważna, zakreślali liczbę 1. Natomiast, jeśli ich zdaniem dana cecha jest wyjątkowo ważna zakreślali 7 (zgodnie ze skalą Likerta).

Ocena jakości usługi ubezpieczeniowej była możliwa dzięki obliczeniu różnicy pomiędzy oczekiwaniami a postrzeganiem świadczonej usługi, co jednocześnie pozwala na wychwycenie luki między tymi wartościami i wskazanie miejsca, w którym konieczne jest dokonanie udoskonaleń.

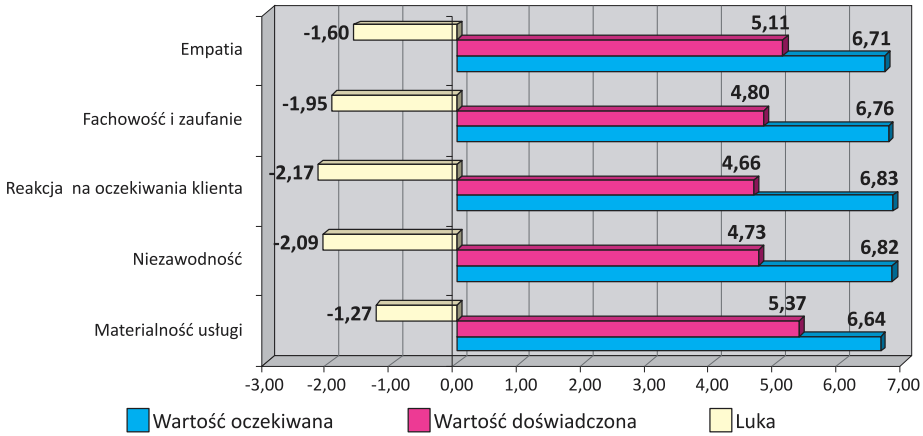
Dokonując analizy wyników badań posłużono się następującymi etapami:

1. Ustalono różnice pomiędzy kolejnymi, punktowo wyrażonymi oczekiwaniami i doświadczeniami (wynik = doświadczenie – oczekiwanie);
2. Wyliczono średnią dla różnicy punktów w każdym z analizowanych obszarów;
3. Obliczono średnią z badanych obszarów, tj. całkowitą arytmetyczną miarę jakości usług badanych metodą Servqual.

Poziom jakości usługi ubezpieczeniowej dla każdego z pięciu wymiarów jakości usługi ustalony na podstawie przeprowadzonych badań został zaprezentowany na Rysunku nr 4. W ocenie klientów korzystających z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych średni wynik dla wszystkich obszarów jakości usługi ubezpieczeniowej kształtował się na poziomie –1,82. Świadczy on o umiarkowanym dysonansie między oczekiwaniami i doświadczeniami nabywców w zakresie poszczególnych wymiarów jakości. Zatem oczekiwania klientów w zakresie usługi ubezpieczeniowej nie są w pełni zrealizowane, a ich jakość jest niezadowalająca.

Wymiar materialny osiągnął poziom najkorzystniejszy ze wszystkich wymiarów: –1,27, co świadczy o zwracaniu uwagi przez zakłady ubezpieczeń na materialny aspekt swojej działalności, taki jak np.: nowoczesne wyposażenie, atrakcyjny wygląd, prezencja pracowników, materiały reklamowe, które mają głównie za zadanie przyciągnąć klienta. Nie jest to sytuacja idealna, lecz badani w przypadku tego obszaru doświadczyli najmniejszego rozdźwięku między oczekiwaniami a postrzeganiem usługi ubezpieczeniowej. Obszar empatii uzyskał wynik: –1,6, który jest nieznacznie niższy od średniego wyniku Servqual. Informuje to, iż postrzeganie czynników wchodzących w skład obszaru empatii (m.in. indywidualne traktowanie każdego klienta, realizacja interesów klientów, rozumienie ich potrzeb) różni się od poziomu oczekiwanego na niekorzyść zakładu ubezpieczeń, jednak można określić je jako umiarkowane.

Rysunek nr 4. Poziom jakości usługi ubezpieczeniowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Według opinii osób posiadających ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obszary takie jak: reakcja na oczekiwania klientów i niezawodność usługi ubezpieczeniowej znajdują się na najniższym poziomie spośród analizowanych. Zaobserwowano największe różnice pomiędzy jakością doświadczoną i oczekiwaną w obszarze „reakcja na oczekiwania klienta", różnica ta wynosi –2,17 oraz obszarze „niezawodność", gdzie wynik wyniósł –2,09. Kolejna cecha – fachowość i zaufanie osiągnęła wynik –1,95, świadczy to również o niskim poziomie świadczenia usługi ubezpieczeniowej oraz braku spełnienia oczekiwań klientów w tym obszarze. Wyżej wymienione cechy przekroczyły średni wynik Servqual –1,82. Można zatem stwierdzić, iż mają one największy wpływ na negatywny poziom jakości usługi ubezpieczeniowej.

Posiłkując się metodą Servqual możliwe jest również przedstawienie średniego ważonego poziomu jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii klientów posiadających ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W tym celu (Tabela nr 1.):

1. Obliczono średnią wartość wag – respondenci biorący udział w badaniu rozłożyli 100 punktów pomiędzy pięć wymiarów jakości według ich ważności;
2. Obliczono średnią wartość wag dla każdego wymiaru jakości usługi ubezpieczeniowej;
3. Ustalono średni ważony poziom jakości usług ubezpieczeniowych – uzyskano wynik będący iloczynem miar arytmetycznych dla każdej ze sfer oraz przypisywanych im wag;
4. Uzyskano całkowitą ważoną miarę jakości usługi ubezpieczeniowej.

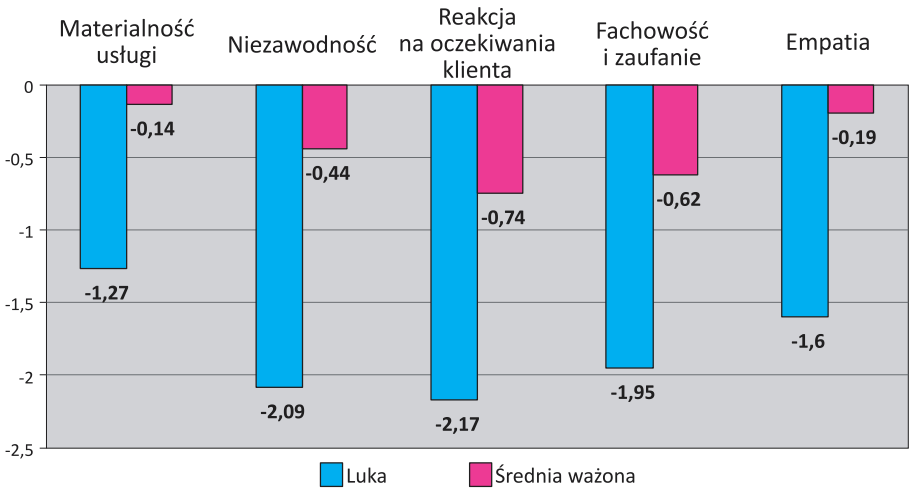
Tabela nr 1. Średni ważony poziom jakości usługi ubezpieczeniowej

Wymiary jakości	Luka	Waga	Średnia ważona
Materialność usługi	–1,27	0,11	–0,14
Niezawodność	–2,09	0,21	–0,44
Reakcja na oczekiwania klienta	–2,17	0,34	–0,74
Fachowość i zaufanie	–1,95	0,32	–0,62
Empatia	–1,60	0,12	–0,19
Całkowita ważona miara jakości			**–0,43**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Zdaniem respondentów wymiar „reakcja na oczekiwania klienta" ma największe znaczenie, najmniejsze zaś wymiar materialny. Uwzględniając istotność poszczególnych obszarów dla klienta całkowita ważona miara jakości usługi ubezpieczeniowej w ocenie klientów posiadających ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wyniosła –0,43, co świadczy o umiarkowanie niskim poziomie usług oraz nie spełnieniu oczekiwań klientów. Najwyższy ważony wynik uzyskał obszar „reakcja na oczekiwania klienta" (–0,74), najniższy wymiar materialny (–0,14), co przedstawia się identycznie jak w przypadku średniej arytmetycznej różnicy między postrzeganiem a oczekiwaniem wobec usług ubezpieczeniowych (Rysunek nr 5.).

Rysunek nr 5. Poziom jakości usługi ubezpieczeniowej według miar: luka i średnia ważona



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Zebrane dane w wyniku badania ankietowego porównano uwzględniając wpływ płci respondenta na ocenę jakości usługi ubezpieczeniowej. W badaniu uczestniczyło 38,6% kobiet oraz 61,4% mężczyzn. Obliczono średnią wartość oczekiwaną i średnią wartość postrzeganą jakości usługi ubezpieczeniowej dla kobiet oraz mężczyzn, następnie obliczono lukę między wartościami oddzielnie dla każdej płci. Wyniki przedstawiono w Tabelach nr 2. i 3.

Tabela nr 2. Ocena jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii badanych kobiet

Obszar jakości	Średnia wartość oczekiwana	Średnia wartość postrzegana	Luka
Materialność usługi	6,70	4,97	–1,73
Niezawodność	6,93	4,70	–2,23
Reakcja na oczekiwania klienta	6,90	4,64	–2,26
Fachowość i zaufanie	6,89	4,85	–2,03
Empatia	6,78	5,20	–1,58
Średnia arytmetyczna			**–1,96**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

W przypadku kobiet średni wynik wszystkich wymiarów jakości usługi ubezpieczeniowej osiągnął poziom –1,96. Świadczy to o umiarkowanych rozbieżnościach między oczekiwaniami i doświadczeniami kobiet w zakresie poszczególnych czynników jakości. Oczekiwania kobiet w zakresie usługi ubezpieczeniowej nie są w pełni realizowane, a ich jakość jest niezadowalająca. Zauważono, iż jest to wynik wyższy od ogólnego średniego wyniku, który wynosił –1,82. Kobiety zatem odczuwają większe niezadowolenie. Największe luki zaobserwowano w wymiarach: „reakcja na oczekiwania klienta" oraz „niezawodność". Kobiety najlepiej oceniły wymiar empatii (–1,57).

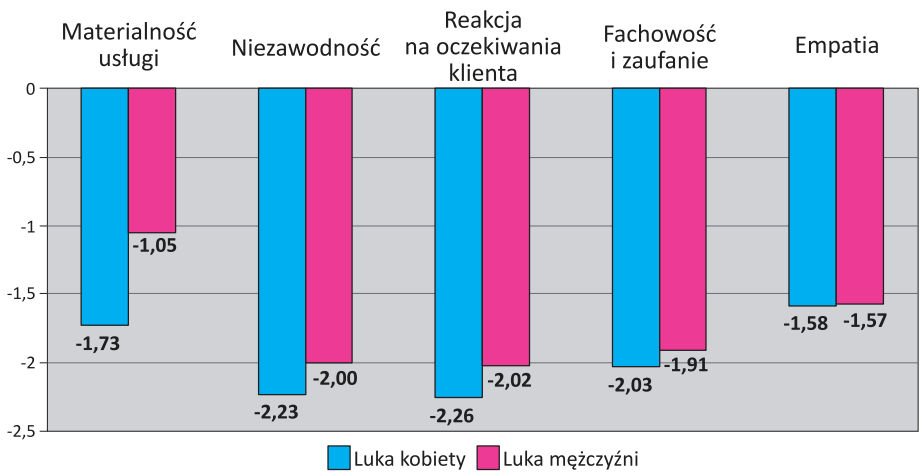
Tabela nr 3. Ocena jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii badanych mężczyzn

Obszar jakości	Średnia wartość oczekiwana	Średnia wartość postrzegana	Luka
Materialność usługi	6,62	5,57	–1,05
Niezawodność	6,77	4,77	–2,00
Reakcja na oczekiwania klienta	6,74	4,71	–2,02
Fachowość i zaufanie	6,70	4,79	–1,91
Empatia	6,68	5,11	–1,57
Średnia arytmetyczna			**–1,71**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Mężczyźni przeciętną różnicę między doświadczeniami i oczekiwaniami ocenili na poziomie –1,71. Wynik ten informuje o tym, że dostarczone usługi nie zaspokajają w pełni oczekiwań mężczyzn. Ocena na tym poziomie jest jednak korzystniejsza w porównaniu z wynikiem dla obydwu płci (–1,82), co świadczy o większym zadowoleniu mężczyzn z usługi ubezpieczeniowej. Najwyższe wartości uzyskały wymiary: „reakcja na oczekiwania klienta" oraz „niezawodność", a najniższe wymiar materialny.

Rysunek nr 6. Poziom jakości usługi ubezpieczeniowej w opinii kobiet i mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Dokonując porównania rozbieżność pomiędzy doświadczeniami i oczekiwaniami z dostarczonych usług dla obydwu płci, których zestawienie przedstawiono na Rysunku nr 6., mężczyźni posiadający ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odczuwają większe zadowolenie we wszystkich wymiarach jakości. Jedynie w wymiarze empatii wyniki są podobne. Największą różnice zaobserwowano w wymiarze materialnym usługi ubezpieczeniowej (0,72), najmniejsze w obszarze empatii. Kobiety najmniejszy dysonans odczuwają w obszarze empatii, mężczyźni z kolei w obszarze materialnym. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni najniższy poziom jakości oceniają w wymiarach „reakcja na oczekiwania klienta" i „niezawodność".

Podsumowanie

W obliczu zmian jakie zachodzą na wielu rynkach wyróżnikiem przedsiębiorstw staje się jakość dostarczanych produktów i usług. Jest ona czynnikiem mającym duży wpływ na pozycję firmy na rynku. Klienci coraz częściej zwracają uwagę na pozacenowe elementy produktów i usług. O jakości usługi ubezpieczeniowej w dużym stopniu decyduje: przejrzystość informacji, łatwa dostępność usługi, wykwalifikowani, uprzejmi pracownicy, terminowy i sprawny proces likwidacji szkód, szybkość reakcji na potrzeby klienta oraz zaufanie do ubezpieczyciela.

Dzięki przeprowadzonym badaniom określono średni wynik Servqual, który polega na ustaleniu różnicy między doświadczeniami a oczekiwaniami respondentów w wymiarach jakości oraz średni ważony wynik Servqual, który uwzględnia wagi nadane przez klientów. Średni wynik Servqual wyniósł –1,82 co świadczy o niedużym dysonansie między doświadczeniami i oczekiwaniami klientów. Jest to jednak wynik obrazujący brak zadowolenia klientów, czyli brak realizowania w pełni ich potrzeb. Średni ważony wynik Servqual wyniósł –0,43, co również unaocznia umiarkowanie niski poziom usług ubezpieczeniowych świadczonych klientom zakładów ubezpieczeń oraz nie spełnieniu ich oczekiwań.

Dr **Justyna Witkowska**, Katedra Ubezpieczeń Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko–Mazurskiego w Olsztynie

Summary of the article

Consumers' assessment of the insurance service quality

The article focuses on the significance of quality in the process of selling insurance products. While purchasing an insurance policy consumers pay special attention to: service accessibility (localization of the insurance company, opening hours, fast service) as well as transparency of the offer, personnel competence and empathy, insurance company's image and proficiency of liquidation proceedings. The foregoing factors have the strongest influence on the way consumers perceive the quality of insurance service.

In addition, the article presents evaluation of the insurance service quality on the basis of survey conducted among customers – insured covered by third party insurance of the owners of vehicles from the north–eastern Poland (warminsko–mazurskie voivodeship).

Evaluation was made on the basis of comparison between the quality expected and the quality provided in five different dimensions: service materiality, infallibility, meeting consumer's expectations, competency, reliability and empathy. The biggest faults were notified in the successful meeting consumers' expectation, the smallest in material dimension.

Ryszard Zelwiański

Kancelarie odszkodowawcze – problem nie tylko legislacyjno–prawny*

l. W dniu 16 listopada 2010 r., w ramach obchodów 15–lecia ustanowienia Rzecznika Ubezpieczonych została zainicjowana i przeprowadzona dyskusja poświęcona usytuowaniu faktycznym i prawnym różnych podmiotów działających często na podstawie „zarejestrowania działalności gospodarczej", a świadczących usługi prawne związane z procesem przysługujących roszczeń od sprawców szkód. Działalność ta jest prowadzona najczęściej w tzw. „Kancelariach odszkodowawczych", a także indywidualnie przez różne osoby.

W praktyce działalność, o której mowa, sprowadza się – w większości – do usług prawnych związanych z uzyskiwaniem odszkodowań i zadośćuczynień od zakładów ubezpieczeń świadczących za sprawców posiadających ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) w związku ze szkodami wyrządzonymi ruchem pojazdu mechanicznego.

Popyt na tego rodzaju usługi został spowodowany zachowaniami wielu ubezpieczycieli mnożącymi żądania składania przez poszkodowanych rożnych „dowodów", zaniżania należnych odszkodowań, a także nie informowania poszkodowanych o ich prawach do świadczeń, hołdując zasadzie, że zakres odszkodowania czy zadośćuczynienia jest przyjmowany tylko wedle roszczeń samych poszkodowanych, a jeśli należności swoich nie umieją określić – to już ich strata.

Działalność taka okazała się intratną – tak więc na rynku ubezpieczeń rozwinęła działalność, indywidualną lub w spółkach, liczna grupa osób, o różnym wykształceniu i kwalifikacjach, często nie posiadających ukończonych wyższych studiów prawniczych w tym: byłych pracowników zakładów ubezpieczeń, brokerów, byłych policjantów, a także prawników nie posiadających uprawnień adwokackich czy radcowskich. Osoby te, działając w różnych składach osobowych – w ramach zarejestrowanej działalności gospodarczej – zaczęły tworzyć „kancelarie odszkodowawcze" poza strukturami ustawowych samorządów zawodowych adwokatów i radców prawnych, do których – zgodnie z obowiązującymi ustawami o tych zawodach – należy: świadczenie pomocy prawnej, a w szczególności udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii prawnych, opracowywanie projektów aktów prawnych oraz występowanie przed sądami (trybunałami) i urzędami[1] i które – po przez wpis na listę radców prawnych czy adwokatów – przyznawały uprawnienia do

* Uwagi polemiczne w odniesieniu do konferencji „Kancelarie i doradcy odszkodowawczy", Warszawa, 16 listopada 2010 r.

[1] Por. art. 6 i nast. ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych, tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., nr 10, poz. 65 z późn. zm., a także art. 4 i nast. ustawy z dnia 26 maja 1982 r. – Prawo o adwokaturze, tekst jedn. Dz. U. z 2009 r., nr 146, poz. 1188 z późn. zm.

wykonywania tego zawodu, sprawując jednocześnie nadzór korporacyjny nad jakością jego wykonywania.

Organizatorzy działających poza strukturami radców prawnych i adwokatów „kancelarii odszkodowawczych" kierując się „możliwościami" jakie niesie sytuacja „faktów dokonanych" powołali „Izbę Kancelarii Odszkodowawczych" i obecnie domagają się legislacyjnego uregulowania aktualnie istniejącego stanu faktycznego. Część pracowników tychże kancelarii, wykorzystując biurokratyczny „bezruch" likwidatorów szkód zakładów ubezpieczeń, prowadzi „łapanie" upoważnień od poszkodowanych (i ich rodzin) już na miejscu zdarzeń, a nawet w szpitalach niemal przy łożu śmierci do występowania, w ich imieniu, w postępowaniu odszkodowawczym. Tego rodzaju „wyścig za klientem" bywa skuteczny, gdy zawrze się cichą umowę „o szybką informację" z niektórymi funkcjonariuszami Policji czy pracownikami szpitali. Prowadzi to do demoralizacji.

Także nie ustalone, określonymi taryfami, honoraria pobierane za zastępstwo prawne dają możliwości pobierania, na podstawie zawartych umów przez kancelarię odszkodowawczą, honorariów w wysokościach 30–40% (a często wyższych) uzyskanego odszkodowania plus zwrot kosztów. Wiadomo powszechnie, że żaden zakład ubezpieczeń – na zasadzie ugody bez procesu sądowego – nie wypłaci więcej niż sam uzna – wedle swoich kalkulacji – za zasadne.

Stawia to pod znakiem zapytania niektóre „osiągnięcia" na rzecz poszkodowanego „takich" kancelarii.

2. Problem nie jest nowy, mimo to został zlekceważony przez organy zajmujące się legislacją w toku przeprowadzanych licznych zmian w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej (tylko od 2007 r. gdy ogłoszono jej tekst jednolity Sejm RP wprowadził 15 zmian).

Od szeregu lat zarówno w literaturze jak i orzecznictwie Sądu Najwyższego, a także orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego analizowano problem dopuszczalności świadczenia pomocy prawnej przez osoby nie będące radcami prawnymi lub adwokatami oraz zakresu wyłączności świadczenia „pomocy prawnej" oraz „obsługi prawnej" przez radców prawnych i adwokatów. Wskazać tu należy przede wszystkim na orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 listopada 2003 r. (SK 22/02), a także wcześniejsze (SK 20/00) oraz orzeczenia NSA z dnia 28 lutego 2001 r. (II SA 255/00) czy SN z dnia 12 stycznia 2000 r. (TP 11/98).

Problem ten występował już (oczywiście nie w takim zakresie) przed 1939 r. (by nie sięgać głębiej) w związku z działalnością różnych osób nie będących adwokatami, a oferujących „pod sądami" swoje usługi w napisaniu odpowiednich pism procesowych. Także koncesjonowane biura pisania podań prowadziły swoiste doradztwo prawne (usługi prawne) i nadal prowadzą.

Jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu do powołanego wyżej wyroku nieporozumienia wynikają m.in. z braku w ustawie o radcach prawnych oraz o adwokaturze wyraźnego przepisu stanowiącego, że wykonywanie czynności z zakresu pomocy prawnej zastrzeżone jest dla radców prawnych i adwokatów (tak jak zastrzeżono w ustawie wyłączność dla doradców podatkowych)[2]. Jednakże – jak się wydaje – nie w tym problem.

3. Wolność gospodarcza nie jest nieograniczona. Zgodnie z treścią art. 22 Konstytucji RP „ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny".

[2] Por. ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o doradcach podatkowych, tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., nr 73, poz. 443 z późn. zm.

Jak wskazuje Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu powoływanego już wyroku zarówno zawód radcy prawnego jak i adwokata są niewątpliwie zawodami zaufania publicznego, o którym mowa w art. 17 Konstytucji RP. Zgodnie z tym przepisem, można tworzyć – w drodze ustawy – samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów. Skoro racją istnienia samorządu zawodowego jest zaufanie publiczne, to z istoty swej przynależność do takiego samorządu ogranicza prawo wykonywania takiego zawodu jedynie do członków tej korporacji. Przynależność do takiej korporacji jest uzależniona od ukończenia ukierunkowanych wyższych studiów, odbycia określonej aplikacji czy określonego stażu zawodowego i zdania odpowiedniego egzaminu. Oczywiście korporacje stawiają także i inne wymagania.

Ustawodawca, w wykonaniu dyspozycji art. 17 Konstytucji RP, przyjmuje, iż dopuszczenie innych osób do wykonywania danego zawodu, nie spełniających wymagań i nie posiadających wiedzy zawodowej sprawdzonej egzaminem i wpisem na listę uprawnionych – byłoby sprzeczne z interesem publicznym i obowiązkiem ochrony obywateli. Wyłączność wykonywania określonego zawodu dotyczy nie tylko radców prawnych i adwokatów lecz także niektórych innych np. zawodów medycznych, niektórych zawodów technicznych i innych.

Na tej podstawie ustawodawca w art. 19 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej ustanowił, że jeżeli przepisy szczególne nakładają obowiązek posiadania odpowiednich uprawnień zawodowych przy wykonywaniu określonego rodzaju działalności gospodarczej, przedsiębiorca jest obowiązany zapewnić aby czynności w ramach działalności gospodarczej były wykonywane bezpośrednio przez osobę legitymującą się posiadaniem takich uprawnień zawodowych. Dodać należy, że procedury Unii Europejskiej nie znają zastępstwa procesowego innego niż adwokackiego.

NSA w wyroku z dnia 12 listopada 1992 r. (V SA 854/92) analizując dopuszczone nowe formy organizacyjne świadczenia pomocy prawnej (obsługi prawnej) w postaci spółek czy spółdzielni adwokatów i radców prawnych wyraźnie wypowiedział się, że świadczenie pomocy prawnej – w tych formach organizacyjnych – w postaci zastępstwa procesowego jest dopuszczalne tylko przez adwokatów i radców prawnych (obecnie w sprawach podatkowych także przez doradców podatkowych) i nie na podstawie rejestracji działalności gospodarczej.

4. Dochodzenie odszkodowania (zadośćuczynienia) odbywa się w oparciu o przepisy prawa cywilnego. Umowa ubezpieczenia – to także element prawa cywilnego. Kto może być pełnomocnikiem procesowym w postępowaniu cywilnym stanowią przepisy prawa cywilnego (art. 87 k.c.).

Nazwa „kancelarie odszkodowawcze" – to nazwa myląca, mająca zastąpić określenie „kancelarie prawne", które z mocy ustawy mogą być prowadzone przez radców prawnych i adwokatów.

Nazwa „kancelarie odszkodowawcze" to określenie, co do ich zakresu działania – niejasne; jakie roszczenia odszkodowawcze mają obejmować zakresem swoich zainteresowań? Wszystkie możliwe?; W jakim stadium postępowania? Współczesne ustawodawstwa znają dwa rodzaje odpowiedzialności cywilnej za powstałą szkodę: z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (*ex contractu)* oraz z tytułu czynu niedozwolonego *(ex dalicto),* może przy tym wystąpić zbieg podstaw odpowiedzialności. Czyżby kancelarie odszkodowawcze zamierzały przejąć wszelkie sprawy w tak olbrzymim zakresie? Samych ubezpieczeń obowiązkowych odpowiedzialności cywilnej różnych podmiotów jest ponad 30, a to tylko część możliwych roszczeń.

Czy ktokolwiek chciałby, aby jego lub jego najbliższych leczyła osoba, która nie ukończyła studiów medycznych i nie posiadała uprawnień do wykonywania zawodu, aby lekarstwa przy-

gotowywał i sprzedawał technik farmaceutyczny bez nadzoru magistra farmacji posiadającego uprawnienia do prowadzenia apteki a nadzór budowlany sprawowała osoba bez specjalistycznego wykształcenia i uprawnień budowlanych?

Żaden „egzamin kwalifikacyjny" nie zastąpi odpowiednich studiów oraz odbycia aplikacji czy odpowiedniego stażu zawodowego.

Niekwestionowane są natomiast uprawnienia radców prawnych czy adwokatów do zatrudniania w swoich kancelariach prawniczych różnych osób do wykonywania zleconych im zadań (z detektywami łącznie) dla ustalania przebiegu zdarzenia, sporządzania dokumentacji oraz wykonywania innych czynności. Za działania kancelarii odpowiada jej kierownik, który musi posiadać odpowiednie uprawnienia.

Oczywiście kancelarie prawnicze czy prawne mogą i powinny nawet ogłaszać swoją specjalizację, tak jak wyspecjalizowane są np. „kancelarie rozwodowe" czy kancelarie zajmujące się odszkodowaniami za skutki błędów w sztuce lekarskiej.

5. Warto również przypomnieć, że początkowo ubezpieczenia OC były zawierane po to by chronić interesy odpowiedzialnych za szkodę tj. aby chronić ich od ponoszenia ciężaru odszkodowań (np. francuskie ubezpieczenia transportowe OC z 1925 r.). Jednakże rozwój transportu i związane z tym wypadki rodzące odpowiedzialność posiadaczy przy jednoczesnej częstej niewypłacalności sprawcy zaowocowało wprowadzaniem takiego ubezpieczenia, które by gwarantowało wypłatę świadczeń poszkodowanym. W Polsce, kierując się tymi przesłankami w 1962 r. wprowadzono ustawowe ubezpieczenie OC posiadaczy i kierowców pojazdów samochodowych, a w ślad za tym m.in. ubezpieczenia OC szpitali i lekarzy i inne.

Obecny system ubezpieczeń obowiązkowych, powstających z mocy zawarcia obowiązkowej umowy ubezpieczenia OC w dalszym ciągu ma za zadanie przede wszystkim ochronę interesów poszkodowanych. Chodzi bowiem o pewność uzyskania odszkodowania nawet od niewypłacalnego, a także nieustalonego sprawcy szkody, a miarkowanie wysokości odszkodowania wedle art. 440 k.c. w stosunku do ubezpieczyciela nie ma zastosowania. Nie zmienia to jednak faktu, że to sprawca szkody jest za nią odpowiedzialny, a ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w zakresie tej właśnie odpowiedzialności.

Chodzi więc o rzetelne ustalanie w postępowaniu szkodowym zakresu odpowiedzialności sprawcy i rozmiaru rzeczywistych szkód oraz należnego zadośćuczynienia.

To nie może być „wyścig" o pieniądze.

W polskim systemie prawnym największą zaletą byłoby przestrzeganie obowiązującego prawa a jego zmiany powinny zachodzić tylko w sytuacji rzeczywiście koniecznej, po rzetelnej i wszechstronnej dyskusji i oczywiście w drodze ustawy spójnej z istniejącym stanem prawnym a zwłaszcza z przepisami kodeksu cywilnego.

Doc. dr **Ryszard Zelwiański**, Warszawa

II. OPRACOWANIA I RAPORTY

Principles of European Insurance Contract Law (PEICL) prepared by the Project Group „Restatement of European Insurance Contract Law"
– Zasady Europejskiego Prawa Ubezpieczeń (ZEPU)

Dariusz Fuchs

Insurance Restatement jako europejski instrument opcjonalny służący regulacji umowy ubezpieczenia[1]

Wstęp

W związku z intensywnie prowadzonymi pracami przez ekspertów z całej Europy, nie tylko z krajów należących do Unii Europejskiej ale także do państw członkowskich Europejskiej Strefy Wolnego Handlu (*European Free Trade Area*; dalej: EFTA), można obecnie mówić o renesansie europejskiego prawa prywatnego. W ten sposób powstała 1 maja 2005 r., na podstawie porozumienia zawartego z Komisją Europejską, Sieć Europejskiego Prawa Prywatnego. W ten sposób zintensyfikowano (podobnie jak w przypadku innych stosunków obligacyjnych, jak na przykład umów konsumenckich, umów dotyczących świadczenia usług, w tym: usług projektowych, przechowania, doradczych, etc.[2]) prace nad europejskim prawem o umowie ubezpieczenia[3]. Należy zaznaczyć, iż już kilka lat wcześniej Komisja Europejska dostrzegła rangę zagadnienia, bo w 2001 roku rozpoczęto konsultacje odnoszące się do tego tematu.

Efekt prac kilkunastu specjalistów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych z całej Europy stanowi treść tzw. instrumentu opcjonalnego[4] o nazwie pierwotnej *Restatement of European Insurance Contract Act* (dalej: *Insurance Restatement*), którego istota jest wzorowana, do czego wprost nawiązuje nazwa, na tradycji amerykańskich „Restatements", przygotowywanych sukcesywnie przez *American Law Institute* w odniesieniu do poszczególnych dziedzin prawa (np. prawa cywilnego, czy też prawa prywatnego międzynarodowego) i zarazem stanowi najbardziej prawdopodobny kierunek rozwoju europejskiego prawa ubezpieczeń gospodarczych w najbliższej przyszłości, gdyż wstępny projekt tego aktu został przekazany Komisji Europejskiej w grudniu 2007 r. Następnie pełny, opracowany przez grupę ekspercką tekst ze szczegółowymi komentarzami, zawierającymi zarazem „wykładnię autentyczną" europejskich klauzul o umowie ubezpieczenia, opracowaną przez całą grupę ekspercką, został opublikowany przez wydawnictwo Salier[5], co spowodowało dyskusję zarówno w środowisku naukowym, jak też refleksję wśród polityków odpowiedzialnych za unijny proces legislacyjny, w tym parlamentarzystów europejskich. Istotne jest, że wraz z wersją anglojęzyczną, która została uznana jednogłośnie przez wszystkich członków grupy eksperckiej za wersję autentyczną tekstu *Insurance Restatement*, zamieszczono w publikacji książkowej także autorskie tłumaczenia na inne jeszcze języki europejskie, w tym także na język polski[6].

[1] Poglądy wyrażone w tekście są osobistymi autora i nie mogą być identyfikowane ze stanowiskiem *Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law.*

[2] Charakterystyka ogólna założeń pierwotnych oraz zakresów prac poszczególnych grup studyjnych E. Hondius, A. Wiewiórkowska–Domagalska, *Europejski kodeks cywilny (Analiza prac Grupy Studyjnej)*, Państwo i Prawo 2002, z. 6, s. 27 i nast.

[3] Por. K. Malinowska, Umowa ubezpieczenia, (w:) Z. Brodecki, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Zakamycze 2005, s. 1385 – 1386.

[4] W ten sposób zaczęto tłumaczyć anglojęzyczne sformułowanie: *optional instrument*, zamiast poprzednio używanego odpowiednika: instrument opcyjny. Należy obecnie opowiedzieć się za tą zmianą, lepiej oddającą istotę zagadnienia.

[5] *Principles of European Insurance Contract Law* (PEICL), prepared by the Project Group Restatement of European Insurance Contract Law, Munich 2009.

[6] W tym miejscu wydawnictwo oraz redakcja „Rozpraw Ubezpieczeniowych", a w sposób szczególny autor niniejszego tekstu pragną wspólnie podziękować wszystkim członkom *Insurance Restatement Group* jak i też

Efektem tego była konferencja w Wiedniu, współorganizowana przez austriackie Ministerstwo Sprawiedliwości w dniu 22 stycznia 2010 r., gdzie po raz pierwszy na tak dostojnym forum (z udziałem m.in. wiceprzewodniczącej Parlamentu Europejskiego, Diany Walles) dokonano oceny *Insurance Restatement*, zarówno z praktycznego jak i też teoretycznego punktu widzenia, co stanowiło także inspirację dla koncepcji niniejszej publikacji.

Zainteresowanie środowiska ubezpieczeniowego *Insurance Restatement* na szczęście przestało się ograniczać do innych niż Polska państw członkowskich Unii Europejskiej. Najlepszym tego przykładem, że przynajmniej środowisko naukowe doceniło rangę tego projektu, jest program konferencji zorganizowanej w dniach 20–21 października 2010 r. przez Szkołę Główną Gospodarstwa Wiejskiego – Wydział Nauk Ekonomicznych, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego – Zakład Ubezpieczeń i Rynków Kapitałowych Oraz Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka z siedzibą w Warszawie pt.: „Priorytet Rozwoju Konkurencyjnego Rynku Ubezpieczeń w Świetle Prezydencji Polski w UE", gdzie poświęcono część obrad i uwagi uczestników efektom prac *Insurance Restatement Group*.

Oczywiście jest to związane z procesem o wiele szerszym zasięgu, a mianowicie upowszechnianiem się wśród naukowców wiedzy o instrumencie opcjonalnym jako kierunku rozwoju europejskiego prawa cywilnego *per toto*[7]. Warto w tym miejscu zauważyć, że zainteresowanie Insurance Restatement wykracza obecnie dalece poza granice Unii Europejskiej i całej Europy, czego dowodem są ostatnie tłumaczenia na język chiński oraz koreański. Niewątpliwie potrzebnym tego dopełnieniem powinno być zainteresowanie praktyki polskiego rynku gospodarczego takim rozwiązaniem, do czego, miejmy nadzieję, przyczyni się lektura tego numeru „Rozpraw Ubezpieczeniowych".

1. Idea instrumentu opcjonalnego w świetle dokumentów Komisji Europejskiej

Należy podkreślić, że opisywana inicjatywa opracowania *Insurance Restatement*, której efekt w postaci polskiego tłumaczenia wersji angielskiej, zamieszczonej w powyżej przywołanej książce, jest publikowany także na łamach niniejszego wydania „Rozpraw Ubezpieczeniowych", koresponduje z oficjalnym stanowiskiem Komisji Europejskiej, wyrażonym z początkiem lipca 2010 r.[8]

Zgodnie z tym stanowiskiem istnieje obecnie wiele niedogodności dla stron poszczególnych umów zawieranych w skali Unii Europejskiej, które wynikają z praktyki funkcjonowania rynku wewnętrznego. Z punktu widzenia regulacji prawnej najistotniejszym utrudnieniem wydaje się mnogość systemów prawnych, które są zarazem prawem właściwym dla tychże kontraktów. Taka różnorodność wywołuje negatywne skutki przede wszystkim ze względu na dodatkowe koszty z tym związane, chociażby wyspecjalizowanej obsługi prawnej. Niezależnie od tego, najistotniejszym mankamentem dzisiejszego stanu prawnego jest brak pewności stron umowy co do rozstrzygnięć ewentualnych sporów powstałych w związku z zawarciem czy też wykonaniem danej umowy. Niewątpliwie dla znaczącej ilości zawieranych powszechnie kontraktów stan taki wywołuje jeszcze jeden niepożądany skutek w postaci braku znajomości konsekwencji prawnych i ekonomicznych, co szczególnie jaskrawo występuje w przypadku, gdy stroną umowy jest

wydawnictwu Salier, a przede wszystkim Przewodniczącemu *Insurance Restatement Group* prof. Helmutowi Heissowi za udzielenie natychmiastowej i bezwarunkowej zgody na publikację wersji polskiego tłumaczenia *Insurance Restatement* w niniejszym wydawnictwie.

[7] Por. konferencja „Kierunki rozwoju europejskiego prawa prywatnego. Wpływ europejskiego prawa konsumenckiego na prawo krajowe", zorganizowana przez Katedrę Prawa Cywilnego i Prywatnego Międzynarodowego WPiA Uniwersytetu Śląskiego, Ministerstwo Sprawiedliwości i Fundację Facultas Iuridica, 23–24 września 2010 r.

[8] European Commision, Green Paper form the Commision on Policy options for Progress towards a European Contract Law for consumers and businesses, COM (2010)348 final; dokument datowany na dzień 1 lipca 2010 r.

konsument. Do tego częstokroć występuje dotkliwy brak informacji o prawie obcym – innego państwa członkowskiego, a w szczególności brak dostępności aktów prawnych w innych językach, niż macierzysty.

Opisanych wyżej skutków szczególnie dotkliwie doświadczają osoby fizyczne oraz MSP (mali i średni przedsiębiorcy), którzy są w ten sposób częstokroć wykluczeni z umów o charakterze transgranicznym.

Zdaniem Komisji jednym z zasadniczych zagadnień koniecznych do zrealizowania przez Unię jest ułatwienie zawierania i wykonywania takich umów transgranicznych w skali o wiele bardziej powszechnej, niż dzieje się to obecnie. Aby się tak stało należy podjąć intensywne działania legislacyjne w tej materii, aby cały, obejmujący nie tylko sferę ubezpieczeń gospodarczych, dorobek DCFR (*Draft Common Frame of Reference*) został adaptowany przez praktykę.

2. Geneza i istota *Insurance Restatement*

Wypada w tym miejscu przypomnieć genezę i znaczenie „Restatements" dla praktyki amerykańskiej, gdyż dopiero wówczas można należycie zrozumieć pobudki, które kierowały pierwotnymi i obecnymi twórcami projektu regulacji, gdy zdecydowali się oni na wzorowanie w zakresie konstrukcji prawnej, klauzul wchodzących w skład *Insurance Restatement* na doświadczeniach amerykańskich. *Opinio communis* zaświadcza, iż amerykańskie „Restatements" zawierają wiodące poglądy doktryny i praktyki prawniczej, co ze swej istoty stanowi wyzwanie dla twórców *Insurance Restatement*, gdyż wyłącznie od praktyki i częstotliwości stosowania opracowanych w ten sposób klauzul będzie zależeć, czy rzeczywiście w ich treści przedstawiono w ten sposób dorobek reprezentatywny dla europejskiej nauki i praktyki prawa ubezpieczeń gospodarczych. Na marginesie warto przypomnieć, iż obecnie rozpoczynają się kolejne prace nad amerykańskim *Restatement on Tort Law*, w których to pracach przygotowawczych, jako eksperci spoza USA, będą uczestniczyć członkowie *Group of Insurance Restatement*[9].

Pierwotna idea *Insurance Restatement* została przedstawiona w Bazylei w 1998 r. na międzynarodowym sympozjum „Versicherungsrecht in Europa – Kernperspektiven am Ende des 20. Jahrhunderts". Aby kontynuować realizację tego zamierzenia, pomysłodawca i twórca projektu prof. Fritz Reichert–Facilides z Uniwersytetu w Insbrucku otrzymał w 1999 r. grant Austriackiej Akademii Nauk („Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung"). Prof. Facilides został wówczas pierwszym przewodniczącym grupy eksperckiej przygotowującej ten projekt, która rozpoczęła swe prace efektywnie we wrześniu 1999 r. Po jego śmierci w 2003 r., przewodniczącym został prof. Helmut Heiss, dotychczasowy wiceprzewodniczący, a prace nad *Insurance Restatement*, zainicjowane przez prof. Fritza Reichert–Facilides są kontynuowane w chwili obecnej (rok 2010) w odniesieniu do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej oraz ubezpieczeń grupowych i w szczególności ubezpieczeń na życie, czemu poświęcono dwa ostatnie spotkania grupy w roku bieżącym: w Wiedniu (20–22 stycznia 2010 r.)[10] oraz Walencji (22–25 września 2010 r.).

Wszystkim pracom grupy, od samego początku, przyświecało jako motto stwierdzenie, że regulacja umowy ubezpieczenia w Europie musi być jedna, a nie rozczłonkowana, zgodnie z prawem właściwym poszczególnych państw[11]. Na aktualnie zakończonym etapie prac *Insurance Restatement* (którego ostatecznie oficjalna nazwa to Zasady Europejskiego Kontraktowego Prawa

[9] Por. także D. Fuchs, *Restatement of European Insurance Contract Law a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń*, (w:) E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, Toruń 2009, s. 125 i nast.

[10] Por. D. Fuchs, *Sprawozdanie z 26 seminarium Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law, Wiedeń 20 – 22 stycznia 2010 r.*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2010, nr 8, s. 192.

[11] Por. H. Heiss, *Introduction,* (w:) *Principles of European Insurance Contract Law* (PEICL), *op. cit.,* s. li.

Ubezpieczeniowego; *Principles of European Insurance Contract Law* – dalej także: PEICL) stanowi akt, gdzie zamieszczono klauzule regulujące prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia, które to postanowienia będą mogły, co do zasady, w niedalekiej przyszłości wybrać strony jako prawo właściwe dla zawieranego przez siebie kontraktu. W takim rozumieniu występuje transgraniczność w ujęciu materialnoprawnym co, zdaniem autora, byłoby stanem najbardziej porządanym w zjednoczonej Europie, szczególnie ze względu na interes osób ubezpieczonych, jak i też swobodę ubezpieczycieli w prowadzeniu swej działalności usługowej.

Zarazem należy podkreślić, że w zgodnej opinii wszystkich członków grupy nic nie stoi na przeszkodzie, aby treść *Insurance Restatement* stanowila punkt odniesienia dla umów nie mających powiązania transgranicznego, chociaż niestety mogą stać temu na przeszkodzie (przynajmniej częściowo), uregulowania wewnętrzne, jak chociażby art. 807 polskiego kodeksu cywilnego. Taki konflikt mógłby występować *de lege lata* w sytuacji, gdyby strony umowy ubezpieczenia, podlegającej prawu polskiemu, dokonując absorpcji treści klauzul *Insurance Restatement* do takiej umowy, spowodowałyby kolizję z bezwzględnie wiążącymi, co do zasady, normami art. 805–834 k.c. Obecnie wyjściem z takiej sytuacji, byłoby przyjęcie za prof. J. Łopuskim logicznego systemowo poglądu, że normy regulujące w kodeksie cywiklnym umowę ubezpieczenia w tytule XXVII księgi III k.c. mają charakter semiimperatywny dla ubezpieczyciela, co oznaczałoby w konsekwencji, że istnieje możliwość odstępstwa od woli ustawodawcy w tym zakresie, jeżeli takie rozwiązanie służyłoby dobru ubezpieczającego i ubezpieczonego, ewentualnie – uprawnionego do świadczeń[12].

Ze względu na fakt, że jedną z naczelnych zasad przyświecających twórcom *Insurance Restatement* jest ochrona konsumenta, przyjmując koncepcję prof. J. Łopuskiego za jak najbardziej uprawnioną, autor jest przekonany o dopuszczalności powyższej możliwości przyjęcia treści *Insurance Restatement* w obrocie wewnętrzym, szczególnie w obrocie B2C (Przedsiębiorca–Konsument), chociaż, z uwagi na zasadniczą koncepcję ochrony ubezpieczającego, bez względu, czy jest konsumentem, czy też przedsiębiorcą, należałoby się także opowiedzieć za uprawnionym stosowaniem klazul *Insurance Restatement* także w obrocie B2B (Przedsiębiorca–Przedsiębiorca). Dodatkowym arguementem przemawiającym za taką interpretacją jest treść art. 1:103 ust. 2 PEICL[13].

Tym samym propagowanie idei *Insurance Restatement*, czemu przecież służy także niniejsza publikacja, będąca zarazem pierwszą w literaturze polskiej próbą kompleksowego przedstawienia dorobku *Insurance Restatement Group* jak i też oceną prac przez środowisko nauki prawa ubezpieczeń gospodarczych, stanowi przede wszystkim szansę w praktyce, aby podmioty korzystając z transgraniczności w ujęciu materialnoprawnym (oraz także podmioty zawierające umowę ubezpieczenia nie powiązaną z elementem obcym; por. uwagi powyższe) unikały niebezpieczeństw i niedogodności wyboru prawa, którego rozwiązań nie znają lub zdawania się na poszukiwanie tego prawa w razie braku skorzystania z autonomii kolizyjnoprawnej. Należy także wyrazić nadzieję, oby nie płonną, że także instytucje odpowiedzialne za nadzór i regulację rynku ubezpieczeniowego w Polsce, jak też czołowe podmioty tego rynku (zarówno ubezpieczyciele, pośrednicy ubezpieczeniowi jak i też reprezentujący profesjonalnych ubezpieczających w obrocie B2B) na skutek zaznajomienia się z niniejszą publikacją podejmą na własną rękę starania dla dorównania i w tym jeszcze zakresie wysokorozwiniętym rynkom Unii Europejskiej. W ten sposób zmarginalizowanoby problemy, jakie wiążą się z prawidłowym korzystaniem przez uczestników *Single European Insurance Market* ze wspólnotowej transgraniczności w znaczeniu kolizyjnoprawnym, co niewątpliwie obecnie dla praktyk, także polskiej, wiąże się z trudnościami, chociażby w zakresie zgodnego z prawem wyboru prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,

[12] J. Łopuski, (w:) J. Winiarz (red.), *Kodeks cywilny z komentarzem*, t. II, Warszawa 1989, s. 726.
[13] Por. tekst PEICL zawarty w niniejszej publikacji.

czy też poszukiwaniem tegoż prawa przy braku wyboru przez strony, jak i też w konsekwencji prawidłowego rozgraniczenia statutu kontraktowego w razie np. lokalizacji umowy ubezpieczenia w państwie obcym. Wzięcie pod uwagę przez strony umowy ubezpieczenia niepowiązanej z elementem obcym, dawałoby mozliwość skorzystania z gotowych klazul, których treść jest niewątpliwie wypadkową doświadczeń i dorobku różnorodnych systemów ubezpieczeniowych, obowiązujących w Europie.

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na dodatkowy aspekt wzmiankowanej transgraniczności kolizyjnoprawnej, wiążącej się w swych konsekwencjach z nowelizacją ustawy o dzialalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. oraz kodeksu cywilnego. Otóż w art. 13a ustawy o działalności ubezpieczeniowej[14] ubezpieczyciel (*scil*.: zakład ubezpieczeń) został zobowiązany, w przypadku, gdy ubezpieczający jest osobą fizyczną (niezależnie, czy umowa ubezpieczenia będzie zawierana w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą ewentualnie zawodową, czy też nie) do poinformowania go przed zawarciem umowy o:

- prawie właściwym dla umowy – w razie, gdy strony nie mają swobody wyboru prawa albo
- prawie właściwym, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń, gdy strony mają swobodę wyboru prawa.

Tym samym, zdaniem autora, to przede wszystkim na ubezpieczycielu spoczywa obecnie obowiązek prawidłowego rozeznania, zarówno w granicach przysługującej stronom umowy swobody kolizyjnoprawnej, jak i też – co będzie miało w przyszłości istotne znaczenie dla praktyki stosowania *Insurance Restatement* – właściwe dokonanie wskazania materialno – prawnego, bo taki charakter będzie miało odwołanie się przez strony umowy ubezpieczenia do klauzul zawartych w *Insurance Restatement*, jeżeli umowa będzie miała związek z obrotem międzynarodowym. Nie ulega jednak wątpliwości, iż podniesiona powyżej teza, iż wejście w życie klauzul PEICL niewątpliwie pozwoli w praktyce, w zasadniczy sposób uniknąć pomyłek i błędów dotyczących nieprawidłowego poinformowania drugiej strony umowy o prawie właściwym dla umowy, czy też błędnego skorzystania przez strony ze swobody wyboru prawa w sytuacji, gdy taka swoboda nie przysługuje.

Na marginesie wypada jednak *de lege lata* stwierdzić, iż rozwiązanie obowiązujące w tym zakresie w Polsce, a zawarte w art. 13a ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jest o wiele bardziej prawidłowe, zarówno z teoretycznego jak i praktycznego punktu widzenia, niż obowiązujący uprzednio art. 812 § 7 k.c., który nakazywał do treści umowy ubezpieczenia z elementem międzynarodowym, wprowadzać postanowienie odnoszące się do prawa właściwego dla tej umowy, co stanowiło wymóg, także w świetle prawa unijnego, niepotrzebnie wygórowany[15].

Zarazem należy podkreślić, iż szczególnym uzasadnieniem koncentracji prac grupy eksperckiej (*Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law*) na normach imperatywnych jest przekonanie (obecne zarówno w literaturze jak i reprezentowane przez instytucje wspólnotowe), iż właśnie tego typu normy, zróżnicowane w zależności od dopuszczalnych inicjatyw poszczególnych państw członkowskich UE, stanowią zasadniczą barierę rozwoju wewnętrznego rynku ubezpieczeń[16]. Istotne jest także poczynione założenie, iż *Insurance Restatement* będzie,

[14] Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r., Dz. U. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

[15] Por. D. Fuchs, *Obowiązki informacyjne ubezpieczyciela wobec konsumenta w świetle projektowanego art. 13¹ ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych 2006, z. 6, s. 85 i nast.

[16] Szerzej: D. Fuchs, *Dyrektywy III generacji prawa ubezpieczeniowego oraz ich implementacja w wybranych prawodastwach państw członkowskich Unii Europejskiej*, (w:) Cezary Mik (red.), *Implementacja prawa integracji europejskiej w krajowych porządkach prawnych*, Toruń 1998, s. 287 i nast.

w zamierzeniach jej twórców, kontynuować tradycję wypracowaną w dyrektywach II i III generacji prawa ubezpieczeniowego, a sięgającą tzw. orzeczeń koasekuracyjnych, polegającą na gwarancji szerokiej autonomii woli stron umowy ubezpieczenia w przypadku tzw. dużych ryzyk, przy uzasadnionym interesami konsumenta usługi ubezpieczeniowej, ograniczeniu powyższej swobody w odniesieniu do tzw. ryzyk masowych[17]. Dodatkowo *Insurance Restatement* ma stanowić model dla prawodawcy europejskiego oraz dla poszczególnych państw członkowskich, a także stanowić punkt odniesienia dla przedsięwzięć podejmowanych przez europejski rynek ubezpieczeniowy w celu ujednolicenia stosowanych w obrocie warunków ubezpieczeń. Jako imperatyw, który ma zostać zrealizowany za pomocą *Insurance Restatement* i niewątpliwie rzutuje zarówno na konstrukcję klauzul, jak i na ich treść, jest postulat zapewnienia w skali całej Europy jednolitej ochrony ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu do świadczeń z umowy ubezpieczenia jak i ochrony interesu publicznego[18], co dotychczas zapewniono w ograniczonym zakresie. *Insurance Restatement* także będąc przedsięwzięciem typowo akademickim, powinien ułatwić w skali Europy badania prawnoporównawcze nad umową ubezpieczenia, a zarazem będzie, w zamierzeniu członków *Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law*, stanowić istotną pomoc w procesie edukacji ubezpieczeniowej, szczególnie na poziomie uniwersyteckim, ale także poprzez programy studiów podyplomowych oraz szkoleń dla praktyków[19].

Niewątpliwie, co niestety jest w stopniu niewielkim zauważone przez komentatorów poza granicami Polski, a zupełnie nie znalazło dotychczas swego odzwierciedlenia w literaturze polskiej, *Insurance Restatement* będzie niezwykle użyteczne dla rozstrzygania sporów przez arbitrów w międzynarodowych i krajowych sądach polubownych, by przede wszystkim wymienić rodzime sądy branżowe (Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych, Sąd Arbitrażowy przy Komisji Nadzoru Finansowego) oraz Sąd Arbitrażowy przy Krajowej Izbie Gospodarczej[20]. W razie, gdyby w umowie ubezpieczenia strony powołały się na PEICL, przy jednoczesnym wprowadzeniu do kontraktu klauzuli arbitrażowej (gdyż, nie należy się spodziewać, aby taką możliwość przewidywały ogólne warunku ubezpieczenia), dla rozstrzygania ewentualnego sporu taka okoliczność miałaby fundamentalne, i dodajmy – wielce pozytywne znaczenie, przynajmniej z powodu braku dla stron umowy ubezpieczenia niepewności co do prawa, a także stanowiłaby wyważoną propozycję dla arbitrów w razie orzekania *ex equo et bono*.

Przekazany Komisji Europejskiej przez *Insurance Restatement Group* projekt instrumentu opcjonalnego – PEICL zawiera postanowienia odnoszące się do przedkontraktowych obowiązków stron umowy ubezpieczenia, trybu zawarcia umowy ochrony ubezpieczeniowej, dokumentu ubezpieczenia, charakterystyki ryzyka ubezpieczeniowego, składki oraz problematyki przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia. Zarazem projekt PEICL odnosi się w swych rozwiązaniach do pojęcia odszkodowania ubezpieczeniowego i jego wysokości w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, jak i też subrogacji (regresu wg europejskiego prawa kontynentalnego)[21].

[17] Szczegóły: D. Fuchs, *Regulacja koasekuracji w prawodawstwie Unii Europejskiej*, Radca Prawny 1999, nr 2.

[18] Szczegółowa charakterystyka w odniesieniu do ubezpieczeń gospodarczych: D. Fuchs, *Dobro powszechne (ogólne) jako wyznacznik ewolucji wspólnotowego prawa ubezpieczeń gospodarczych,* (w:) Cezary Mik (red.), *Prawo gospodarcze Wspólnoty Europejskiej na progu XXI wieku*, Toruń 2002, s. 71–95.

[19] Szczegóły: www.restatement.info.

[20] Chociaż samo znaczenie prawa jednolitego dla orzecznictwa sądów polubownych już oczywiście dostrzeżono, czego znamienitym przykładem jest referat F. Zolla, *Projekty europejskiego prawa umów a praktyka arbitrażu*, wygłoszony na konferencji organizowanej przez Sąd Arbitrażowy przy Krajowej Izbie Gospodarczej w Warszawie pt.: „Prawo Ekonomia Arbitraż" w dniu 18 listopada 2010 r.

[21] Szerzej: D. Fuchs, (w:) E. Kowalewski (red.), *op. cit.*, s. 137–141.

3. Zakres podmiotowy i przedmiotowy *Insurance Restatement* (PEICL)

PEICL stosuje się co do zasady do ubezpieczeń gospodarczych, nie wyłączając ubezpieczeń wzajemnych, a zarazem nie stosuje się do ubezpieczeń pośrednich (reasekuracji oraz retrocesji). Z tego wynika, iż omawiane zasady będą stosowane do umowy koasekuracji, która nie została wykluczona z zakresu przedmiotowego. Z tym zagadnieniem ściśle wiąże się kwestia wykładni postanowień PEICL.

Zdaniem twórców omawianych klauzul PEICL „powinny być wykładane zgodnie z treścią, kontekstem, celem i wynikami analizy prawno – porównawczej. Uwaga powinna być zwrócona w szczególności na zasady dobrej wiary, zasady dobrych praktyk rynkowych, a także na jednolitość stosowania oraz odpowiednią ochronę ubezpieczających" (art. 1:104). Tym samym za naczelną regułę istotną przy dokonywaniu wykładni należy uznać wykładnię autonomiczną, zasadniczo w oderwaniu od kontekstu uregulowań poszczególnych państw członkowskich, gdyż przeciwny wniosek prowadziłby w praktyce do naruszenia postulatu jednolitości stosowania[22]. W konsekwencji, należy podkreślić, iż co do zasady, PEICL powinny mieć zastosowanie, jeżeli strony, z uwzględnieniem ewentualnych ograniczeń wyboru prawa tak postanowiły, a wówczas także powinno się je stosować w całości, bez możliwości wyłączenia poszczególnych klauzul PEICL. Od powyższej reguły wprowadzono istotne odstępstwo w zakresie tzw. dużych ryzyk, gdyż zgodnie z art. 1:103 ust. 2 „Umowa może wyłączyć stosowanie pozostałych przepisów PEICL, o ile takie wyłączenie nie narusza interesów ubezpieczającego, ubezpieczonego i beneficjenta". Jednakże wyłączenia takie mogą być stosowane w umowach dotyczących ryzyk opisanych w treści tego artykułu (w szczególności w jego aneksie), a w rodzimym prawie nawiązujących do katalogu zawartego w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Warto zaznaczyć, iż konstrukcja tego wyłączenia od zasady bezwzględnego związania postanowieniami PEICL w razie, gdy strony w umowie ubezpieczenia powołają się nań, jest oparta o treść dyrektywy 73/239/EEC oraz częściowo na treści dyrektywy 2002/83/EC.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż podkreślona powyżej wielokrotnie zasada wykładni autonomicznej treści PEICL doznaje jednak istotnego i jak się wydaje racjonalnego ograniczenia w treści art. 1:105, zgodnie z którym przepisy prawa państwa członkowskiego mogą mieć zastosowanie pomimo treści PEICL, jeżeli są bezwzględnie wiążącymi przepisami prawa krajowego, specyficznymi dla danej branży ubezpieczeń, pod warunkiem, iż i brak jest przepisów PEICL odnoszących się do danego zagadnienia. Dodatkowo – „W zakresie nieuregulowanym przepisami PEICL stosuje się odpowiednio Zasady Eeuropejskiego Prawa Umów (PEICL), a w zakresie nieuregulowanym tamże, stosuje się odpowiednio zasady ogólne wspólne dla prawa krajowego Państw Członkowskich".

Zakończenie

Zakończone już prace nad PEICL pozwalają wyrazić pogląd, iż wdrożenie tego typu instrumentu opcjonalnego będzie stanowić znaczący etap w rozwoju europejskiego prawa umów, przy czym dla praktyki nie będzie propozycją rewolucyjną co do formy, gdyż formuła korzystania w praktyce handlowej z INCOTERMS od dziesięcioleci opiera się na analogicznych zasadach. Walor, wielokrotnie w literaturze podkreślany, to poszerzenie autonomiczności europejskiego prawa umów względem doraźnych ambicji i przekonań krajowych prawodawców. Biorąc pod uwagę uczestników europejskiego obrotu gospodarczego jest to zaleta trudna do przecenienia.

[22] *Ibidem*, s. 142.

Na zakończenie należy podkreślić zarówno znaczenie już przekazanych efektów prac przez grupę ekspercką dla Komisji Europejskiej, jak i też rangę planów regulacyjnych w odniesieniu do ubezpieczeń na życie czy też ubezpieczeń grupowych. Należy też wyrazić nadzieję, że niniejsza publikacja będzie ważnym głosem rodzimej doktryny prawniczej, pomocnym w dalszych przedsięwzięciach Insurance Restatement Group, które przecież także będą miały bezpośredni wpływ na kształtowanie się praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia na polskim rynku.

Dr **Dariusz Fuchs**, Katedra Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; członek *Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law*

Principles of European Insurance Contract Law (PEICL) prepared by the Project Group „Restatement of European Insurance Contract Law" – Zasady Europejskiego Prawa Ubezpieczeń (ZEPU) – tekst

Project Group „Restatement of European Insurance Contract Law"
Established by: Prof. Dr. Fritz Reichert–Facilides (†), LL.M., Innsbruck
Chairman: Prof. Dr. Helmut Heiss, LL.M., Zurich
www.restatement.info

DRAFT
COMMON FRAME OF REFERENCE
CHAPTER III, SECTION IX
INSURANCE CONTRACT
Polish Private translation by *Dariusz Fuchs*
Status 1 August 2009

ZASADY EUROPEJSKIEGO PRAWA UBEZPIECZEŃ (ZEPU)

Część 1
Postanowienia wspólne dla wszystkich rodzajów umów ubezpieczenia objętych zasadami europejskiego prawa ubezpieczeń (ZEPU)

Rozdział 1 – Przepisy ogólne

Sekcja pierwsza – Stosowanie ZEPU
Artykuł 1:101 – Zakres stosowania
Artykuł 1:102 – Opcyjność stosowania ZEPU
Artykuł 1:103 – Obligatoryjność stosowania ZEPU
Artykuł 1:104 – Wykładnia
Artykuł 1:105 – Prawo krajów członkowskich i zasady ogólne

Sekcja druga – Przepisy ogólne
Artykuł 1:201 – Umowa ubezpieczenia
Artykuł 1:202 – Słowniczek
Artykuł 1:203 – Język i wykładnia dokumentów
Artykuł 1:204 – Odbiór dokumentów: ciężar dowodu
Artykuł 1:205 – Forma oświadczeń Artykuł 1:206 Domniemanie wiedzy
Artykuł 1:207 – Zasada równego traktowania

Sekcja trzecia – Egzekucja
Artykuł 1:301 Nakaz
Artykuł 1:302 Pozasądowe sposoby rozstrzygania sporów

Rozdział 2 – Zawarcie umowy ubezpieczenia

Sekcja pierwsza – Przedkontraktowy obowiązek ubezpieczającego udzielenia informacji
Artykuł 2:101 – Powinność deklaracji ryzyka

Artykuł 2:102 – Naruszenie
Artykuł 2:103 – Wyjątki
Artykuł 2:104 – Naruszenie z winy umyślnej
Artykuł 2:105 – Dodatkowe informacje

Sekcja druga – Przedkontraktowe obowiązki ubezpieczyciela
Artykuł 2:201 – Dokumenty przedkontraktowe
Artykuł 2:202 – Obowiązek wskazania różnic między oczekiwaną a proponowaną treścią umowy
Artykuł 2:203 – Obowiązek wskazania początku ochrony

Sekcja trzecia – Zawarcie umowy ubezpieczenia
Artykuł 2:301 – Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia
Artykuł 2:302 – Odwołanie złożonego wniosku ubezpieczeniowego
Artykuł 2:303 – Prawo odstąpienia
Artykuł 2:304 – Klauzule abuzywne

Sekcja czwarta – Ochrona tymczasowa i ochrona udzielana przed zawarciem umowy
Artykuł 2:401 – Ochrona udzielana przed zawarciem umowy (ochrona wsteczna)
Artykuł 2:402 – Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa
Artykuł 2:403 – Czas trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej

Sekcja piąta – Dokument ubezpieczenia
Artykuł 2:501 – Treść
Artykuł 2:502 – Różnice treści

Sekcja szósta – Czas trwania umowy ubezpieczenia
Artykuł 2:601 – Czas trwania umowy ubezpieczenia
Artykuł 2:602 – Klauzula prolongacyjna
Artykuł 2:603 – Zmiana treści umowy ubezpieczenia
Artykuł 2:604 – Wypowiedzenie umowy w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego

Sekcja siódma – Obowiązki informacyjne ubezpieczyciela po zawarciu umowy ubezpieczenia
Artykuł 2:701 – Ogólna reguła informowania
Artykuł 2:702 – Pozostałe powinności informacyjne ubezpieczyciela na żądanie

Rozdział 3 – Pośrednicy ubezpieczeniowi

Artykuł 3:101 – Agent ubezpieczeniowy
Artykuł 3:102 – Agenci ubezpieczeniowi uważani za niezależnych

Rozdział 4 – Ryzyko ubezpieczeniowe

Sekcja pierwsza – Środki prewencyjne
Artykuł 4:101 – Definicja środków prewencyjnych
Artykuł 4:102 – Prawo ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy
Artykuł 4:103 – Zwolnienie ubezpieczyciela z odpowiedzialności

Sekcja druga – Zwiększenie ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego
Artykuł 4:201 – Postanowienia umowne dotyczące zwiększenia ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego

Artykuł 4:202 – Obowiązki informacyjne dotyczące zwiększenia ryzyka
Artykuł 4:203 – Sankcje

Sekcja trzecia – Zmniejszenie ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego
Artykuł 4:301 – Skutki zmniejszenia się ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego

Rozdział 5 – Składka ubezpieczeniowa

Artykuł 5:101 – Pierwsza albo pojedyncza składka ubezpieczeniowa
Artykuł 5:102 – Kolejna składka ubezpieczeniowa
Artykuł 5:103 – Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia
Artykuł 5:104 – Podział składki
Artykuł 5:105 – Prawo do zapłacenia składki

Rozdział 6 – Wypadek ubezpieczeniowy

Artykuł 6:101 – Powiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego
Artykuł 6:102 – Współpraca przy ustalaniu okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego
Artykuł 6:103 – Uznanie roszczeń
Artykuł 6:104 – Termin spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego
Artykuł 6:105 – Opóźnienie w spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego

Rozdział 7 – Przedawnienie roszczeń z umowy ubezpieczenia

Artykuł 7:101 – Roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej
Artykuł 7:102 – Roszczenie o zapłatęświadczeń ubezpieczeniowych
Artykuł 7:103 – Pozostałe zagadnienia związane z przedawnieniem

Część 2
Postanowienia wspólne dla ubezpieczenia szkody

Rozdział 8 – Suma ubezpieczenia i wartość ubezpieczenia

Artykuł 8:101 – Wysokość odszkodowania pieniężnego
Artykuł 8:102 – Niedoubezpieczenie
Artykuł 8:103 – Zmiana umowy w przypadku nadubezpieczenia
Artykuł 8:104 – Wielokrotne ubezpieczenie

Rozdział 9 – Uprawnienie do odszkodowania

Artykuł 9:101 – Przyczynienie się do powstania szkody
Artykuł 9:102 – Zwrot kosztów poniesionych w związku z zastosowaniem środków prewencyjnych

Rozdział 10 – Subrogacja

Artykuł 10:101 – Subrogacja

Rozdział 11 – Osoby ubezpieczone inne niż ubezpieczający

Artykuł 11:101 – Zakres uprawnień ubezpieczonego innego niż ubezpieczający
Artykuł 11:102 – Wiedza ubezpieczonego innego niż ubezpieczający

Artykuł 11:103 – Naruszenie obowiązku przez poszczególnego ubezpieczonego, innego niż ubezpieczający

Rozdział 12 – Ubezpieczane ryzyko

Artykuł 12:101 – Skutki braku ubezpieczanego ryzyka
Artykuł 12:102 – Zbycie przedmiotu ubezpieczenia

Część 3
Zasady ogólne dla ubezpieczeń na stałe sumy

Rozdział 13 – Dopuszczalność

Artykuł 13:101 – Ubezpieczenia na sumy stałe

Część 1
Postanowienia wspólne dla wszystkich rodzajów umów ubezpieczenia objętych zasadami europejskiego prawa ubezpieczeń (ZEPU)

Rozdział 1 – Przepisy ogólne

Sekcja pierwsza – Stosowanie ZEPU

Artykuł 1:101 – Zakres zastosowania

(1) ZEPU stosuje się co do zasady do ubezpieczeń gospodarczych, nie wyłączając ubezpieczeń wzajemnych.

(2) ZEPU nie stosuje się do ubezpieczeń pośrednich (reasekuracji).

Artykuł 1:102 – Opcyjność stosowania ZEPU

ZEPU powinny mieć zastosowanie, jeżeli strony, z uwzględnieniem ewentualnych ograniczeń wyboru prawa, tak postanowiły. Zgodnie z art. 1:103 ZEPU powinny mieć zastosowanie w całości bez wyłączeń poszczególnych postanowień.

Artykuł 1:103 – Obligatoryjność stosowania ZEPU

(1) Artykuły 1:102 zd. 2, 2:104, 13:101, (...)[1] są bezwzględnie wiążące. Pozostałe postanowienia są bezwzględnie wiążące, o ile dotyczą nieuczciwych i zawinionych zachowań.

(2) Umowa może wyłączyć stosowanie pozostałych przepisów ZEPU, o ile takie wyłączenie nie narusza interesów ubezpieczającego, ubezpieczonego i beneficjenta. Jednakże wyłączenie może być stosowane na korzyść którejkolwiek ze stron w umowach dotyczących:

(a) ryzyk zaliczonych do grup 4, 5, 6, 7, 11 oraz 12 aneksu do tego artykułu;

(b) ryzyk zaliczonych do grup 14 i 15 aneksu do tego artykułu, w przypadku gdy ubezpieczający jest zawodowo związany z działalnością przemysłową lub gospodarczą lub wykonuje wolny zawód, zaś wspomniane ryzyko wiąże się z taką działalnością;

(c) ryzyk zaliczonych do grup 3 , 8, 9, 10, 13 oraz 16 aneksu do tego artykułu, o ile ubezpieczający przekracza limity przynajmniej dwóch z poniższych trzech kryteriów:

[1] Artykuły 1:102 zd. 2, 2:104, 13:101 są jedynymi artykułami bezwzględnie wiążącymi w tej wersji dokumentu. Jednakże w związku z trwającymi pracami nad dalszą częścią regulacji planowane jest wskazanie kolejnych.

– suma bilansowa: 6,2 mln EUR,
– obroty netto: 12,8 mln EUR,
– średnia ilość pracowników w roku budżetowym: 250.

Aneks[2]

1. Ubezpieczenia wypadkowe, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej:
– świadczenia jednorazowe;
– świadczenia powtarzające się;
– połączone świadczenia, o których mowa w pkt 1 i 2;
– przewóz osób.
2. Ubezpieczenia chorobowe:
– świadczenia jednorazowe;
– świadczenia powtarzające się;
– świadczenia kombinowane.
3. Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujące szkody w:
– pojazdach samochodowych;
– pojazdach lądowych bez własnego napędu.
4. Ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach szynowych.
5. Ubezpieczenia casco statków powietrznych, obejmujące szkody w statkach powietrznych.
6. Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej, obejmujące szkody w:
– statkach żeglugi morskiej;
– statkach żeglugi śródlądowej.
7. Ubezpieczenia przedmiotów w transporcie, obejmujące szkody na transportowanych przedmiotach, niezależnie od każdorazowo stosowanych środków transportu.
8. Ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami, obejmujące szkody rzeczowe nieujęte w grupach 3–7, spowodowane przez:
– ogień;
– eksplozję;
– burzę;
– inne żywioły;
– energię jądrową;
– obsunięcia ziemi lub tąpnięcia.
9. Ubezpieczenia pozostałych szkód rzeczowych (jeżeli nie zostały ujęte w grupie 3, 4, 5, 6 lub 7), wywołanych przez grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8.
10. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.
11. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.
12. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.

[2] Aneks oparty jest na treści Dyrektywy 73/239/EEC oraz częściowo na treści Dyrektywy 2002/83/EC.

13. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10–12.
14. Ubezpieczenia kredytu, w tym:
– ogólnej niewypłacalności;
– kredytu eksportowego,
– spłaty rat,
– kredytu hipotecznego,
– kredytu rolniczego.
15. Gwarancja ubezpieczeniowa:
–bezpośrednia;
–pośrednia.
16. Ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych, w tym:
–ryzyka utraty zatrudnienia;
–niewystarczającego dochodu;
–złych warunków atmosferycznych;
–utraty zysków;
–stałych wydatków ogólnych;
–nieprzewidzianych wydatków handlowych;
– utraty wartości rynkowej;
– utraty stałego źródła dochodu;
–pośrednich strat handlowych poza wyżej wymienionymi;
–innych strat finansowych.
17. Ubezpieczenia ochrony prawnej.
18. Pomoc
Ubezpieczenie świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży, podczas nieobecności w miejscu zamieszkania lub miejscu stałego pobytu.
19. Ubezpieczenia na życie.
20. Ubezpieczenia posagowe, ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci.
21. Ubezpieczenia na życie powiązane z funduszami inwestycyjnymi.

Artykuł 1:104 – Wykładnia

Przepisy ZEPU powinny być wykładane zgodnie z treścią, kontekstem, celem i wynikami analizy prawno – porównawczej. Uwaga powinna być zwrócona w szczególności na zasady dobrej wiary, zasady dobrych praktyk rynkowych, a także na jednolitość stosowania oraz odpowiednią ochronę ubezpieczających.

Artykuł 1:105 – Prawo krajów członkowskich i zasady ogólne

(1) Odniesienie do prawa krajowego, czy to w celu wyłączenia stosowania przepisów ZEPU czy to w celu rozszerzenia zakresu ich stosowania jest niedozwolone. Powyższe zastrzeżenie nie odnosi się jednak do obowiązkowych przepisów prawa krajowego właściwych dla danej branży ubezpieczeń jeśli brak jest przepisów ZEPU odnoszących się do danego zagadnienia.

(2) Zagadnienia wynikłe z umowy ubezpieczenia, które nie są wprost uregulowane w ZEPU, są rozstrzygane w zgodzie z PECL[3] a w razie braku odpowiedniej regulacji w tym zakresie, w zgodzie z zasadami ogólnymi wspólnymi dla systemów prawnych Państw Członkowskich.

[3] Cf. Lando/Beale (eds.), *Principles of European Contract Law*, *Parts I and II* (Kluwer Law International, The Hague 2000); Lando/Clive/Prüm/Zimmermann (eds.), *Principles of European Contract Law*, *Part III* (Kluwer Law International, The Hague 2003).

Sekcja druga – Przepisy ogólne

Artykuł 1:201 – Umowa ubezpieczenia

(1) "Umowa ubezpieczenia" to umowa, w ramach której jedna strona – ubezpieczyciel, zobowiązuje się wobec drugiej strony – ubezpieczającego, do pokrycia określonego ryzyka w zamian za składkę ubezpieczeniową;

(2) „Wypadek ubezpieczeniowy" oznacza zajście zdarzenia w zakresie ryzyka ubezpieczeniowego określonego w umowie;

(3) „Ubezpieczenie szkody" oznacza ubezpieczenie na podstawie którego ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania w razie wystąpienia szkody będącej skutkiem zajścia wypadku ubezpieczeniowego

(4) „Ubezpieczenie na stałe sumy" oznacza ubezpieczenie w ramach którego ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty z góry określonej sumy pieniężnej w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Artykuł 1:202 – Słowniczek

(1) „Ubezpieczony" to osoba, której interes jest chroniony przed szkodą w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie ubezpieczenia szkody;

(2) „Beneficjent" to osoba na której rzecz zostanie spełnione świadczenie pieniężne ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczenia na stałe sumy;

(3) „Osoba wobec której może ziścić się ryzyko zajścia wypadku" to osoba której życie, zdrowie, integralność lub status jest przedmiotem ubezpieczenia;

(4) „Poszkodowany" w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, to osoba, za której śmierć, krzywdę lub inny uszczerbek w dobrach chronionych odpowiedzialny jest ubezpieczony;

(5) „Agent ubezpieczeniowy" to pośrednik ubezpieczeniowy zaangażowany przez ubezpieczyciela dla marketingu, sprzedaży i obsługi umów ubezpieczenia;

(6) „Składka ubezpieczeniowa" to świadczenie pieniężne ubezpieczającego na rzecz ubezpieczyciela w zamian za udzielaną ochronę ubezpieczeniową;

(7) „Okres trwania umowy ubezpieczenia" – oznacza okres trwania zobowiązania umownego, począwszy od zawarcia umowy aż do wygaśnięcia umowy wraz z upływem oznaczonego i uzgodnionego w umowie terminu;

(8) „Okres trwania ubezpieczenia" – oznacza okres w którym ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki ubezpieczeniowej zgodnie z umową;

(9) „Okres trwania odpowiedzialności" oznacza okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 1:203 – Język i wykładnia dokumentów[4]

(1) Wszystkie dokumenty dostarczane przez ubezpieczyciela powinny być sformułowane w języku, w którym zawierano umowę, w sposób prosty i zrozumiały.

(2) W razie wątpliwości w stosunku do użytych sformułowań zawartych w dokumentach i informacjach dostarczonych przez ubezpieczyciela, postanowienia należy interpretować na korzyść odpowiednio ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta.

Artykuł 1:204 – Odbiór dokumentów: ciężar dowodu

Na ubezpieczycielu spoczywa ciężar udowodnienia, że ubezpieczający otrzymał wszystkie dokumenty.

[4] Artykuł 1:203 par. 2 oparty jest na treści art. 5 Dyrektywy 93/13/EEC.

Artykuł 1:205 – Forma oświadczeń

Zgodnie z szczegółowymi zasadami zawartymi w ZEPU, oświadczenia woli składane przez osobę składającą wniosek ubezpieczeniowy, ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta dotyczące umowy ubezpieczenia dla swej ważności nie wymagającżadnej szczególnej formy.

Artykuł 1:206 – Domniemanie wiedzy

Jeżeli jakakolwiek osoba jest umocowana przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta w zakresie zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, to domniemywa się, iż odpowiednia wiedza, którą posiada lub powinna posiadać ta osoba w celu wypełnienia obowiązków jest wiedzą ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta.

Artykuł 1:207 – Zasada równego traktowania[5]

(1) Użycie płci jako czynnika w kalkulowaniu składek i świadczeń nie powinno powodować różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych osób, chyba, że ubezpieczyciel wskaże, że proporcjonalne różnice w składkach i świadczeniach poszczególnych osób, są oparte na odpowiednich i dokładnych danych aktuarialnych i statystycznych. W żadnym wypadku, ciąża i macierzyństwem nie są czynnikami, powodującymi różnice w składkach i świadczeniach poszczególnych osób.

(2) Narodowość, rasa lub pochodzenie nie są czynnikami powodującymi różnice w składach lub świadczeniach poszczególnych osób.

(3) Postanowienia umowy, które naruszają par. 1 lub 2, w szczególności postanowienia odnoszące się do składki, nie wiążą ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Z uwzględnieniem par. 4 strony są związane umową w pozostałym zakresie w zgodzie z przepisami dotyczącymi zakazu dyskryminacji.

(4) W przypadku naruszenia par. 1 lub 2, ubezpieczający jest uprawniony do wypowiedzenia umowy. Pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu powinno być złożone w terminie dwóch miesięcy od dnia w którym ubezpieczający dowiedział się o naruszeniu par. 1 lub 2.

Sekcja trzecia – Egzekucja

Artykuł 1:301 – Nakaz[6]

(1) Upoważniony podmiot, zdefiniowany w par. 2, jest uprawniony do występowania do właściwego sądu krajowego lub organu w celu zapobieżeniu naruszania przepisów ZEPU, w zgodzie z art. 1:102.

(2) Upoważniony podmiot oznacza organ lub organizacje znajdująca się na liście sporządzonej przez Komisję Europejską na podstawie Artykułu 4 Dyrektywy 98/27/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 19 maja 1998 roku w sprawie nakazów zaprzestania szkodliwych praktyk w celu ochrony interesów konsumentów.

Artykuł 1:302 – Pozasądowe sposoby rozstrzygania sporów

Stosowanie ZEPU nie wyklucza korzystania przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i beneficjenta z pozasądowych sposobów rozstrzygania sporów.

[5] Artykuł oparty jest na treści Dyrektywy 2004/113/EC.

[6] Artykuł oparty jest na treści Dyrektywy 98/27/EC.

Rozdział 2 – Zawarcie umowy ubezpieczenia

Sekcja pierwsza – Przedkontraktowy obowiązek ubezpieczającego udzielenia informacji

Artykuł 2:101 – Powinność deklaracji ryzyka

(1) Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o których ubezpieczający wiedział lub powinien był wiedzieć, i które są przedmiotem zrozumiałych i jednoznacznych pytań zadanych przez ubezpieczyciela.

(2) Okoliczności o których mowa w par. 1, dotyczą także tych o których wiedział lub powinien był wiedzieć ubezpieczony.

Artykuł 2:102 – Naruszenie

(1) Jeżeli ubezpieczający naruszył art. 2:101, zgodnie z postanowieniami par. 2 – par. 5 niniejszego artykułu, ubezpieczyciel jest uprawniony do przedstawiania uzasadnionych zmian w zawartej umowie albo do wypowiedzenia umowy. W tym celu ubezpieczyciel powinien oświadczyć o swoim zamiarze na piśmie, wraz z informacją o prawnych skutkach jego decyzji, w terminie jednego miesiąca od dnia w którym ubezpieczyciel powziął informacje o naruszeniu art. 2:101 lub od dnia w którym naruszenie art. 2:101 stało się oczywiste.

(2) Jeżeli ubezpieczyciel zaproponował wprowadzenie uzasadnionych zmian w zawartej umowie, umowa powinna trwać w zgodzie z zaproponowanymi zmianami, chyba że ubezpieczający odrzuci propozycje zmian. Uprawnienie ubezpieczającego do odrzucenia propozycji zmian wygasa w terminie jednego miesiąca od dnia otrzymania informacji, o której mowa w par. 1. W przypadku odrzucenia zaproponowanych zmian, ubezpieczyciel ma prawo wypowiedzieć umowę w terminie jednego miesiąca od dnia otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o odrzuceniu propozycji zmian.

(3) Uprawnienie do wypowiedzenia umowy w przypadku naruszenia art. 2:101 nie przysługuje ubezpieczycielowi, jeśli ubezpieczający naruszył art. 2:101 w sposób nieumyślny chyba, że ubezpieczyciel udowodni, że umowy by nie zawarł, gdyby wiedział o informacji, będącej przedmiotem naruszenia art. 2:101.

(4) Wypowiedzenie umowy staje się skuteczne w terminie jednego miesiąca od dnia w którym ubezpieczający otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o którym mowa w par. 1. Zmiana umowy staje się skuteczna z chwilą ustaloną przez strony.

(5) Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy został spowodowany przez zdarzenie będące wynikiem niedbałości lub wprowadzenia w błąd przez ubezpieczającego, a wypadek miał miejsce przed wypowiedzeniem umowy lub jej zmianą, świadczenie ubezpieczyciela nie przysługuje, o ile nie zawarłby on umowy, gdyby wiedział o informacji będącej przedmiotem naruszenia art. 2:101. Jeżeli jednak ubezpieczyciel zawarłby w tych okolicznościach umowę, ale w zamian za wyższą składkę lub na innych warunkach, świadczenie ubezpieczyciela przysługuje proporcjonalnie do takiej składki lub innych warunków.

Artykuł 2:103 – Wyjątki

Sankcji przewidzianych w art. 2:102 nie stosuje się w sytuacji, gdy:

(a) na pytanie ubezpieczyciela nie udzielono odpowiedzi, lub informacja dostarczona była oczywiście niepełna lub oczywiście nieprawidłowa;

(b) informacja która powinna być udzielona albo która była udzielona w sposób nieprawidłowy, nie była w ogóle istotna dla podjęcia decyzji o zawarciu przez ubezpieczyciela umowy albo nie była istotna dla podjęcia decyzji o zawarciu przez ubezpieczyciela umowy na uzgodnionych warunkach na których zawarto umowę ubezpieczenia;

(c) ubezpieczyciel pozostawił w przekonaniu ubezpieczającego, że udzielenie informacji nie jest konieczne; lub

(d) o informacji ubezpieczyciel wiedział lub powinien był wiedzieć.

Artykuł 2:104 – Naruszenie z winy umyślnej

Bez względu na sankcje przewidziane w art. 2:101, ubezpieczyciel jest upoważniony do unieważnienia umowy i dochodzenia roszczenia o należną składkę ubezpieczeniową, jeżeli doszło do zawarcia umowy przez ubezpieczającego umyślnie naruszającego art. 2:101. Oświadczenie o unieważnieniu umowy powinno zostać doręczone ubezpieczającemu w terminie dwóch miesięcy od dnia w którym ubezpieczyciel powziął informację o umyślnym naruszeniu art. 2:201.

Artykuł 2:105 – Dodatkowe informacje

Artykuły 2:102 –2:104 dotyczą także każdej innej informacji udzielonej przez ubezpieczającego w trakcie zawierania umowy poza informacjami wymienionymi w art. 2:101.

Sekcja druga – Przedkontraktowe obowiązki ubezpieczyciela

Artykuł 2:201 – Dokumenty przedkontraktowe[7]

(1) Ubezpieczyciel obowiązany jest dostarczyć ubezpieczającemu wraz z kopią proponowanych warunków umowy także dokument zawierający następujące informacje:

(a) nazwę, imię, adres zamieszkania, siedzibę stron umowy;

(b) nazwę, imię, adres zamieszkania, siedzibę ubezpieczonego i beneficjenta;

(c) nazwę, imię, adres zamieszkania, siedzibę pośrednika ubezpieczeniowego;

(d) określenie przedmiotu ubezpieczenia i zakres ryzyk objętych ubezpieczeniem;

(e) sumę ubezpieczenia i wszelkie koszty;

(f) wysokość składki ubezpieczeniowej i sposób jej wyliczenia;

(g) termin zapłaty składki, a także miejsce i sposób płatności;

(h) okres trwania umowy ubezpieczenia i okres trwania odpowiedzialności;

(i) prawo do odwołania złożonego wniosku ubezpieczeniowego oraz prawo odstąpienia od umowy na podstawie art. 2:303;

(j) prawo właściwe dla umowy, a jeśli wybór prawa jest dopuszczalny, prawo proponowane przez ubezpieczyciela;

(k) istnienie pozasądowych sposobów rozstrzygania sporów i ich dostępność dla ubezpieczającego;

(l) fundusze gwarancyjne i inne systemy zabezpieczenia.

(2) O ile to możliwe, informacje o których mowa w par. 1, powinny być dostarczone ubezpieczającemu, w czasie wystarczającym do swobodnego podjęcia decyzji o zawarciu lub nie zawarciu umowy.

(3) Jeżeli ubezpieczający w celu zawarcia umowy wypełnia wniosek lub kwestionariusz przygotowany przez ubezpieczyciela, ubezpieczyciel zobowiązany jest dostarczyć następnie ubezpieczającemu jego kopię.

Artykuł 2:202 – Obowiązek wskazania różnic między oczekiwaną a proponowaną treścią umowy

(1) W trakcie zawierania umowy, ubezpieczyciel jest zobowiązany poinformować ubezpieczającego o wszystkich różnicach pomiędzy oferowaną ochroną ubezpieczeniową a oczekiwaniami ubezpieczającego o których ubezpieczyciel wie lub powinien wiedzieć, biorąc pod uwagę oko-

[7] Artykuł oparty jest na treści Dyrektywy 73/239/EEC, Dyrektywy 2002/83/EC oraz Dyrektywy 2002/65/EC.

liczności oraz sposób zawarcia umowy, w szczególności okoliczność czy ubezpieczający działał przy pomocy niezależnego agenta ubezpieczeniowego.

(2) W przypadku naruszenia par. 1:

(a) ubezpieczyciel zobowiązany jest do spełnienia świadczenia na rzecz ubezpieczającego także w zakresie szkód związanych z naruszeniem obowiązku wskazania różnic, chyba że ubezpieczyciel działał tym zakresie nieświadomie, oraz

(b) ubezpieczający jest uprawniony do wypowiedzenia umowy na piśmie w terminie dwóch miesięcy od dnia w którym dowiedział się o naruszeniu obowiązku o którym o mowa w par. 1.

Artykuł 2:203 – Obowiązek wskazania początku ochrony

Jeżeli ubezpieczający pozostaje w uzasadnionym, lecz błędnym przekonaniu, iż początek udzielanej ochrony ubezpieczeniowej przypada na chwilę przyjęcia wniosku ubezpieczeniowego, oraz ubezpieczyciel wie lub powinien wiedzieć o tym przekonaniu, ubezpieczyciel powinien niezwłocznie poinformować ubezpieczającego, iż początek udzielanej ochrony ubezpieczeniowej rozpocznie się z chwilą zawarcia umowy lub odpowiednio z chwilą opłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej, o ile nie przewiduje się tymczasowego udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku naruszenia powyższej normy ubezpieczyciel będzie odpowiedzialny na podstawie art. 2:202, par. 2(a).

Sekcja trzecia – Zawarcie umowy ubezpieczenia

Artykuł 2:301 – Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

Dla zawarcia umowy ubezpieczenia nie jest wymagana żadna szczególna forma. Fakt zawarcia umowy może być dowodzony każdym sposobem dopuszczonym przez prawo, również przez złożenie ustnego oświadczenia.

Artykuł 2:302 – Odwołanie złożonego wniosku ubezpieczeniowego

Wniosek ubezpieczeniowy może zostać odwołany przez ubezpieczającego jeśli oświadczenie o odwołaniu dotrze do ubezpieczyciela zanim ubezpieczający otrzyma potwierdzenie zawarcia umowy od ubezpieczyciela.

Artykuł 2:303[8] – Prawo odstąpienia

(1) Ubezpieczający jest uprawniony do odstąpienia na piśmie od umowy ubezpieczenia w terminie dwóch tygodni od dnia otrzymania potwierdzenia lub otrzymania dokumentów o których mowa w art. 2:501, w zależności od tego, które zdarzenie było późniejsze.

(2) Ubezpieczający nie jest uprawniony do odstąpienia od umowy ubezpieczenia jeśli:

(a) umowa została zawarta na czas krótszy niż jeden miesiąc;

(b) umowa została przedłużona w zgodzie z art. 2:602;

(c) umowa ubezpieczenia ma charakter tymczasowy umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub grupowej umowy ubezpieczenia.

Artykuł 2:304 – Klauzule abuzywne[9]

(1) Warunki umowy, które nie były indywidualnie negocjowane, nie wiążą ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta, jeżeli stoją w sprzeczności z wymogami dobrej wiary i dobrych praktyk rynkowych, powodują znaczącą nierównowagę wynikających z umowy, dla nich praw i obowiązków, biorąc pod uwagę istotę umowy ubezpieczenia a także pozostałe postanowienia umowy oraz okoliczności w których została zawarta.

[8] Artykuł oparty jest na treści Dyrektywy 2002/65/EC.

[9] Artykuł oparty na treści Dyrektywy 93/13/EEC.

(2) Umowa w pozostałej część obowiązuje strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej określonych warunków. Jeśli nie, nieuczciwe warunki powinny być zastąpione warunkami, na które zdecydowałyby się strony, gdyby wiedziały o ich nieuczciwości.

(3) Niniejszy artykuł stosuje się do warunków, które ograniczają lub zmieniają zakres ochrony ubezpieczeniowej, jednakże ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy:

(a) relacji wartości ochrony ubezpieczeniowej do składki ubezpieczeniowej, ani

(b) określenia głównego przedmiotu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i uzgodnionej składki ubezpieczeniowej, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem.

(4) Warunki umowy zawsze zostaną uznane za nie wynegocjowane indywidualnie, jeżeli zostały sporządzone wcześniej i ubezpieczający nie miał w związku z tym wpływu na ich treść, zwłaszcza jeżeli zostały przedstawione konsumentowi w formie uprzednio sformułowanej umowy standardowej. Fakt, że niektóre aspekty warunku lub jeden szczegółowy warunek były negocjowane indywidualnie, nie wyłącza stosowania niniejszego artykułu do pozostałej części umowy, jeżeli ogólna ocena umowy wskazuje na to, że została ona sporządzona w formie uprzednio sformułowanej umowy standardowej. Jeżeli ubezpieczyciel twierdzi, że standardowe warunki umowne zostały wynegocjowane indywidualnie, ciężar dowodu w tym zakresie spoczywa na nim.

Sekcja czwarta – Ochrona tymczasowa i ochrona udzielana przed zawarciem umowy

Artykuł 2:401 – Ochrona udzielana przed zawarciem umowy (ochrona wsteczna)

(1) W razie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie przed zawarciem umowy ubezpieczenia (ochrona wsteczna), jeśli ubezpieczyciel posiada wiedzę, iż do chwili zawarcia umowy nie doszło do wypadku ubezpieczeniowego, ubezpieczający zobowiązany jest do uiszczenia składek wyłącznie za okres następujący po zawarciu umowy ubezpieczenia.

(2) W przypadku udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeśli ubezpieczający posiada wiedzę, że w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia wypadek ubezpieczeniowy już zaszedł, ubezpieczyciel zgodnie z art. 2:104 zapewnia ochronę ubezpieczeniową wyłącznie za okres następujący po chwili zawarcia umowy ubezpieczenia.

Artykuł 2:402 – Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

(1) Jeżeli strony zawierają umowę w ramach której udzielana jest tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa, to ubezpieczyciel jest zobowiązany dostarczyć w tym zakresie informacje o których mowa w art. 2:501 (a), (b), (d), (e), oraz (h) o ile mają zastosowanie.

(2) Art. 2:201 – 2:203 oraz art. 2:501, poza zakresem o którym mowa w par. 1, nie stosuje się.

Artykuł 2:403 – Czas trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej

(1) Jeżeli ubezpieczyciel udziela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej osobie składającej wniosek ubezpieczeniowy to udzielana tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie może zakończyć się wcześniej niż w dniu rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej z umowy właściwej lub w dniu otrzymania oświadczenia ubezpieczyciela o odmowie udzielenia właściwej ochrony ubezpieczeniowej.

(2) Jeżeli ubezpieczyciel udziela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej osobie składającej wniosek ubezpieczeniowy kierowany do innego ubezpieczyciela to udzielana tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa może zakończyć się wcześniej niż w terminie wskazanym w par. 1, może być także wypowiedziana przez każdą ze stron z dwutygodniowym okresem wypowiedzenia.

Sekcja piąta – Dokument ubezpieczenia

Artykuł 2:501 – Treść

Ubezpieczyciel jest obowiązany doręczyć dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz ogólne warunki ubezpieczenia o ile nie zawierają się one w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy. Wymienione dokumenty powinny zawierać następujące informacje, o ile są one właściwe:

(a) nazwę, imię, adres zamieszkania, siedzibę stron umowy,

(b) nazwę, imię, adres zamieszkania, siedzibę ubezpieczonego i uposażonego,

(c) nazwę, imię, adres zamieszkania, siedzibę pośrednika ubezpieczeniowego,

(d) określenie przedmiotu ubezpieczenia i zakres ryzyk objętych ubezpieczeniem,

(e) sumę ubezpieczenia i wszelkie koszty,

(f) wysokość składki ubezpieczeniowej i sposób jej wyliczenia,

(g) termin zapłaty składki, a także miejsce i sposób płatności,

(h) okres trwania umowy ubezpieczenia i okres trwania odpowiedzialności,

(i) prawo do odstąpienia od złożonej oferty, oraz prawo odstąpienia od umowy na podstawie art. 2:303,

(j) prawo właściwe dla umowy, a jeśli wybór prawa jest dopuszczalny, prawo proponowane przez ubezpieczyciela,

(k) istnienie pozasądowych sposobów rozstrzygania sporów i ich dostępność dla ubezpieczającego,

(l) fundusze gwarancyjnych i inne systemy zabezpieczenia.

Artykuł 2:502 – Różnice treści

(1) Jeżeli postanowienia znajdujące się w dokumencie potwierdzającym zwarcie umowy ubezpieczenia różnią się od postanowień wynikających z wniosku ubezpieczeniowego lub wcześniejszej umowy zawartej między stronami to, o ile takie różnice zostały wyróżnione w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy, domniemuje się, iż ubezpieczający akceptuje wskazane różnice, chyba że wyrazi on swój sprzeciw w terminie jednego miesiąca od dnia otrzymania dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel jest zobowiązany wyraźnie przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej prawo do zgłoszenia sprzeciwu w stosunku do różnic przedstawionych w dokumencie ubezpieczenia.

(2) Jeżeli ubezpieczyciel nie spełnia obowiązku wskazanego w par. 1, umowę uważa się za zawartą na warunkach określonych we wniosku ubezpieczeniowym lub we wcześniejszej umowie zawartej miedzy stronami.

Sekcja szósta – Czas trwania umowy ubezpieczenia

Artykuł 2:601 – Czas trwania umowy ubezpieczenia

(1) Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku. Strony mogą zawrzeć umowę ubezpieczenia na inny okres, jeżeli wynika to z natury ubezpieczanego ryzyka.

(2) Paragrafu pierwszego nie stosuje się do ubezpieczeń osobowych.

Artykuł 2: 602 – Klauzula prolongacyjna

(1) Po upływie okresu jednego roku o którym mowa w art. 2:601 umowę uznaję się za zawartą na kolejny okres jednego roku, chyba że:

(a) ubezpieczyciel oświadczył na piśmie inaczej, w terminie co najmniej na jeden miesiąc przed upływem okresu jednego roku na który została zawarta umowa ubezpieczenia i wskazał przyczyny swej decyzji;

(b) ubezpieczający oświadczy na piśmie inaczej, nie później niż na dzień, w którym upływa okres jednego roku od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub w terminie jednego miesiąca od dnia otrzymania informacji ubezpieczyciela o wysokości składki ubezpieczeniowej na kolejny roczny okres, w zależności od tego, który ze wskazanych terminów jest późniejszy. Jednakże miesięczny termin od otrzymania informacji ubezpieczyciela o wysokości składki ubezpieczeniowej na kolejny roczny okres rozpoczyna swój bieg jeśli ubezpieczyciel powiadomił ubezpieczającego o tym prawie na piśmie w jasny sposób, pogrubioną czcionką.

(2) Oświadczenie ubezpieczającego o którym mowa w par. 1 uważa się za skuteczne z chwilą jego nadania.

Artykuł 2:603 – Zmiana treści umowy ubezpieczenia

(1) W przypadku stosowania klauzuli prolongacyjnej zgodnie z art. 2:602, postanowienia umowy, które przewidują zmianę treści umowy, w szczególności w zakresie wysokości składki ubezpieczeniowej, są nieważne, chyba że spełnione są następujące warunki:

(a) jakakolwiek zmiana nie może nastąpić wcześniej niż przed kolejną prolongacją umowy,

(b) ubezpieczyciel powiadomi na piśmie ubezpieczającego o zmianie nie później niż jeden miesiąc przed upływem okresu na który zawarta jest trwająca umowa ubezpieczenia, i

(c) powiadomienie o którym mowa w lit. (b) powinno zawierać informacje o prawie ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i konsekwencjach nie skorzystania z przysługującego prawa wypowiedzenia umowy.

(2) Par. 1 stosuje się bez względu na inne warunki ważności zastosowania klauzul prolongacyjnych dotyczących zmian treści umowy.

Artykuł 2:604 – Wypowiedzenie umowy w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego

(1) Postanowienie umożliwiające wypowiedzenie umowy w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest nie ważne, chyba że:

(a) przysługuje obu stronom, i

(b) nie dotyczy umowy ubezpieczenia osobowego.

(2) Zarówno postanowienie odnoszące się do wypowiedzenia umowy a także wykonanie tego prawa musi być uzasadnione.

(3) Prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego wygasa jeśli strona, która chce skorzystać ze swego uprawnienia, nie wypowiedziała na piśmie umowy w ciągu dwóch miesięcy od dnia w którym dowiedziała się o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.

(4) Ochrona ubezpieczeniowa ustaje w terminie dwóch tygodni od dnia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w par. 3.

Sekcja siódma – Obowiązki informacyjne ubezpieczyciela po zawarciu umowy ubezpieczenia

Artykuł 2:701 – Ogólna reguła informowania

W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel jest obowiązany do informowania na piśmie ubezpieczającego bez zbędnej zwłoki o każdym wypadku: zmiany nazwy lub siedziby ubezpieczyciela, formy prawnej prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, zmiany adresu siedziby głównej oraz zmiany adresu agencji lub oddziału który doprowadził do zawarcia danej umowy ubezpieczenia.

Artykuł 2:702 – Pozostałe powinności informacyjne ubezpieczyciela na żądanie

(1) Na żądanie ubezpieczającego ubezpieczyciel jest obowiązany udzielić bez zbędnej zwłoki informacji dotyczących:

(a) w zakresie w jakim może być uzasadnionym wymaganie od ubezpieczyciela, wszelkich informacji dotyczących wykonania umowy ubezpieczenia;

(b) nowych ogólnych warunków na podstawie których zawierane są umowy ubezpieczenia tego samego typu jak zawarta z ubezpieczającym.

(2) Oświadczenia ubezpieczającego i ubezpieczyciela o których mowa w par. 1 wymagają formy pisemnej.

Rozdział 3 – Pośrednicy ubezpieczeniowi

Artykuł 3:101 – Agent ubezpieczeniowy

(1) Agent ubezpieczeniowy jest umocowany do dokonywania wszelkich czynności w imieniu ubezpieczyciela, które zgodnie z praktyką pozostają w zakresie działalności agenta. Wszelkie ograniczenia pełnomocnictwa agenta ubezpieczeniowego powinny być wyraźnie notyfikowane ubezpieczającemu w odrębnym dokumencie. Jednakże zakres pełnomocnictwa musi co najmniej pokrywać się z zakresem umowy agencyjnej.

(2) W każdym wypadku pełnomocnictwo agenta ubezpieczeniowego musi obejmować:

(a) informowanie i doradzanie ubezpieczającemu, oraz

(b) przyjmowanie oświadczeń od ubezpieczającego.

(3) Odpowiednia wiedza agenta ubezpieczeniowego którą posiada lub powinien posiadać w zakresie umowy agencyjnej uznawana jest za wiedzę ubezpieczyciela.

Artykuł 3:102 – Agenci ubezpieczeniowi uważani za niezależnych

Jeżeli agent ubezpieczeniowy będący niezależnym pośrednikiem, poprzez swoje działalnie lub zaniechanie narusza zasady nałożone przez przepisy prawa, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za takie działanie lub zaniechanie.

Rozdział 4 – Ryzyko ubezpieczeniowe

Sekcja pierwsza – Środki prewencyjne

Artykuł 4:101 – Definicja środków prewencyjnych

Środek prewencyjny oznacza postanowienie umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego czy stanowi ono przesłankę odpowiedzialności ubezpieczyciela, na podstawie którego zobowiązano ubezpieczającego lub ubezpieczonego do określonego działania lub zaniechania określonego działania, przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego.

Artykuł 4:102 – Prawo ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy

(1) Umowa może zawierać postanowienie przyznające ubezpieczycielowi prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w przypadku nie dochowania środka prewencyjnego jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony naruszył swój obowiązek umyślnie z zamiarem wyrządzenia szkody lub lekkomyślnie wiedząc o tym że dane działanie lub zaniechanie może spowodować wystąpienie szkody.

(2) W razie spełnienia się przesłanek o których mowa w par. 1 ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę na piśmie w terminie jednego miesiąca od dnia w którym dowiedział się o naruszeniu obowiązków prewencyjnych lub naruszenie stało się oczywiste. Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z chwilą wypowiedzenia umowy.

Artykuł 4:103 – Zwolnienie ubezpieczyciela z odpowiedzialności

(1) Postanowienia umowy, które zwalniają ubezpieczyciela całkowicie lub częściowo od spełnienia świadczenia w przypadku nie dochowania środków prewencyjnych, są ważne jeśli wypadek ubezpieczeniowy był spowodowany działaniem umyślnym z zamiarem wyrządzenia szkody lub lekkomyślnie przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, który wiedział o tym, że dane działanie lub zaniechanie może spowodować stratę.

(2) Z uwzględnieniem zrozumiałego postanowienia przewidującego zmniejszenie świadczenia ubezpieczeniowego w zależności od stopnia winy, ubezpieczający lub ubezpieczony, w zależności od przypadku, są uprawnieni do świadczenia ubezpieczeniowego w razie straty spowodowanej przez niedbalstwo w stosowaniu środków prewencyjnych.

Sekcja druga – Zwiększenie ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego

Artykuł 4:201 – Postanowienia umowne dotyczące zwiększenia ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego

Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienie dotyczące zwiększenia ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, to nie jest ono skuteczne dopóki do zwiększenia ryzyka nie dochodzi i dopóki nie jest to zwiększenie tego rodzaju, o którym mowa w umowie ubezpieczenia.

Artykuł 4:202 – Obowiązki informacyjne dotyczące zwiększenia ryzyka

(1) Jeżeli postanowienie odnoszące się do zwiększenia ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego, wprowadza obowiązek powiadomienia o takim zwiększeniu, powiadomienie to powinno być złożone przez odpowiednio: ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta, jeżeli osoba zobowiązana do złożenia takiego powiadomienia wiedziała lub powinna była wiedzieć o istnieniu ochrony ubezpieczeniowej i o zwiększeniu ryzyka. Skutki braku powiadomienia ubezpieczyciela o zwiększeniu ryzyka nie następują, jeżeli ubezpieczyciel otrzymał powiadomienie o zwiększeniu ryzyka również od innej osoby.

(2) Jeżeli postanowienie przewiduje złożenia powiadomienia w określonym terminie, termin ten powinien być odpowiedni do okoliczności. Powiadomienie jest skuteczne z chwilą nadania.

(3) W przypadku naruszenia obowiązku powiadomienia o zwiększeniu ryzyka, ubezpieczyciel nie jest uprawniony do odmowy spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że strata powstała w wyniku zwiększenia się ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego. W pozostałym zakresie ubezpieczyciel odpowiada zgodnie z art. 4:203 par. 3.

Artykuł 4:203 – Sankcje

(1) Jeśli umowa przewiduje, że w przypadku zwiększenia ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczyciel jest uprawniony do wypowiedzenia umowy, może on z tego uprawnienia skorzystać poprzez złożenie pisemnego oświadczenia ubezpieczającemu w okresie jednego miesiąca, licząc od chwili w której ubezpieczyciel dowiedział się o zwiększeniu ryzyka lub zwiększenie to stało się dla niego oczywiste.

(2) Ochrona ubezpieczeniowa wygasa po upływie jednego miesiąca od daty wypowiedzenia lub wygasa z dniem wypowiedzenia umowy jeśli ubezpieczający umyślnie naruszył obowiązek o którym mowa w art. 4:202.

(3) Jeżeli do wypadku ubezpieczeniowego doszło w wyniku zwiększenia się ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego, o którym ubezpieczający wiedział lub powinien był wiedzieć, zanim ochrona ubezpieczeniowa wygasła, odszkodowanie nie należy się, jeśli ubezpieczyciel w ogóle nie ubezpieczyłby zwiększonego ryzyka. Jeżeli jednak ubezpieczyciel ubezpieczyłby zwiększo-

ne ryzyko przy wyższej składce ubezpieczeniowej lub na podstawie odmiennych postanowień umowy ubezpieczenia, odszkodowanie należy się proporcjonalnie lub zgodnie z powyższymi postanowieniami.

Sekcja trzecia – Zmniejszenie się ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego

Artykuł 4:301 – Skutki zmniejszenia się ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego

(1) Jeżeli zmniejszeniu uległo ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego, ubezpieczający ma prawo żądać proporcjonalnego zmniejszenia składki ubezpieczeniowej za pozostały okres ubezpieczenia.

(2) Jeżeli strony nie zgodzą się na proporcjonalne zmniejszenie składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć na piśmie umowę ubezpieczenia w terminie dwóch miesięcy od dnia żądania proporcjonalnego zmniejszenia składki.

Rozdział 5 – Składka ubezpieczeniowa

Artykuł 5:101 – Pierwsza albo pojedyncza składka ubezpieczeniowa

Jeżeli ubezpieczyciel uczyni z zapłaty pierwszej albo pojedynczej składki przesłankę zawarcia umowy lub udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, taka przesłanka jest bezskuteczna, chyba że:

(a) osobie składającej wniosek ubezpieczeniowy przedstawiono taką przesłankę na piśmie w sposób zrozumiały jednocześnie ostrzegając że osobie tej ochrona ubezpieczeniowa nie jest udzielana do czasu zapłacenia składki ubezpieczeniowej, oraz

(b) minął termin dwóch tygodni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego informacji o których mowa w lit. (a), a składka ubezpieczeniowa do tego czasu nie została zapłacona.

Artykuł 5:102 – Kolejna składka ubezpieczeniowa

(1) Postanowienie umowy zwalniające ubezpieczyciela z obowiązku ponoszenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku nie opłacenia kolejnej składki ubezpieczeniowej jest bezskutecznie, chyba że:

(a) ubezpieczający otrzymał wezwanie do zapłaty składki wskazujące precyzyjnie wysokość składki i termin jej płatności;

(b) po upływie terminu płatności, ubezpieczyciel wezwał ubezpieczającego do zapłaty składki, wskazując precyzyjnie jej wysokość, wyznaczając dodatkowy termin co najmniej dwóch tygodni oraz ostrzegając ubezpieczającego o możliwym zawieszeniu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jeśli składka nie zostanie zapłacona; oraz

(c) dodatkowy termin o którym mowa w lit. (b) upłynął, a składka nie została opłacona.

(2) Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności po upływie dodatkowego terminu o którym mowa w par. 1 lit. (b). Ochrona ubezpieczeniowa będzie przywrócona tak szybko jak ubezpieczający zapłaci składkę w odpowiedniej wysokości, chyba że umowa zostania wypowiedziana zgodnie z art. 5:103.

Artykuł 5:103 – Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

(1) W wypadku upływu okresu o którym mowa w art. 5:101 lit. (b) lub art. 5:102 par. 1 lit. (b), jeżeli składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona, ubezpieczyciel jest uprawniony do wypowiedzenia umowy na piśmie, jeżeli wezwanie o którym mowa, odpowiednio, w art. 5:101 lit. (b) lub art. 5:102 par. 1 lit. (b), zawiera w swej treści uprawnienie ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

(2) Umowę ubezpieczenia uważa się za rozwiązaną jeśli, w zależności od okoliczności, ubezpieczyciel nie wzywa do zapłacenia:

(a) pierwszej składki, w okresie dwóch miesięcy po upływie terminu, o którym mowa w art. 5:101 lit. (b); lub

(b) kolejnej składki, w okresie dwóch miesięcy po upływie terminu, o którym mowa w art. 5:102 par. 1 lit. (b).

Artykuł 5:104 – Podział składki

Jeżeli umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu przed upływem terminu na który była zawarta, ubezpieczyciel jest wyłącznie uprawniony do żądania zapłaty składki za okres poprzedzający rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

Artykuł 5:105 – Prawo do zapłaty składki

Ubezpieczyciel nie ma prawa odmówić przyjęcia składki ubezpieczeniowej od osoby trzeciej, jeśli:

(a) osoba trzecia działa w imieniu ubezpieczającego, lub

(b) osoba trzecia ma interes w udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej a ubezpieczający nie zapłacił składki ubezpieczeniowej lub stało się jasne że nie zapłaci składki w terminie płatności.

Rozdział 6 – Wypadek ubezpieczeniowy

Artykuł 6:101 – Powiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego

(1) Ubezpieczający, ubezpieczony lub beneficjent jest zobowiązany do powiadomienia ubezpieczyciela o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, o ile zobowiązana osoba wiedziała lub powinna była wiedzieć o udzielanej ochronie ubezpieczeniowej i zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Skuteczne jest powiadomienie ubezpieczyciela dokonane przez inną osobę.

(2) Powiadomienie powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki i staje się skuteczne z chwilą jego nadania. Jeśli umowa przewiduje, że powiadomienie powinno być złożone w oznaczonym terminie, taki termin powinien być odpowiedni i w żadnym wypadku nie może być krótszy niż 5 dni.

(3) Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego powinna być zmniejszona proporcjonalnie do zakresu uszczerbku wywołanego, udowodnioną przez ubezpieczyciela, zbędną zwłoką w powiadomieniu go o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.

Artykuł 6:102 – Współpraca przy ustalania okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego

(1) Ubezpieczający, ubezpieczony lub beneficjent jest zobowiązany do współpracy z ubezpieczycielem w celu ustalenia okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego, – w szczególności poprzez:

– udzielanie informacji o okolicznościach zajścia wypadku ubezpieczeniowego,

– udostępnianie dokumentów oraz dowodów dotyczących wypadku ubezpieczeniowego,

– dostęp do danych, dotyczących przyczyn wypadku ubezpieczeniowego.

(2) W przypadku jakiegokolwiek naruszenia par. 1, z uwzględnieniem par. 3, świadczenie ubezpieczyciela powinno być zmniejszone w zakresie w jakim ubezpieczyciel udowodnił iż naruszenie spowodowało szkodę.

(3) W przypadku jakiegokolwiek naruszenia par. 1 umyślnie lub lekkomyślnie ale ze świadomością, że takie działanie lub zaniechanie mogłoby wyrządzić szkodę, ubezpieczyciel nie jest obowiązany do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego.

Artykuł 6:103 – Uznanie roszczeń

(1) Ubezpieczyciel powinien podjąć wszelkie uzasadnione czynności zmierzające do terminowego rozstrzygnięcia o roszczeniu ubezpieczeniowym.

(2) Jeżeli ubezpieczyciel nie odrzuci roszczenia albo nie odroczy uznania tego roszczenia poprzez pisemne oświadczenie zawierające podstawy jego decyzji w okresie jednego miesiąca licząc od daty otrzymania wymaganych dokumentów i innych informacji, uważa się że roszczenie zostało uznane.

Artykuł 6:104 – Termin spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego

(1) W przypadku uznania roszczenia ubezpieczyciel powinien niezwłocznie spełnić świadczenie pieniężne lub odpowiednio inne przyrzeczone świadczenie ubezpieczeniowe.

(2) Jeżeli pełna wartość roszczenia nie została jeszcze określona, ale dochodzący roszczenia jest uprawniony przynajmniej w zakresie jego części, to w tej części świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie.

(3) Płatność świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ust. 1 albo 2, powinna nastąpić nie później niż w ciągu jednego tygodnia od daty uznania i określenia pełnej wysokości dochodzonego roszczenia albo odpowiednio jego części.

Artykuł 6:105 – Opóźnienie w spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego[10]

(1) Jeżeli świadczenie pieniężne nie zostanie spełnione zgodnie z art. 6:104, dochodzący roszczenia, jest uprawniony do żądania zapłaty odsetek od sumy świadczenia ubezpieczeniowego od chwili gdy ubezpieczyciel był zobowiązany spełnićświadczenie do czasu, gdy świadczenie spełnił. Wysokość odsetek stanowi sumę stopy procentowej odsetek zastosowanych przez Europejski Bank Centralny do jego ostatniej głównej operacji refinansowania przeprowadzonej przed pierwszym dniem kalendarzowym odnośnego półrocza oraz dodatkowych 7 punktów procentowych.

(2) Dochodzący roszczenia jest uprawniony do rekompensaty z tytułu wszystkich dodatkowych szkód spowodowanych przez opóźnienie spełnienia świadczenia pieniężnego.

Rozdział 7 – Przedawnienie

Artykuł 7:101 – Roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej

Roszczenie o zapłatę składki przedawnia się z upływem roku od dnia wymagalności składki.

Artykuł 7:102 – Roszczenie o zapłatęświadczeń ubezpieczeniowych

(1) Co do zasady, roszczenie o zapłatęświadczeń ubezpieczeniowych przedawnia się z upływem lat trzech od dnia, w którym ubezpieczyciel ostatecznie uznał roszczenie lub od dnia w którym można przyjąć, że roszczenie zostało w taki sposób uznane, zgodnie z art. 6:103. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, za wyjątkiem roszczeń wynikających z ubezpieczeń na życie, gdzie okres ten wynosi lat 30.

(2) Roszczenie o zapłatę wartości wykupu ubezpieczenia na życie, przedawniają się z upływem lat trzech od dnia otrzymania przez ubezpieczającego końcowego zestawienia zgromadzonych środków. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzydzieści lat, od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie.

Artykuł 7:103 – Pozostałe zagadnienia związane z przedawnieniem

Zgodnie z art. 7:101 oraz art. 7:102 ZEPU, artykuły 14:101 – 14:503 Zasad Ogólnych Europejskiego Prawa Kontraktów (PECL[11]) stosuje się odpowiednio, do roszczeń z umowy ubezpieczenia.

---

[10] Artykuł oparty jest na treści artykułu 3 par. 1 (d) Dyrektywy 2000/35/EC.

[11] Cf. Lando/Beale (eds.), *Principles of European Contract Law*, *Parts I and II* (Kluwer Law International, The Hague 2000); Lando/Clive/Prüm/Zimmermann (eds.), *Principles of European Contract Law*, *Part III* (Kluwer Law International, The Hague 2003).

Umowa ubezpieczenia może wyłączyć stosowanie powyższych przepisów PECL zgodnie z art. 1:103 par. 2 ZEPU.

Część 2
Postanowienia wspólne dla ubezpieczenia szkody

Rozdział 8 – Suma ubezpieczenia i wartość ubezpieczenia

Artykuł 8:101 – Wysokość odszkodowania pieniężnego

(1) Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do spełnienia świadczenia pieniężnego wyższego od sumy będącej równowartością szkód poniesionych przez ubezpieczonego.

(2) Postanowienie umowy, które określa wartość przedmiotu ubezpieczenia jest ważne nawet jeśli określona wartość przekracza rzeczywistą wartość przedmiotu ubezpieczenia, o ile ubezpieczający lub ubezpieczony nie działali na szkodę drugiej strony lub nie wprowadzali ubezpieczyciela w błąd, w chwili gdy wartość była ustalana.

Artykuł 8:102 – Niedoubezpieczenie

(1) Ubezpieczyciel odpowiada za każdą szkodę do wysokości sumy ubezpieczenia, nawet jeśli suma ubezpieczenia jest niższa niż wartość ubezpieczonego mienia w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

(2) Jednakże jeśli ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z par. 1, to jest on także uprawniony do wypłaty odszkodowania pozostającego w takim stosunku do wartości szkody w jakim pozostaje suma ubezpieczenia do rzeczywistej wartości ubezpieczonego mienia z chwili wystąpienia szkody. Ponadto zwrot równowartości kosztów, o których mowa w art. 9:102 powinno być dokonane w takiej samej proporcji.

Artykuł 8:103 – Zmiana umowy w przypadku nadubezpieczenia

(1) Jeśli suma ubezpieczenia przekracza równowartość maksymalnej szkody zgodnie z umową ubezpieczenia, każda ze stron jest uprawniona do żądania zmniejszenia sumy ubezpieczenia i odpowiedniego zmniejszenia składki za pozostały okres trwania umowy.

(2) Jeżeli strony nie osiągną porozumienia w zakresie zmniejszenia sumy ubezpieczenia i składki, każda ze stron po upływie jednego miesiąca od chwili przedstawienia żądania o którym mowa w par. 1, jest uprawniona do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

Artykuł 8:104 – Wielokrotne ubezpieczenie

(1) Jeżeli ten sam interes ubezpieczeniowy jest odrębnie ubezpieczony przez więcej niż jednego ubezpieczyciela, ubezpieczony jest uprawniony do żądania spełnienia świadczenia od jednego i każdego ubezpieczyciela do wysokości niezbędnej do zaspokojenia ubezpieczonego w zakresie rzeczywiście poniesionych szkód.

(2) Ubezpieczyciel, do którego zwrócono się z roszczeniem powinien spełnićświadczenie pieniężne do wysokości sumy ubezpieczenia oraz zwrócić koszty poniesione w związku z zastosowaniem środków zapobiegawczych, niezależnie od prawa dochodzenia świadczenia od jakiegokolwiek innego ubezpieczyciela.

(3) Pomiędzy ubezpieczycielami, prawa i obowiązki o których mowa w par. 2, powinny być określone proporcjonalnie do sum, do których wysokości odpowiadają oni, niezależnie od siebie, wobec ubezpieczonego.

Rozdział 9 – Uprawnienie do odszkodowania

Artykuł 9:101 – Przyczynienie się do powstania szkody

(1) Ani ubezpieczający ani ubezpieczony nie jest uprawniony do odszkodowania w zakresie w jakim szkoda powstała w wyniku jego działania lub zaniechania, umyślnego z zamiarem wyrządzenia szkody lub lekkomyślnego z wiedzą o tym, że dane działanie lub zaniechanie może spowodować wystąpienie szkody.

(2) Zgodnie z jednoznacznym postanowieniem umowy wprowadzającym zmniejszenie należnego odszkodowania, odpowiednio do stopnia zawinienia, ubezpieczający lub ubezpieczony powinien być uprawniony do odszkodowania jeśli jakakolwiek szkoda została wyrządzona przez działanie lub zaniechanie wynikające z niedbalstwa.

(3) Przyczynienie się do powstania szkody o którym mowa w par. 1 i 2 oznacza także bezskuteczność zapobiegnięcia lub zmniejszenia szkody.

Artykuł 9:102 – Zwrot kosztów poniesionych w związku z zastosowaniem środków prewencyjnych

(1) Ubezpieczyciel powinien zwrócić koszty poniesione lub równowartość szkody poniesionej przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego wynikłych z zastosowania środków w celu zmniejszenia rozmiarów szkody w zakresie w jakim zastosowanie tych środków przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego było w danych okolicznościach uzasadnione, chociażby okazało się bezskuteczne.

(2) Ubezpieczyciel powinien spełnićświadczenie ubezpieczającemu lub odpowiednio ubezpieczonemu jeżeli zastosowano środki, o których mowa w par. 1, nawet jeśli razem z odszkodowaniem suma ta przekroczy sumę ubezpieczenia.

Rozdział 10 – Subrogacja

Artykuł 10:101 – Subrogacja

(1) Ubezpieczyciel jest uprawniony do dochodzenia roszczeń wynikających z subrogacji przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości w jakiej wypłacił świadczenie ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem par. 3

(2) W zakresie w jakim ubezpieczony zrzeka się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, naruszając tym uprawnienie ubezpieczyciela z tytułu subrogacji, traci on prawo do odszkodowania.

(3) Ubezpieczyciel nie jest uprawniony do dochodzenia roszczeń wynikających z subrogacji przeciwko osobie, z którą ubezpieczający lub ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub w analogicznym stosunku do ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub też wobec osoby będącej pracownikiem ubezpieczającego lub ubezpieczonego, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie lub lekkomyślnie z wiedzą o tym, że może spowodować wystąpienie szkody.

(4) Ubezpieczyciel nie może wykonywać swoich praw wynikających z subrogacji z naruszeniem praw ubezpieczonego.

Rozdział 11 – Osoby ubezpieczone inne niż ubezpieczający

Artykuł 11:101 – Zakres uprawnień ubezpieczonego innego niż ubezpieczający

(1) W przypadku ubezpieczenia na rzecz osoby ubezpieczonej innej niż ubezpieczający, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, osoba ta jest uprawniona do świadczenia pieniężnego.

(2) Ubezpieczający może dokonać zmiany takiego wskazania, o ile:

(a) dokument ubezpieczenia nie stanowi inaczej; lub
(b) nie zaszedł wypadek ubezpieczeniowy.
(3) Zmiana wskazania jest skuteczna o ile została sporządzona na piśmie i dostarczona ubezpieczycielowi.

Artykuł 11:102 – Wiedza ubezpieczonego innego niż ubezpieczający

Jeżeli ubezpieczający jest zobowiązany do dostarczenia odpowiednich informacji ubezpieczycielowi, wiedza osoby o której mowa w art. 11:101 nie może być przypisana ubezpieczającemu, jeśli osoba ubezpieczona nie jest świadoma swojego statusu.

Artykuł 11:103 – Naruszenie obowiązku przez poszczególnego ubezpieczonego, innego niż ubezpieczający

Naruszenie obowiązku przez jednego ubezpieczonego nie narusza praw pozostałych osób ubezpieczonych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, chyba że ryzyko jest wspólnie ubezpieczone.

Rozdział 12 – Ubezpieczane ryzyko

Artykuł 12:101 – Skutki braku ubezpieczanego ryzyka

(1) Jeżeli ubezpieczane ryzyko nie istnieje w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia ani w czasie jej trwania, składka nie należy się. Jednakże ubezpieczyciel jest uprawniony do zwrotu uzasadnionych kosztów poniesionych w związku z zawarciem umowy.
(2) Jeżeli ubezpieczane ryzyko przestanie istnieć w okresie trwania umowy, umowę uznaje się za rozwiązaną z chwilą z którą ubezpieczyciel został o tym poinformowany.

Artykuł 12:102 – Zbycie przedmiotu ubezpieczenia

(1) W razie zbycia tytułu prawnego ubezpieczonego mienia, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w terminie jednego miesiąca od dnia zbycia, chyba że ubezpieczający i nabywca umówią się na rozwiązanie umowy w terminie wcześniejszym. Przepisu tego nie stosuje się jeżeli umowa była zawarta na rzecz nabywcy.
(2) Domniemywa się, że nabywca mienia jest ubezpieczony z chwilą, gdy ryzyko związane z ubezpieczonym mieniem zostało przeniesione.
(3) Paragrafu 1 i 2 nie stosuje się:
(a) jeśli ubezpieczyciel, ubezpieczający i nabywca umówią się inaczej, lub
(b) do przejścia tytułu prawnego na podstawie dziedziczenia.

Część 3
Zasady ogólne dla ubezpieczeń na stałe sumy

Rozdział 13 – Dopuszczalność

Artykuł 13:101 – Ubezpieczenia na sumy stałe

Tylko ubezpieczenia wypadkowe, zdrowotne, na życie, posagowe, zaopatrzenia dzieci oraz inne ubezpieczenia osobowe mogą być ubezpieczeniami na sumy stałe.

Michał P. Ziemiak

Klauzule abuzywne w *Restatement of European Insurance Contract Law* a prawo polskie

Wstęp

Zasady Europejskiego Kontraktowego Prawa Ubezpieczeniowego (*Principles of European Insurance Contract Law*, zwane dalej PEICL) zawierają w art. 2:304 regulację dotyczącą klauzul abuzywnych. Jest ona o tyle interesująca, gdyż odnosi się w całości do umowy ubezpieczenia, w przeciwieństwie do ustawodawstw państw członkowskich UE, które w omawianym zakresie przyjmują rozwiązania uniwersalne dla całego obrotu cywilnoprawnego (jak choćby w art. 385^1–385^3 polskiego kodeksu cywilnego). Niniejszy artykuł ma na celu syntetyczne przedstawienie wskazanych uregulowań PEICL, w szczególności w zestawieniu z prawem polskim.

1. Uwagi ogólne

PEICL jako instrument opcyjny ma pozwolić stronom na swobodne kształtowanie prawnego stosunku ubezpieczenia. Stąd art. 1:103 ust. 1 *expressis verbis* wskazuje, które klauzule PEICL są bezwzględnie wiążące[1]. W pozostałym zakresie przepisy PEICL są bezwzględnie wiążące, o ile dotyczą nieuczciwych i zawinionych zachowań. Jednakże zgodnie z art. 1:103 ust. 2 umowa może wyłączyć stosowanie (w całości lub w części) lub zmodyfikować[2] treść klauzul PEICL, o ile takie wyłączenie czy modyfikacja nie narusza interesów ubezpieczającego, ubezpieczonego i beneficjenta, a ochroną ubezpieczeniową objęte jest jedno z enumeratywnie wskazanych tzw. *large risks* (dużych ryzyk)[3]. Już na samym wstępie należy zauważyć, iż w przeciwieństwie do prawa polskiego, przepisy PEICL o klauzulach abuzywnych nie mają powszechnego charakteru norm *ius cogens*. Oznacza to, iż strony umowy ubezpieczenia są władne w drodze stosownych postanowień wyłączyć lub zmodyfikować zastosowanie art. 2:304 w stosunku do ryzyk gospodarczych. Spełniony musi zostać jednak warunek „braku szkodliwości" takiego wyłączenia czy zmiany dla stron i podmiotów stosunku prawnego ubezpieczenia (z wyjątkiem samego ubezpieczyciela). Jednakże należy mieć na uwadze, że stosowanie w umowie lub o.w.u. postanowień niedozwolonych z pewnością uznać należy za zachowanie nieuczciwe, godzące w interesy szeregu podmiotów występujących w ramach stosunku ubezpieczenia. Dlatego jeżeli umowa ubezpieczenia dotyczyć będzie tzw. *mass risks* (ryzyk masowych), charakterystycznych przede wszystkim dla obrotu konsumenckiego, to umowne wyłączenie lub modyfikacja art. 2:304 nie będzie możliwe. W przypadku zastosowania takiego wyłączenia nie będzie ono więc wiązało zarówno stron umowy jak i innych podmiotów, których umowa dotyczy, co pozwoli na analizę postanowień

[1] Chodzi tu o przepisy art. 1:102 zd. 2, 2:104 oraz 13:101, choć twórcy PEICL nie wykluczają poszerzenia tego katalogu o dodatkowe klauzule, jeżeli w toku dalszych prac zajdzie taka konieczność; por. *Draft, Common Frame of Reference, Chapter III, Section IX, Insurance Contract*, *Polish private translation by Dariusz Fuchs*, stan na dzień 1 sierpnia 2009 r.

[2] Co prawda przepis ten mówi tylko o wyłączeniu zastosowania klauzul PECIL, niemniej skoro strony mogą pewne postanowienia wyłączyć, to tym bardziej są uprawnione do modyfikowania ich treści.

[3] Por. D. Fuchs, *Restatement of European Insurance Contract Law, a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń* (w:) E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń,* Toruń 2009, s. 133–134; wykaz ryzyk stanowi aneks do PEICL, podobnie jak załącznik do polskiej ustawy o działalności ubezpieczeniowej zawierający podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń.

pod kątem ich abuzywności (oczywiście z wyjątkiem postanowień uzgodnionych indywidualnie z ubezpieczycielem).

Artykuł 2:304 umiejscowiony został w części pierwszej PEICL („Postanowienia wspólne dla wszystkich rodzajów umów ubezpieczenia objętych zasadami europejskiego prawa ubezpieczeń"), w rozdziale drugim, sekcja trzecia („Zawarcie umowy ubezpieczenia"). Poprzedzające go przepisy dotyczą m.in. sposobu zawarcia oraz odstąpienia od umowy ubezpieczenia. Twórcy PEICL w samej jego treści wyraźnie wskazują, iż wzorem dla regulacji art. 2:304 była dyrektywa 93/13/EEC z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich[4] (*Directive on unfair terms in consumer contracts*, zwana dalej dyrektywą 93/13), a przede wszystkim jej artykuły 3,4 oraz 6. Stąd zdecydowano się przyjąć w art. 2:304 ust. 1 następującą definicję postanowienia niedozwolonego: „Warunki umowy, które nie były indywidualnie negocjowane, nie wiążą ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta, jeżeli stoją w sprzeczności z wymogami dobrej wiary i dobrych praktyk rynkowych, powodują znaczącą nierównowagę wynikających z umowy, dla nich praw i obowiązków, biorąc pod uwagę istotę umowy ubezpieczenia a także pozostałe postanowienia umowy oraz okoliczności w których została zawarta". Pozostała część art. 2:304 PEICL tj. ust. 2–4 stanowią rozszerzenie powyższej definicji. Przepisy te omówione zostaną w dalszej części artykułu.

2. Zakres podmiotowy art. 2:304

Już na pierwszy rzut oka zastanawiający jest krąg podmiotów objętych ochroną przed klauzulami abuzywnymi.

Po pierwsze, adresatami normy zawartej w art. 2:304 PEICL nie są wyłącznie konsumenci, gdyż ma ona charakter uniwersalny. Twórcy PEICL podkreślają, iż ubezpieczający potrzebują skutecznej ochrony przed ubezpieczycielami, bez względu na fakt, czy posiadają status konsumenta[5]. Rozwiązanie takie stanowi oczywiście odstępstwo od treści art. 3 dyrektywy 93/13, który definiując klauzulę abuzywną posługuje się pojęciem konsumenta. Niemniej trzeba zauważyć, iż stosowanie regulacji prokonsumenckich do obrotu dwustronnie profesjonalnego jest zjawiskiem powszechnym. Wszak dyrektywy zawierają wyłącznie minimalny standard legislacyjny, który może być rozszerzany w procesie implementacji. Przykładowo w Niemczech § 310 BGB przyznaje uprawnienia do ubezskuteczniania klauzul abuzywnych w umowach także profesjonalistom (z wyjątkiem umów zawieranych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej czy zawodowej oraz gdy profesjonalistą jest podmiot prawa publicznego). Zresztą podobna sytuacja miała (i nadal ma) miejsce w Polsce. Uchylony w 2007 r. art. 384 § 5 k.c. nadawał przecież uprawnienia konsumenta każdemu ubezpieczającemu. Obecnie art. 805 § 4 k.c. sankcjonuje możliwość zastosowania przepisów art. 385^1–385^3 do umów ubezpieczenia zawieranych przez osoby fizyczne, nawet jeżeli umowy te pozostają w bezpośrednim związku z wykonywaną działalnością gospodarczą czy zawodową[6].

[4] Dz. Urz. WE z 21.04.1993 L 95, s. 29; ponadto wzorowano się też na art. 4:110 *Principles of European Contract Law* (PECL), por. J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.) *Principles of European Insurance Contract Law (PEICL),* Munich 2009, s. 116.

[5] Por. J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.), *op. cit.*

[6] Przepis ten stanowi pewien kompromis legislacyjny (osiągnięty w toku prac nad nowelizacją przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia z 2007 r.), wprowadzający maksymalnie selektywny poziom ochrony konsumenckiej w ubezpieczeniach tj. przyznający taką ochronę wyłącznie podmiotom rzeczywiście jej potrzebującym, por. M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Warszawa 2007, s. 29 czy K. Przewalska, M. Orlicki, *Nowe prawo ubezpieczeń gospodarczych. Pakiet ustaw ubezpieczeniowych. Kodeks cywilny po zmianach*, Bydgoszcz–Warszawa–Poznań 2004, s. 212.

Po drugie, podobnie jak w art. 808 § 5 k.c., adresatem art. 2:304 PEICL jest ubezpieczony, który nie musi być jednocześnie ubezpieczającym[7]. Gwoli ścisłości wskazać trzeba, że PEICL definiuje ubezpieczonego w art. 1:202 ust. 1 jako osobę, której interes jest chroniony przed szkodą w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie ubezpieczenia szkody[8]. Zasadniczą różnicą w stosunku do prawa polskiego jest znacznie mniej ograniczony zakres zastosowania art. 2:304 względem ubezpieczonego. Artykuł 808 § 5 k.c. zawęża uprawienia ubezpieczonego tylko do sytuacji, kiedy postanowienie umowy lub o.w.u. dotyczy jego praw i obowiązków, a sama umowa nie wiąże się bezpośrednio z prowadzoną przez ubezpieczonego działalnością gospodarczą lub zawodową. Zgodnie z PEICL ubezpieczony może kwestionować każde postanowienie umowy dotyczące jego praw i obowiązków.

Po trzecie, zarzut abuzywności może zostać podniesiony także przez beneficjenta, a więc osobę, na której rzecz zostanie spełnione świadczenie pieniężne ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczenia na stałe sumy[9] (art. 1:202 ust. 1 PEICL). Beneficjenta można porównać z osobą uposażonego w rozumieniu art. 831 k.c., choć PEICL nie ogranicza pojęcia beneficjenta wyłącznie do ubezpieczeń osobowych. Należy zauważyć, że prawo polskie nie przyznaje uposażonemu jakichkolwiek uprawnień odnośnie postanowień niedozwolonych. Rozwiązanie przyjęte w PEICL idzie więc „o krok dalej" od rodzimego art. 808 § 5 k.c. Uposażony jest podmiotem uprawnionym do otrzymania określonej sumy pieniężnej z ubezpieczenia. Co więcej, ubezpieczający lub ubezpieczony może według własnego uznania zmieniać lub odwoływać osoby uposażone. Uposażony jest więc osobą trzecią w stosunku do umowy ubezpieczenia. Umowy (bądź o.w.u.) zawierają bardzo ograniczony zakres postanowień odnoszących się do uposażonego. Dotyczą one przede wszystkim: podziału sumy ubezpieczenia (jeżeli jest np. kilku uposażonych, a część z nich umiera wcześniej niż sam ubezpieczony albo kiedy ubezpieczony nie wskazał wysokości udziałów przypadających dla każdego uposażonego) oraz kolejności uzyskania uprawnienia do sumy ubezpieczenia przez członków rodziny w przypadku niewyznaczenia uposażonych lub utraty uprawnień uposażonego.

Wskazane postanowienia opierają się w praktyce na, co do zasady, takich przesłankach jak np. proporcjonalny podział sumy ubezpieczenia czy przyznanie uprawnienia do sumy ubezpieczenia wedle kodeksowych grup kolejności dziedziczenia (tj.: najpierw małżonek, potem dzieci, rodzice, etc.). Czasami umowa (o.w.u.) przewiduje przejście uprawnień ubezpieczonego na uposażonych (np. jeżeli ubezpieczenie obejmuje przeprowadzenie operacji lub pobyt w szpitalu ubezpieczonego, a ten umiera w czasie operacji lub pobytu w szpitalu, to świadczenie z tego tytułu przechodzi z mocy umowy na uposażonego). W tej sytuacji uposażonemu przysługiwać będą uprawnienia ubezpieczonego, który „wstępuje" w prawa ubezpieczonego w zakresie uzyskania określonego świadczenia. Czy jednak przyznawanie uposażonemu omawianych uprawnień – na wzór PEICL – byłoby na gruncie prawa polskiego zasadne? Z pewnością znaleźć można argumenty popierające zarówno twierdzącą jak i przeczącą odpowiedź na to pytanie. Uprawnienie do ubezskuteczniania postanowień niedozwolonych można tłu-

[7] Zresztą w najnowszym piśmiennictwie słusznie podkreśla się zbieżność statusu podmiotów stosunku prawnego ubezpieczenia, nie będących zarazem jego stronami, w PEICL z uregulowaniami polskiego kodeksu cywilnego, por. D. Fuchs, *op. cit.*, s. 140–141.

[8] Termin „ubezpieczenie szkody" oznacza z kolei ubezpieczenie, na podstawie którego ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania w razie wystąpienia szkody będącej skutkiem zajścia wypadku ubezpieczeniowego (por. art. 1:201 ust. 3 PEICL).

[9] Termin „ubezpieczenie na stałe sumy" oznacza z kolei ubezpieczenie, w ramach którego ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty z góry określonej sumy pieniężnej w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego (por. art. 1:201 ust. 2 PEICL).

maczyć choćby możliwością niekorzystnego redagowania przez ubezpieczycieli postanowień dotyczących praw i obowiązków osób uposażonych. Jako przykład bliski powyższym naruszeniom przytoczyć można decyzję Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nr RKR 10/2010 z dnia 29 czerwca 2010 r.[10] W pkt. 2 sentencji powołanej decyzji stwierdzono, iż przyznanie ubezpieczycielowi wyłącznego prawa do ustalania wysokości udziałów w świadczeniu wynikającym z umowy ubezpieczenia dla każdego z uposażonych, niezależnie od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego, narusza dyspozycję art. 831 § 2 k.c., a tym samym stanowi praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Co prawda mamy tu do czynienia ze sprzecznością o.w.u. z przepisami k.c., niemniej nie można wykluczyć wystąpienia postanowień co do zasady zgodnych z literą prawa, jednakże niespełniających np. standardu zgodności z dobrymi obyczajami. Z drugiej jednak strony nadawanie kolejnemu podmiotowi występującemu w prawnym stosunku ubezpieczenia uprawnień konsumenckich, może rodzić znaczące wątpliwości. Uposażony nie spełnienia kryteriów definicyjnych konsumenta z art. 22^1 k.c. (nie jest stroną umowy). Poza tym uposażonym może być osoba prawna lub jednostka organizacyjna w rozumieniu art. 33^1 k.c. (ułomna osoba prawna), które w toku nowelizacji przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia z 2007 r. uznano za podmioty nie potrzebujące ochrony konsumenckiej.

Powyższe uwagi pozwalają stwierdzić, iż wyposażenie uposażonego w uprawnienia wynikające z przepisów art. 385^1–385^3 wydaje się być (przynajmniej częściowo) sprzeczne systemowo.

W rezultacie zakres podmiotowy art. 2:304 jest o wiele szerszy w porównaniu z rodzimym ustawodawstwem. Tłumaczy to możliwość umownego wyłączenia zastosowania tego przepisu w ramach konkretnego stosunku prawnego ubezpieczenia dotyczącego „dużych ryzyk", tak aby strony mogły swobodnie i według własnych potrzeb kształtować jego treść.

3. Przesłanki uznania klauzuli za abuzywną

Definicja zawarta w art. 2:304 PEICL pozwala na ustalenie katalogu 3 przesłanek, których kumulatywne spełnienie pozwoli na zakwalifikowanie konkretnego postanowienia za niedozwolone. Chodzi tu o następujące przesłanki:

- brak indywidualnego uzgodnienia warunku (postanowienia) umowy;
- sprzeczność z wymogami dobrej wiary i dobrych praktyk rynkowych;
- spowodowanie na skutek zawarcia w umowie konkretnego warunku (postanowienia) znaczącej nierównowagi praw i obowiązków na niekorzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta.

W tym miejscu należy pokrótce odnieść się do każdej ze wskazanych powyżej przesłanek.

Brak indywidualnego uzgodnienia (wynegocjowania indywidualnego) postanowienia umowy został sprecyzowany w ust. 4 omawianego przepisu PEICL. Przede wszystkim chodzi tu o sytuacje, w których postanowienie umowy zostało sporządzone wcześniej, a ubezpieczający nie miał w związku z tym wpływu na ich treść, zwłaszcza jeżeli zostały przedstawione konsumentowi w formie uprzednio sformułowanej umowy standardowej[11] (a więc wzorców umów takich jak o.w.u.). Podobnie jak w przypadku art. 385^1 § 3 k.c. mamy do czynienia z niemalże bezpośrednim

[10] Dostępna na: http://www.uokik.gov.pl.

[11] Zwrotu „umowa standardowa", który pochodzi bezpośrednio z PEICL oraz dyrektywy 93/13 (*„standard contract"*) nie należy utożsamiać z funkcjonującymi do niedawna w polskim ustawodawstwie ubezpieczeniowym standardowymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

przejęciem treści art. 3 ust. 2 dyrektywy 93/13[12], co pozwala odnieść się do jej założeń, a mianowicie gwarancji poszanowania współpracy kontraktowej czy też eliminacji jednostronnego narzucania niekorzystnych warunków umownych[13]. Brak indywidualnego uzgodnienia oznacza więc brak możliwości decydowania o treści konkretnego warunku, również od strony *stricte* „technicznej" (np. zagwarantowanie możliwości negocjacji). Oczywiście brak wpływu na treść nie będzie się ograniczał wyłącznie do posłużenia się zapisami o.w.u. Nawet jeżeli część warunków umowy była negocjonowana, to nie wyłącza to możliwości zastosowania art. 2:304 PEICL do pozostałej części umowy, jeżeli ogólna ocena umowy wskazuje na to, że została ona sporządzona w formie uprzednio sformułowanej umowy standardowej. Wreszcie na wzór art. 3 ust. 2 dyrektywy 93/13 ciężar dowodu jeżeli chodzi o indywidualne ustalenie konkretnego warunku umowy z ubezpieczającym spoczywa na ubezpieczycielu. Obalenie przesłanki braku indywidualnego uzgodnienia prowadzi do utraty możliwości ich kontroli z punktu widzenia zarzucanej im abuzywności. Odwołując się do podobnej[14] (choć stosowanej do całości obrotu cywilnoprawnego) regulacji art. 385^1 § 4 k.c. przyjąć należy, że przykładowo sam fakt podpisania umowy i akceptacja ustalonych z góry przez jedną ze stron umowy warunków, nie przesądza o tym, że umowa została indywidualnie wynegocjowana z klientem i nie podlega rygorom dotyczącym klauzul abuzywnych[15].

Kolejną przesłanką uznania klauzuli za niedozwoloną w świetle regulacji art. 2:304 PEICL jest sprzeczność z wymogami dobrej wiary (*boni fides*) oraz dobrych praktyk rynkowych. Na wstępie wyjaśnić trzeba powołane pojęcia w kontekście samego PEICL. Zgodnie z art. 1:104 zasada dobrej wiary oraz zasada dobrych praktyk rynkowych stanowią jedne z głównych wskazówek interpretacyjnych PEICL. Dobra wiara jest jedną z podstawowych zasad europejskiego prawa kontraktowego (choć znana oczywiście już w prawie rzymskim)[16], co wyartykułowano chociażby w treści art. 1:201 *Principles of European Contract Law*. Jej znaczenie wielokrotnie podkreślał też ETS w wydawanych przez siebie rozstrzygnięciach jak np. w jednym z najnowszych wyroków dotyczących ochrony konsumenta z dnia 3 września 2009 r. w sprawie *Pia Messner przeciwko Firma Stefan Krüger* (C–489/07)[17]. Istota pojęcia dobrej wiary zostanie przedstawiona dalej. Z kolei dobre praktyki rynkowe to nic innego jak koncepcja uczciwych standardów zachowania na szeroko pojętym rynku, w relacjach zarówno dwustronnie profesjonalnych jak i przedsiębiorca – konsument, w szczególności w fazie przedkontraktowej[18]. Ustawodawstwo unijne uznaje wskazaną zasadę za jedną z podstawowych dla rozwoju wspólnotowego rynku oraz ochrony jego uczestników[19] . Warto na marginesie dodać, że polski kodeks zobowiązań zawierał niemalże

[12] Art. 3 ust. 2 dyrektywy 93/13 stanowi, że: „Warunki umowy zawsze zostaną uznane za niewynegocjowane indywidualnie, jeżeli zostały sporządzone wcześniej i konsument nie miał w związku z tym wpływu na ich treść, zwłaszcza jeśli zostały przedstawione konsumentowi w formie uprzednio sformułowanej umowy standardowej".
[13] M. Bednarek, *Wzorce umów*, (w:) E. Łętowska (red.), *System Prawa Prywatnego, Prawo Zobowiązań – Część Ogólna*, t. V, Warszawa, 2006, s. 658.
[14] Polski ustawodawca przyjął w art. 385^1 § 4 k.c., że ciężar dowodu spoczywa na tym, kto się na to powołuje (analogicznie do art. 6 k.c.), bez wskazywania, że chodzi tu o profesjonalistę jak np. w dyrektywie 93/13 (gdzie jest mowa o sprzedawcy lub dostawcy).
[15] Por. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 maja 2005 r. (VI ACa 15/2005, LexPolonica nr 392988).
[16] Por. J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.), *op. cit.,* s. 44–45 czy R. Zimmermann, S. Whittaker, *Good faith in European contract law*, Cambridge 2000, s. 13–14.
[17] Dz. U. C 256 z 24.10.2009, s. 4–4.
[18] Por. szeroko na ten temat w monografii M. Radeideh, *Fair Trading in EC Law: Information and Consumer Choice in the Internal Market*, Munich 2005.
[19] *Ibidem*.

identyczną klauzulę „zasad uczciwego obrotu", która uwzględniana była w procesie stosowania prawa jako pozaprawne kryterium oceny.

Polski ustawodawca implementując dyrektywę 93/13 posłużył się w art. 385^1 § 1 k.c. pojęciem „dobrych obyczajów" (*boni mores*). *De lege lata* kodeks cywilny rzadko posługuje się pojęciem dobrych obyczajów[20] (np. w art. 72 § 2 k.c.). Docelowo jednak dobre obyczaje mają wypierać z k.c. klauzulę generalną zasad współżycia społecznego, a w rezultacie zastąpić ją całkowicie. Judykatura – pomimo trudności interpretacyjnych pojęcia dobrych obyczajów, które faktycznie wywodzi się z systemu wartości moralnych[21], a więc co do zasady jest pojęciem o niedookreślonym znaczeniu – miała okazję wypowiedzieć się co do interpretacji tego pojęcia. Według Sądu Ochrony Konkurencji i Kosumentów dobre obyczaje należy rozumieć jako reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Inaczej mówiąc, sprzeczne z dobrymi obyczajami będą wszelkie działania potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne i odbiegające od przyjętych standardów postępowania[22]. W tym samym wyroku SOKiK uznał, że za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. W innym wyroku SOKiK przypisał dobrym obyczajom znaczenie polegające na szeroko pojętym szacunku dla drugiego człowieka. W stosunkach z konsumentami dobre obyczaje powinny więc wyrażać się właściwym informowaniem o wszystkich przysługujących uprawnieniach, niewykorzystywaniu uprzywilejowanej pozycji profesjonalisty i rzetelnym traktowaniu partnerów umów[23]. Sąd Najwyższy postrzega działanie wbrew dobrym obyczajom (w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego) jako tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku[24]. Uznanie postanowienia za niedozwolone nie polega na wskazaniu jaki konkretnie dobry obyczaj został przez kwestionowane postanowienie naruszony. Inaczej, służy rozszerzeniu granic swobody sędziowskiej w orzekaniu[25], przy jednoczesnym kompleksowym wyartykułowaniu w wyroku powodów uznania postanowienia za niedozwolone (naruszenie reguł etycznych uczciwego i lojalnego postępowania w obrocie)[26].

W piśmiennictwie podnosi się, że zastosowanie przez polskiego ustawodawcę klauzuli generalnej dobrych obyczajów zamiast modelowej klauzuli dobrej wiary (jak w PEICL) nie było do końca zabiegiem poprawnym. Jak już wspomniano, zarówno dobra wiara jak i dobre obyczaje są klauzulami generalnymi, a więc „niedookreślonymi znaczeniowo zwrotami języka prawnego, odsyłającymi do ogólnie ukierunkowanych, ocennych kryteriów pozaprawnych, których treść ustalana jest ostatecznie w procesach stosowania prawa"[27]. W piśmiennictwie zasadniczo podnosi się, że dobra wiara w istocie odpowiada tym samym kryteriom moralnego i etyczne-

[20] Pojęcie dobrych obyczajów pojawia się też np. na gruncie kodeksu spółek handlowych oraz ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

[21] Jak słusznie zauważają m.in. T. Knypl i K. Trzciński, por. *Znaczenie zwyczajów i dobrych obyczajów w prawie cywilnym i handlowym*, Przegląd Prawa Handlowego 1997, nr 8, s. 22.

[22] Por. wyrok SOKiK z dnia 4 maja 2009 r., XVII Amc 48/08.

[23] Por. wyrok SOKiK z dnia 23 lutego 2006 r., XVII Ama 118/04.

[24] Por. wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 832/04.

[25] Tak też m.in. M. Pilich, *Zasady współżycia społecznego, dobre obyczaje czy dobra wiara? Dylematy nowelizacji klauzul generalnych prawa cywilnego w perspektywie europejskiej*, Studia Prawnicze 2006, nr 4, s. 39.

[26] Por. wyrok SN z dnia 3 lutego 2006 r., I CK 297/05.

[27] Por. L. Leszczyński, *Właściwości posługiwania się klauzulami generalnymi w prawie polskim. Perspektywa zmiany trendu*, Kwartalnik Prawa Prywatnego 1995, nr 3, s. 289.

go wartościowania, co dobre obyczaje[28]. Znaczeniowo przedstawiona powyżej charakterystyka dobrych obyczajów byłaby też właściwa dla dobrej wiary. Niemniej pogląd taki jest kwestionowany. Przykładowo M. Pilich podnosi, że dobre obyczaje odnoszą się wyłącznie do czynników obiektywnych, co można wyrazić następującym imperatywem: postępuj uczciwie i etycznie, bo przestrzeganie określonych norm obyczajowych jest dobre dla społeczności[29]. Tymczasem dobra wiara uwzględnia też czynnik subiektywny, a więc „osobiste intencje i psychologiczną motywację strony, dotyczącej konkretnej sytuacji i konkretnego stosunku prawnego"[30]. Dobra wiara jest więc znaczeniowo szerszą klauzulą generalną, co bezpośrednio przekłada się na sposób jej stosowania przez sąd. Poza tym to właśnie dobra wiara była w założeniu twórców dyrektywy 93/13 podstawowym kryterium ocennym postanowień niedozwolonych. Jest to o tyle istotne, że wykładnia przepisów prawa krajowego, szczególnie tych, których uchwalenie było rezultatem implementacji prawa wspólnotowego, musi być zgodna z „duchem" tego prawa[31]. Jednakże zauważyć trzeba, że nie wszystkie państwa członkowskie odwołują się do klauzuli generalnej dobrej wiary w ramach regulacji postanowień niedozwolonych. Tak jest np. we francuskim kodeksie konsumenckim. Nieuwzględnianie dobrej wiary przy rozstrzyganiu o abuzywności danego postanowienia pozwala wyeliminować trudności z ustaleniem czy działanie lub zaniechanie nastąpiło w dobrej czy złej wierze[32]. Rzeczywiście, z praktycznego punktu widzenia wykazanie działania w złej wierze jest trudniejsze od wykazania naruszenia obiektywnie postrzeganych dobrych obyczajów. W konsekwencji przyjęcie zarówno klauzuli generalnej *boni fides* czy też *boni mores* nie jest wolne od kontrowersji.

Ostatnią przesłanką uznania postanowienia za niedozwolone zgodnie z art. 2:304 ust. 1 PEICL jest spowodowanie na skutek zawarcia w umowie konkretnego postanowienia znaczącej nierównowagi praw i obowiązków na niekorzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta. Po raz kolejny mamy do czynienia z literalnym niemalże przejęciem fragmentu dyrektywy 93/13. Zasadniczym celem jest więc eliminowanie z umowy ubezpieczenia zapisów, powodujących nieuzasadnioną nierównowagę kontraktową[33]. Odnosząc się do art. 385^1 § 1 k.c., PEICL nie odwołuje się bezpośrednio do kategorii interesu ubezpieczającego, ubezpieczonego czy

[28] Por. przede wszystkim Z. Radwański, M. Zieliński, *Uwagi de lege ferenda o klauzulach generalnych w prawie cywilnym*, Przegląd Legislacyjny 2001, nr 2, s. 21–22.

[29] Por. M. Pilich, *op. cit.*, s. 44 oraz 47–48.

[30] M. Pilich, *Dobra wiara w konwencji o umowach międzynarodowej sprzedaży towarów*, Warszawa 2006, s. 10; podobnie T. Justyński, *Nadużycie prawa w polskim prawie cywilnym*, Kraków 2000, s. 111; należy zauważyć, że polska nauka prawa cywilnego przypisuje dobrej wierze dwa znaczenia – obiektywne (klauzula generalna stanowiąca kryterium oceny zachowania podmiotu poprzez odesłanie do wartości moralnych czy etycznych) oraz subiektywne (stan świadomości podmiotu jako istniejąca obiektywnie okoliczność faktyczna), por. B. Giesen, W.J. Katner, P. Księżak, B. Lewaszkiewicz–Petrykowska, R. Majda, E. Michniewicz–Broda, T. Pajor, U. Promińska, M. Pyziak–Szafnicka, W. Robaczyński, M. Serwach, Z. Świderski, M. Wojewoda, *Kodeks cywilny. Część ogólna. Komentarz*, LEX, 2009.

[31] Por. L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006, s. 127–129 i powołane tam orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego; odnośnie dyrektywy 93/13 i wykładni krajowej regulacji klauzul abuzywnych por. wyrok ETS z dnia 27 czerwca 2000 r. w sprawie *Oceano Grupo Editorial SA przeciwko Rocio Murciano Quinteiro i inni* (C– 240/98–244/98) oraz wspomniany w przypisie nr 23 wyrok SN z dnia 3 lutego 2006 r.

[32] Por. M. Skory, *Klauzule abuzywne – zastosowanie przepisów dyrektywy 93/13 w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej (Niemcy, Anglia, Francja, Czechy, Słowacja, Węgry). Ekspertyza wraz ze streszczeniem*, Ekspertyza przygotowana na zlecenie UOKiK, Warszawa 2007, s. 49 oraz 62.

[33] Podobne rozwiązanie przyjęte zostało przez ustawodawcę francuskiego w art. L 132–1 kodeksu konsumenckiego, zgodnie z którym postanowieniem niedozwolonym jest postanowienie, które zmierza do wytworzenia lub skutkuje znaczącą niewspółmiernością (inaczej: dysproporcją) pomiędzy prawami i obowiązkami stron umowy, na niekorzyść konsumenta lub nieprofesjonalisty.

beneficjenta. Niemniej w omawianym przepisie jest mowa o konieczności uwzględnienia „istoty umowy ubezpieczenia" przy ocenie ewentualnej abuzywności konkretnego postanowienia. Stąd trudno przyjąć, iż wskazany proces oceny odbywać się będzie w oderwaniu od interesu ubezpieczającego, ubezpieczonego czy beneficjenta. Na marginesie dodać trzeba, że w piśmiennictwie przyjmuje się, iż polska regulacja – poprzez zastosowanie szerszego kryterium rażącego naruszenia interesów konsumenta – jest korzystniejsza dla słabszej strony stosunku zobowiązaniowego. Wynika to z możliwości eliminacji klauzul, które nie tylko powodują nierównowagę kontraktową, ale i naruszają szeroko pojmowane prawa konsumenta[34].

Na koniec należy odnieść się do okoliczności jakie trzeba wziąć pod uwagę oceniając konkretne postanowienie pod kątem jego abuzywności. Art. 2:304 ust. 1 PEICL zobowiązuje do uwzględnienia wspomnianej istoty umowy ubezpieczenia, pozostałych postanowień umowy oraz okoliczności jej zawarcia. W przeciwieństwie do dyspozycji art. 385^2 k.c. w PEICL nie wprowadzono obowiązku oceny postanowienia według stanu z chwili zawarcia umowy. Wymóg taki można jednak wyinterpretować z obowiązku uwzględniania okoliczności zawarcia umowy.

4. Skutki uznania postanowienia za niedozwolone w świetle art. 2:304 PEICL

Podobnie jak przyjęto w dyrektywie 93/12 oraz art. 385^1 § 1 k.c., PEICL przewiduje, że postanowienia uznane za niedozwolone nie wiążą ubezpieczającego, ubezpieczonego czy beneficjenta. Twórcy PEICL nie określili jednoznacznie jakim rodzajem sankcji cywilnoprawnej obarczone jest stosowanie przez ubezpieczyciela postanowień niedozwolonych (np. nieważność, bezskuteczność, etc.)[35]. Podkreśla się, że takie rozwiązanie pozwala osiągnąć następujący skutek: postanowienie niedozwolone nie może być stosowane względem ubezpieczającego, ubezpieczonego czy beneficjenta, jednakże jeżeli jego zastosowanie byłoby korzystne dla któregoś z tych podmiotów (przy ocenie *ad casu*), to podmiot taki może się na nie powołać[36]. Rzeczywiście, gdyby przyjąć np. sankcję nieważności w swej „czystej postaci", to wskazane powyżej podmioty nie byłyby władne do skutecznego powołania się np. na uprawnienie wynikające z postanowienia niedozwolonego (ze względu na skutek sankcji nieważności: postanowienie z mocy prawa i *ab initio* traktowane jest faktycznie jako nieistniejące). Zgodnie z art. 2:304 ust. 2 umowa ubezpieczenia w pozostałej części obowiązuje strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej określonych warunków (uznanych za niedozwolone). Jeśli nie, nieuczciwe warunki powinny być zastąpione warunkami, na które zdecydowałyby się strony, gdyby wiedziały o ich nieuczciwości. Stąd, ze względu na charakter PEICL jako instrumentu opcyjnego, lukę powstałą na skutek uznania postanowienia za niedozwolone, wypełniają klauzule, na które rozsądny ubezpieczyciel i rozsądny ubezpieczający zdecydowaliby się, gdyby w chwili zawierania umowy wiedzieli o abuzywności konkretnego postanowienia[37].

Uznanie konkretnej klauzuli za abuzywną na gruncie PEICL może mieć więc dwojaki charakter: albo postanowienie „pomija się" bez uzupełniania treści umowy (jeżeli nie uniemożliwia to

[34] Por. M. Skory, *Klauzule abuzywne w polskim prawie ochrony konsumenta*, Kraków 2005, s. 172.

[35] Na gruncie prawa polskiego doszło do sporu odnośnie rodzaju sankcji jaką rzeczywiście posłużył się polski ustawodawca implementując dyrektywę 93/13 – czy jest to sankcja nieważności czy też sankcja tzw. bezskuteczności *ex lege*, por. m.in. W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys Wykładu*, wyd. 9, Warszawa 2004, s. 168–169; E. Łętowska (red.), *Nieuczciwe klauzule w prawie umów konsumenckich*, wyd. 2, Warszawa, 2005, s. 18; M. Skory, *op.cit.*, s. 237 czy też uchwała SN z dnia 13 lipca 2006 r. (III SZP 3/06); w rzeczywistości jednak zwolennicy obu sankcji posługują się identycznymi argumentami.

[36] Por. J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.), *op. cit.*, s. 118.

[37] Ten swoisty „test rozsądku", charakterystyczny przede wszystkim dla systemu *common law* (*reasonableness*) postulują twórcy PEICL, por. Por. J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.), *op. cit.*

lub znacząco nie utrudnia wykonania umowy), albo faktycznie tworzy się nowe postanowienie w miejsce niedozwolonego. Nie ma więc groźby upadku całej umowy na skutek uznania nawet kilku jej postanowień za abuzywne[38].

5. Postanowienia umowy ubezpieczenia nie podlegające kontroli

Zgodnie z art. 2:304 ust. 3 PEICL przepis ten stosuje się do warunków, które ograniczają lub zmieniają zakres ochrony ubezpieczeniowej, jednakże ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy dwóch kluczowych parametrów umowy, a mianowicie:

1. relacji wartości ochrony ubezpieczeniowej do składki ubezpieczeniowej,
2. określenia głównego przedmiotu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i uzgodnionej składki ubezpieczeniowej, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem.

We wskazanym przepisie określono więc zakres postanowień, które co do zasady nie podlegają kontroli z punktu widzenia ich abuzywności. Zgodnie z art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13 ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy ani określenia głównego przedmiotu umowy, ani relacji ceny i wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów lub usług, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem. Dodatkowo przytoczyć należy motyw 19 preambuły, w którym przyjęto, że umowy ubezpieczenia jasno określające ryzyko ubezpieczeniowe oraz odpowiedzialność ubezpieczającego, nie będą podlegały ocenie z punktu widzenia abuzywności, ponieważ takie ograniczenia brane są pod uwagę przy obliczaniu składki opłacanej przez konsumenta. Art. 385^1 § 1 polskiego k.c. przewiduje, że kontrola klauzul umownych nie dotyczy postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Główny przedmiot umowy w rozumieniu dyrektywy 93/13, a więc główne świadczenie stron według k.c., należy rozumieć jako w bezpośredni sposób łączące się z osiągnięciem celu umowy (to co strony chcą uzyskać poprzez zawarcie umowy). Jest ono wyróżnikiem zobowiązania i pozwala na jego identyfikację.

W rodzimym prawie ubezpieczeniowym od lat toczy się spór co do istoty świadczenia głównego ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia. Po stronie ubezpieczającego będzie to obowiązek zapłaty pełnej składki, co nie rodzi żadnych wątpliwości. Po stronie ubezpieczyciela pojawia się jednak problem w definiowaniu świadczenia głównego. W zależności od przyjętej koncepcji będzie to albo zapłata określonego świadczenia pieniężnego w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (teoria świadczenia pieniężnego), albo świadczenie ochrony ubezpieczeniowej (teoria ponoszenia ryzyka). W przypadku teorii ponoszenia ryzyka, w zakres świadczenia głównego zaliczyć można m.in. ograniczenia zakresu czy też wyłączenia odpowiedzialności, które są szczególnie narażone na występowanie klauzul abuzywnych – stąd przyjęcie tej teorii „w czystej postaci" wydaje się być niekorzystne dla konsumenta. Z kolei teoria świadczenia pieniężnego wydaje się być często za wąska z punktu widzenia oceny ewentualnej abuzywności klauzul – co np. z ubezpieczeniami typu *assistance*, gdzie świadczenie ubezpieczyciela nie ma charakteru pieniężnego? W praktyce sądy różnie podchodzą do tego zagadnienia. Wielokrotnie uznaje się na potrzeby przepisów o klauzulach abuzywnych, że świadczeniem ubezpieczyciela jest udzielanie ochronny ubezpieczeniowej, polegające na zobowiązaniu do zapłaty określonego świadczenia pieniężnego w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, co pozwala na badanie postanowień dotyczących odpowiedzialności ubezpieczyciela (wspomnianego ograniczania jej zakresu, wyłączeń, modyfikacji, etc.) pod kątem ich abuzywności – traktowane są

[38] Podobnie jak w przypadku sankcji nieważności na gruncie k.c. por. art. 58 § 3.

one jako co prawda związane ze świadczeniem głównym, lecz tylko pośrednio. Przyjmuje się też – często dość dowolnie „pod kątem sprawy" – jedną z przedstawionych teorii. Dla przykładu w wyroku z dnia 10 czerwca 2008 r. (XVII AmC 300/07) SOKiK uznał, że postanowienia o.w.u. autocasco o sposobie określenia wysokości odszkodowania nie mogą zostać uznane za niedozwolone. Odnoszą się one bowiem do świadczenia głównego ubezpieczyciela jakim jest wypłacenie odszkodowania (art. 805 § 1 k.c.). Skoro więc sformułowano je w sposób jednoznaczny i niebudzący żadnych wątpliwości, to art. 385^1–385^3 k.c. nie znajdą do niego zastosowania. Wreszcie przytoczyć trzeba wyrok SN z dnia 20 października 2006 r.[39], w którym przyjęto, że świadczeniem głównym ubezpieczyciela jest zapłata odszkodowania lub określonej sumy pieniężnej.

W mojej ocenie, w celu efektywnej realizacji uprawnień wynikających z przepisów o klauzulach abuzywnych, pojęcie świadczenia głównego ubezpieczyciela powinno być rozumiane wąsko i obejmować jego podstawową charakterystykę i parametry (ale już nie np. szczegółowe zasady ustalania odszkodowania czy wspomniane postanowienia określające ograniczenia zakresu czy wyłączenia odpowiedzialności). Podobne stanowisko zajął SN w postanowieniu z dnia 6 stycznia 2005 r. (III CZP 76/04) oraz uchwale z dnia 29 czerwca 2007 r. (III CZP 62/07), w której *expressis verbis* przytacza się postulat doktryny, aby: „pojęcie postanowień określających główne świadczenia stron rozumieć wąsko jako obejmujący jedynie klauzule odnoszące się wprost do obowiązku głównego, realizowanego w ramach umowy, przez określenie jego zakresu, a wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną". Tym samym, przyjęcie na gruncie prawa polskiego, w omawianym zakresie, koncepcji świadczenia pieniężnego (jako mieszczącego się – w przeciwieństwie do abstrakcyjnego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej – w ramach klasycznej definicji świadczenia w stosunku zobowiązaniowym[40]) wydaje się być zabiegiem poprawniejszym.

Wracając na grunt PEICL trzeba stwierdzić, że jego twórcy umiejętnie połączyli najważniejsze aspekty obu przedstawionych teorii świadczenia głównego ubezpieczyciela – można przyjąć, że jest nim zarówno ochrona ubezpieczeniowa[41] jak i zapłata świadczenia pieniężnego. W rezultacie przyjęcia „hybrydalnej" definicji świadczenia głównego ubezpieczyciela w art. 2:304 ust. 3 PEICL, ograniczenia i modyfikacje ochrony ubezpieczeniowej nie podlegają kontroli, co zasługuje na zdecydowanie pozytywną ocenę. Słusznie przyjęto, wbrew powołanemu motywowi 19 preambuły dyrektywy 93/13, że nie każdy zapis umowy dotyczący ubezpieczanych ryzyk lub odpowiedzialności ubezpieczyciela winien być wyłączony spod kontroli[42]. Takie rozwiązanie jest jak najbardziej prawidłowe, gdyż sama dyrektywa 93/13 tworzy wyłącznie minimalny standard ochrony, pozwalający przyjąć w PEICL bardziej efektywne rozwiązania. Kontrola abuzywności wyłączona jest tylko w zakresie kluczowych warunków umowy dotyczących rodzaju udzielanej ochrony ubezpieczeniowej czy uzgodnionej składki. Wartość ochrony ubezpieczeniowej w relacji do składki jest parametrem ustalanym indywidualnie przez strony umowy, co naturalnie wyłącza zastosowanie art. 2:304 ust. 1. Z kolei określenie głównego przedmiotu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (czyli tych elementów, które rzeczywiście tworzą trzon umowy ubezpieczenia

[39] IV CSK 125/06, OSNIC, Zbiór Dodatkowy A/2008, poz. 7.

[40] Por. m.in. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834 KC. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 46–47 czy B. Kucharski*, Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia*, Warszawa, 2010, s. 38.

[41] Zgodnie z art. 1:201 ust. 1 PEICL umowa ubezpieczenia to umowa, w ramach której jedna strona – ubezpieczyciel, zobowiązuje się wobec drugiej strony – ubezpieczającego, do pokrycia określonego ryzyka w zamian za składkę ubezpieczeniową, która z kolei stanowi świadczenie pieniężne ubezpieczającego na rzecz ubezpieczyciela w zamian za udzielaną ochronę ubezpieczeniową.

[42] J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.), *op. cit.,* s. 116–117.

jak np. ubezpieczane ryzyka, świadczenia ubezpieczeniowe, suma ubezpieczenia, etc.[43]) czy też składki będzie wyłączone spod kontroli tylko w sytuacji nie sformułowania ich w sposób transparentny i jednoznaczny. Chodzi tu o prostą i nieskomplikowaną redakcję postanowień, zrozumiałą dla ubezpieczającego (przy czym ocena zrozumiałości, ze względu na szeroki zakres stosowania PEICL, winna być dokonywana *ad casu*) z uwzględnieniem rodzaju umowy ubezpieczenia[44].

6. Lista „szarych klauzul" abuzywnych

Twórcy PEICL nie zdecydowali się na opracowanie listy tzw. „szarych klauzul" (odpowiednika załącznika do dyrektywy 93/13), czyli zestawienia postanowień, których abuzywność nie jest stwierdzona *ex lege*, lecz wobec których istnieje uzasadnione podejrzenie, że ich pojawienie się w umowie może naruszać interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub beneficjenta. Przyjęto, przede wszystkim w zgodzie z poglądami M. Clarke'a (odnoszącymi się jednak tylko do konsumentów), że tylko część postanowień z „szarej listy" wskazanych w załączniku do dyrektywy 93/13 znajdzie zastosowanie do umowy ubezpieczenia[45]. Chodzi tu o następujące klauzule[46]:

- wprowadzające konsumenta w błąd lub zniekształcające jego postrzeganie treści umowy ubezpieczenia (ust. 1 lit i. załącznika do dyrektywy 93/13) np. ukryte postanowienia, z którymi konsument nie miał możliwości zapoznać się w fazie przedkontraktowej czy w momencie zawierania umowy;
- wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela za nienależyte wykonanie zobowiązań z umowy ubezpieczenia (ust. 1 lit b. załącznika do dyrektywy 93/13) np. wyłączające lub ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciel za nieterminowe spełnienie świadczenia;
- ustalające ograniczenia dla konsumenta względem dochodzenia roszczeń od ubezpieczyciela (ust. 1 lit q. załącznika do dyrektywy 93/13) np. nakładające obowiązek zgłoszenia szkody w rygorystycznie krótkim terminie;
- uprawniające ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy bez zagwarantowania konsumentowi ekwiwalentnych uprawnień (ust. 1 lit g. załącznika do dyrektywy 93/13) np. uprawniające ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy bez zachowania rozsądnego okresu wypowiedzenia, bez podania istotnych przyczyn;
- uprawniające ubezpieczyciela do jednostronnej zmiany warunków umowy ubezpieczenia (ust. 1 lit j. załącznika do dyrektywy 93/13);
- uprawniające ubezpieczyciela do żądania od konsumenta nieproporcjonalnych kar umownych z tytułu niewykonania zobowiązań z umowy ubezpieczenia (ust. 1 lit d. oraz d. załącznika do dyrektywy 93/13).

Wydaje się, że korzystniejszym z punktu widzenia praktyki byłoby opracowanie osobnego i odnoszącego się całkowicie do problematyki umowy ubezpieczenia zestawienia „szarych klauzul". Pozwoliłoby to na sprawniejsze identyfikowanie i eliminację postanowień niedozwolonych. Co więcej zestawienie takie, stanowiłoby cenny drogowskaz dla krajowych ustawodawców oraz organów stosujących prawo w omawianym zakresie.

[43] *Ibidem,* s. 117.
[44] *Ibidem*.
[45] Por. M. Clarke, *The law of insurance contracts* (5th ed.), London, 2006, cz. 19–5A4; J. Basedow (ed.), J. Birds (ed.), M. Clarke (ed.), H. Cousy (ed.), H. Heiss (ed.), *op. cit.,* s. 120–122.
[46] *Ibidem*, zgodnie z listą i przykładami M. Clarke'a.

Podsumowanie

Opracowanie regulacji, która w całości odnosi się do problematyki postanowień niedozwolonych w umowie ubezpieczenia, było zabiegiem niezwykle interesującym. Stworzono bowiem przepisy, które wydają się w prawidłowy sposób uwzględniać specyfikę obrotu ubezpieczeniowego. Chodzi tu przede wszystkim o zdefiniowanie zakresu postanowień, co do zasady nie podlegających kontroli (świadczenie główne ubezpieczyciela oraz podstawowe parametry umowy ustalane indywidualne). Pozostałe elementy art. 2:304 PEICL są niemalże identyczne z dyrektywą 93/13, co ułatwia ich interpretowanie (m.in. w duchu tej dyrektywy). Największą wadą uregulowania klauzul abuzywnych w PEICL jest brak listy przykładowych postanowień niedozwolonych, co podniosłoby poziom efektywności stosowania art. 2:304.

Mgr Michał P. Ziemiak, Zakład Prawa Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu**,** Okręgowa Izba Radców Prawnych w Toruniu

Summary of the article

Abusive clauses in Restatement of European Insurance Contract Law and in Polish law

The purpose of the paper is to introduce an issue of abusive clauses (unfair contractual terms) in Restatement of European Insurance Contract Law (PEICL) and compare it to solutions established in Polish legal system. The paper opens with an overall characteristics of the said problem in PEICL, especially the possibility for the parties to exclude the application of the article 2:304 in a particular insurance contract. This is followed by an analysis of the regulation concerning abusive clauses in PEICL. First the scope of subjects which may apply article 2:304 as regards their rights and obligations is established. Then the author focuses on three major circumstances (lack of individual negotiations, contradiction with requirements of good faith and fair dealing as well as the effect of significant imbalance in rights and obligations of insurance contract parties) that create a core of abusive clause definition. Further sanctions and clauses exempted from fairness test are described (such as the adequacy in value of the cover and the premium). Last part concerns the issue of so called “gray list” including model abusive clauses in insurance contact. The paper closes with author’s general conclusions concerning article 2:304 of PEICL.

III. RECENZJE I NOWOŚCI WYDAWNICZE

Jan Monkiewicz, Lech Gąsiorkiewicz (red. nauk.), *Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji*, C.H.Beck, Warszawa 2010, 266 s. *(Irena Jędrzejczyk)*

Środowiska związane z ubezpieczeniami przywykły do pewnej dobrej praktyki uprawianej przez zespół naukowy pod kierunkiem prof. dr. hab. Jana Monkiewicza, polegającej na regularnym dostarczaniu co najmniej raz w roku nowej, użytecznej dla rynku książki.

W początkach 2010 roku ukazało się dzieło zatytułowane „Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji", mające charakter pracy zbiorowej przygotowanej wysiłkiem wspomnianego zespołu, poszerzonego o gościa specjalnego w osobie prof. dr hab. Wandy Ronki–Chmielowiec z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Zespół liczący 13. autorów zaprezentował dość zróżnicowane ujęcie zarządzania ryzykiem w organizacjach gospodarczych i organizacjach non–profit. Zróżnicowanie interpretacyjne i zróżnicowanie ujęć kategorii ryzyka, jak we wstępie zapewnia prof. dr hab. Jan Monkiewicz, redaktor naukowy tej publikacji, jest wynikiem w pełni świadomego założenia metodycznego.

Książka licząca 266 stron, wydana nakładem Wydawnictwa C.H. Beck, złożona jest z 13 rozdziałów, z których pierwszy potraktowano jako wprowadzenie (1. „O niepewności, potrzebach i ryzyku") a pozostałe 12 zgrupowano w trzy części zatytułowane następująco:

Część I: „Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie" (2. „Ryzyko w działalności przedsiębiorstwa – elementy systematyki i identyfikacji"; 3. „Wykorzystanie ubezpieczeń do zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie"; 4. „Przedsiębiorstwo jako podmiot ryzyka – rozwój koncepcji zarządzania ryzykiem"; 5. „Podejście procesowe a identyfikacja ryzyka w przedsiębiorstwie");

Część II: „Zarządzanie ryzykiem w instytucjach finansowych" (*6. „*Ryzyko finansowe w działalności ubezpieczeniowej"; 7. „Główne aspekty ryzyka bankowego w Rekomendacjach bazylejskich"; 8. „Metody pomiaru ryzyka inwestowania w akcje na rynku kapitałowym");

Część III: „Nowe obszary zarządzania ryzykiem" (9. „Ryzyko i bezpieczeństwo operacyjne"; 10. „Polityka bezpieczeństwa jako element zarządzania ryzykiem operacyjnym"; 11. „Zapewnienie ciągłości działania jako ograniczanie ryzyka operacyjnego"; 12. „Zarządzanie ryzykiem odszkodowawczym menedżerów"; 13. „Zarządzanie ryzykiem w organizacjach non–profit").

Każdy z rozdziałów opatrzony jest bogatym i aktualnym zestawem bibliograficznym, na który składa się nie tylko polski ale też zagraniczny dorobek myśli naukowej, dorobek legislacyjny i inny dorobek dokumentacyjny.

Lektura książki jest użyteczna i interesująca, nawet w tych jej fragmentach, które są tylko przypomnieniem wiedzy już wcześniej przez zespół autorski upowszechnianej w innych pozycjach wydawniczych.

Niektóre z jej fragmentów w niniejszej recenzji zrelacjonowane zostaną bardziej szczegółowo a inne przyjęte zostaną z wdzięcznością ale bez szerszego komentarza. Ta ostatnia konstatacja

dotyczy znanych i cenionych autorów, których bardzo dobre teksty są godnym naśladowania przykładem poprawności warsztatowej, a do których zaliczam autorów takich jak Lech Gąsiorkiewicz i Bogusław Hadyniak a także Tadeusz Waściński i Paweł Krasiński.

Korzystając z prawa wyboru, jakie przysługuje recenzentowi przedmiotem niniejszych rozważań będą te fragmenty książki, które wskazane zostały już na wstępie jako nowatorskie lub są szczególnie przydatne dla uporządkowania pojęciowego, w obszarach do tej pory w literaturze przedmiotu nieuporządkowanych czy wręcz chaotycznych.

Z pewnością przydatny jest zamieszczony w rozdziale 4, autorstwa prof. dr. hab. Jana Monkiewicza, przegląd współczesnych koncepcji zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie jak i przegląd wybranych standardów w tym zakresie. Nawiązując do wpływu ostatniego kryzysu na portfel ryzyka przedsiębiorstw, w tym zwłaszcza instytucji finansowych autor wskazuje na skorelowanie ryzyka systemowego z rozmiarami instytucji, brakiem zastępowalności jej produktów i usług, oraz siłą jej powiązań z innymi podmiotami. Wyjaśnia to, zdaniem autora, dlaczego wiele państw udzieliło znacznej pomocy dużym bankom, które zostały uznane za zbyt znaczące dla gospodarki, by pozwolić im upaść. Postawioną tezę autor ilustruje też przykładem pomocy dla AIG, największego ubezpieczyciela na świecie, udzielonej w ramach programu ratunkowego, stworzonego po to, aby zapobiec grożącej destabilizacji wielu instytucji finansowych i pozafinansowych wskutek ich powiązań finansowych z tym ubezpieczycielem.

W dalszej części rozdziału przedstawiono trzy zasadnicze mechanizmy kontroli ryzyka takie jak: dyscyplina właścicielska, dyscyplina rynkowa oraz dyscyplina regulacyjna. Problem kontroli ryzyka w przedsiębiorstwie uszczegółowiony został poprzez przedstawienie efektów pracy organizacji o nazwie COSO (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*) nad standaryzacją zarządzania ryzykiem. COSO powołana została w latach 80. przez 5 czołowych instytucji zajmujących się rachunkowością w celu przeciwdziałania praktykom falsyfikacji sprawozdań finansowych w przedsiębiorstwach. Efektem prac tej organizacji było sformułowanie w 1992 r. standardu wykonywania zintegrowanej kontroli wewnętrznej, zwanego COSO I. Mniej więcej w tym samym czasie wskutek skandali na rynku brytyjskim Brytyjska Rada ds. Sprawozdawczości Finansowej wspólnie z Londyńską Giełdą Papierów Wartościowych powołały tzw. Komitet Cadbury'ego, którego nazwa wywodzi się od Adriana Cadbury'ego, kierującego pracami tego komitetu. Prace tego komitetu i późniejszych jego następców doprowadziły do powstania Jednolitego Kodeksu Ładu Korporacyjnego.

Sugestywne interpretacje najbardziej znanych skandali, związanych z łamaniem zasad ładu korporacyjnego przez podmioty takie jak Bank of Credit and Comerce International (BCCI – 1991), Maxwell Corporation (1991), Enron, World Com (2001) i Parmalat (2003), czynią rozdział 4 lekturą prawie sensacyjną a dramaturgia wydarzeń utrzymuje czytelnika w napięciu emocjonalnym aż do ostatniej strony tekstu. Interpretacje te są bardzo pomocne w zrozumieniu wagi problemu i potrzeby doskonalenia obowiązujących standardów. Zrozumienie, że kontrola wewnętrzna jest częścią procesu zarządzania ryzykiem skłoniło do zastąpienia COSO I w roku 2004 przez COSO II, dokumentem znanym pod nazwą Zintegrowany System Zarządzania Ryzykiem Przedsiębiorstwa (*Enterprise Risk Management*).

Rozdział 4 poprzedza przypomnienie o wykorzystaniu ubezpieczeń do zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie, zamieszczone w rozdziale 3 autorstwa prof. dr hab. Wandy Ronki–Chmielowiec, podane przystępnie dla czytelnika, który oczekuje uporządkowania posiadanej już podstawowej wiedzy na ten temat. Na treść rozdziału składają się następujące zagadnienia: rodzaje ryzyka związanego z działalnością gospodarczą, zarządzanie ryzykiem, ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem, wykorzystanie ubezpieczenia do zarządzania ryzykiem,

nowe trendy w zarządzaniu ryzykiem ubezpieczeniowym. W ostatniej części rozdziału 3 autorka zwraca uwagę na niektóre nowe zasady i techniki postępowania ubezpieczycieli wskazując m.in. na alternatywne transfery ryzyka, sekurytyzację przyszłych zobowiązań, metody symulacyjne w zarządzaniu ryzykiem katastroficznym i wiele innych. Autorka podejmuje też problem reasekuracji wychodzącej poza zakres tradycyjny, jakim jest transfer ryzyka ubezpieczeniowego. Na zakończenie poświęca wiele uwagi reasekuracji finansowej oraz nowym produktom oferowanym przez reasekuratorów w ramach zintegrowanego zarządzania ryzykiem.

W omawianej książce, należy podkreślić także nowatorstwo części III; niektóre pozycje znajdujące się tam spełniają w szczególnym stopniu ten wymóg. Zwłaszcza fragmenty dotyczące bezpieczeństwa (rozdział 9 i 10) napisane są bardzo kompetentnie i przekonywująco. W rozdziale 9 autorstwa Janusza Zawiły–Niedźwieckiego czytelnik odnajduje precyzyjną identyfikację różnic pomiędzy ryzykiem operacyjnym i ryzykiem biznesowym w instytucjach finansowych. Zaletą tego rozdziału jest nie tylko wskazanie sposobów reagowania na ryzyko operacyjne w ujęciu Komitetu Bazylejskiego ale antycypacja tych sposobów postępowania do innych niż finansowe organizacji gospodarczych, funkcjonujących w branżach poza rynkiem finansowym. W uniwersalizacji ryzyka operacyjnego autor posuwa się tak daleko, że prawidłowości rządzące tym ryzykiem odnosi nie tylko do zakładu produkcyjnego, firmy handlowej, ale także do urzędów administracji publicznej. Jeśli jednak przyjąć w ślad za autorem, że ryzyko operacyjne oznacza ryzyko sprawności działania danej organizacji (por. s. 154), to należałoby podkreślić zasadniczą odmienność czynników wpływających na tę sprawność w przypadku przedsiębiorstw i w przypadku urzędów administracji publicznej. Inne też będą rozwiązania zabezpieczające przed czynnikami zakłócającymi działalność operacyjną pozwalające na utrzymanie ciągłości działania organizacji. Podstawowa wątpliwość, jaka rodzi się przy lekturze rozdziału 9 dotyczy dopuszczalnego zakresu uniwersalizacji zasad postępowania z ryzykiem operacyjnym. Wydaje się też zbyt radykalnym i nieuprawnionym twierdzenie, że brak jest kompleksowej klasyfikacji ryzyka czy to w ujęciu generalnym czy zawężonym do ryzyka operacyjnego (s. 157).

Interesującym ujęciem zaproponowanym przez autora jest traktowanie wymogu zachowania bezpieczeństwa nie tylko w kontekście utrzymania ciągłości działania ale także w kontekście społecznej odpowiedzialności organizacji. Ten szeroki kontekst autor konsekwentnie podtrzymuje zarówno w prezentacji zasad bezpieczeństwa, wzorcach dobrych praktyk i ocenie dojrzałości zarządzania bezpieczeństwem w organizacji.

Rozdział 10 autorstwa Nemezjusza M. Pazio koresponduje z tezami przedstawionymi w rozdziale 9, stanowiąc dwugłos nad rolą bezpieczeństwa w organizacji. Omawiając politykę bezpieczeństwa jako element zarządzania ryzykiem operacyjnym autor wychodzi z bardzo oryginalnego założenia, że bezpieczeństwo jest skutecznym narzędziem budowania trwałej przewagi konkurencyjnej organizacji na rynku. Polityka bezpieczeństwa z tego właśnie powodu powinna mieć swoją sformalizowaną podstawę w postaci dokumentu intencjonalnego, dezagregującego przede wszystkim cele do realizacji z obszaru ryzyka operacyjnego. Opierając się na interdyscyplinarnej literaturze przedmiotu poświęconej bezpieczeństwu w biznesie, w części instruktażowej i doradczej autor proponuje za T.T. Kaczmarkiem nazwę dla takiego dokumentu: „Polityka bezpieczeństwa operacyjnego" (PBO). Tak dalece idące sformalizowanie zarządzania ryzykiem operacyjnym w oderwaniu od funkcjonujących już, związanych z ryzykiem organizacji, innych dokumentów zarządzania ryzykiem niezależnie od ich dotychczasowego nazewnictwa, może budzić wątpliwości. Trudno jednak odmówić racji autorowi, gdy opowiada się za kompleksowym ujęciem zarządzania bezpieczeństwem operacyjnym w organizacji do pięciu obszarów, takich jak:

- zarządzanie bezpieczeństwem informacji;
- zarządzanie ochroną fizyczną;
- zarządzanie ciągłością działania;
- zarządzanie bezpieczeństwem osobowym;
- zarządzanie bezpieczeństwem systemów informatycznych.

Oryginalna jest propozycja kończąca rozważania zawarte w rozdziale 10 a odnosząca się do szacowania ryzyka metodami innymi niż aktuarialne. Według autora samo oszacowanie jest następstwem zidentyfikowania zagrożeń dla danego zasobu (np. informacji) oraz stopnia podatności (zagrożenia), a następnie na podstawie tych przesłanek dokonanie oceny poziomu ponoszonego ryzyka. Posługując się przykładem ryzyka bezpieczeństwa informacji autor proponuje wykorzystanie jakościowych metod oceny według kryteriów takich jak poufność, integralność i dostępność. Wysoce dyskusyjne wydaje się jednak oparcie szacowania ryzyka na technice bonitacji punktowej, proponowanej przez autora, nawet jeśli technika ta miałaby być stosowana przez ekspertów. Wprawdzie w przedsiębiorstwach z konieczności szacowanie wstępne ma charakter uproszczony dla podjęcia decyzji o tym, które z ryzyk i do jakiej wartości przedsiębiorstwo może zatrzymać, a które transferować do ubezpieczyciela ale nie wyklucza to jednak uproszczeń nadmiernych, skutkujących błędnymi decyzjami. Tym bardziej, że optymalizacja procesu decyzyjnego, jak widać na przedstawionym rysunku 10.4 zakłada minimalizację kosztu całkowitego, rozumianego jako suma wydatków na bezpieczeństwo i strat wynikających z ryzyka.

Odczuwalny jest w tym momencie wyraźny brak wskazania przez autora na możliwość i potrzebę kontaktu osoby odpowiedzialnej za zarządzanie ryzykiem w organizacji (*risk manager*) z brokerem, jako tym podmiotem, który ma wiedzę i dysponuje wystarczającym narzędziem oceny ryzyka i selekcji tego ryzyka pod kątem jego ubezpieczalności w interesie klienta.

Ze względu na cel strategiczny, jakim może być przetrwanie organizacji na rynku, za niezwykle ważny uznać należy podjęty w rozdziale 11 temat ciągłości działania i technik ochrony przed skutkami ryzyka przerwania tej ciągłości. Autorzy, którymi są Janusz Zawiła–Niedźwiecki oraz Paweł Gołąb uzasadniają koncepcję sprzężenia zapewnienia ciągłości działania z zapewnieniem bezpieczeństwa normami ISO serii 9000, 14000 i 27000 oraz 31000. Autorzy w sposób przejrzysty dokonują interpretacji takich pojęć jak ciągłość działania, zapewnienie ciągłości działania oraz zarządzanie ciągłością działania. Ciągłość działania rozumiana jest jako postulatywny stan odporności organizacji na zakłócenia. Zapewnienie ciągłości działania polega zaś na ciągu planowych działań, zmierzających do zapobieżenia zakłóceniom lub usuwania przyczyn i skutków zaistnienia zakłócenia lub wprowadzenia zastępczych warunków działania do czasu usunięcia skutków zakłócenia. Proces zarządzania ciągłością działania polega zaś na określaniu zadań, planowaniu i monitorowaniu opracowywania rozwiązań służących zapewnianiu ciągłości, ocenie poczynań i wnioskowaniu w odniesieniu do potencjalnych oraz zaistniałych zakłóceń. Autorzy formułują problem do rozwiązania jako problem racjonalnego wyboru pomiędzy zapewnieniem bezpieczeństwa (gdy priorytetem jest niedopuszczenie do zakłóceń) a poszukiwaniem zastępczych warunków ciągłości (gdy ochrona jest nieopłacalna ekonomicznie). Autorzy odwołują się do doświadczeń Brytyjskiego Instytutu Ciągłości Działania (*The Business Continuity Institute* – BCI) w zarządzaniu ciągłością działania a także do doświadczeń z rynku amerykańskiego i innych. Tę bardzo interesującą i godną polecenia lekturę utrudnia nieco skłonność do stosowania niejednoznacznej i skomplikowanie brzmiącej terminologii, czego przykładem może być zwrot taki jak „etapy cyklu życia zarządzania ciągłością" (s. 200) i tym podobne wyrażenia.

Kończący część III rozdział 12 autorstwa Marii Gasińskiej zatytułowany „Zarządzanie ryzykiem odszkodowawczym menedżerów" dalece wychodzi poza założony cel, który sformułowano

jako przedstawienie ubezpieczenia D&O. Opracowanie to stanowi szerokie i rzetelne studium odpowiedzialności odszkodowawczej menedżera, połączone z analizą roszczeń, na jakie menedżerowie są narażeni. Prowadzone wywody autorka bogato ilustruje licznymi przykładami, trafnymi ocenami i pogłębionym wnioskowaniem.

Z obowiązku recenzenta wskazać należy fragmenty książki, które mimo obiecującego tytułu nie wyczerpują problemu, a rozbudziwszy zainteresowanie czytelnika zawodzą jego oczekiwania, bo ten chciałby więcej, i szerzej, i głębiej. Uwaga ta zapewne dotyczy rozdziału 8 pod nazwą „Metody pomiaru ryzyka inwestowania w akcje na rynku kapitałowym", a powodem rozczarowania może być brak dalszej kontynuacji analizy w kolejnych okresach zmian rynku kapitałowego w Polsce, bowiem rok 2001 wydaje się być w świetle dynamiki tych zmian czasem doprawdy historycznym.

Oczekiwania dotyczące rozdziału 13, traktującego nowatorsko o sektorze trzecim, także nie są spełnione, bo autor zaledwie dotyka problemu nie rozwijając go w pełni.

Czytelnik usatysfakcjonowany przykładami zarządzania ryzykiem w instytucjach finansowych (część II) chciałby zapewne poszerzenia swojej wiedzy o studium przypadku zarządzania ryzykiem w innych branżowo organizacjach, w tym ilustracji dotyczących zarządzania ryzykiem w organizacjach gospodarczych sektora transportowego, budowlanego, przemysłu wydobywczego, sektora rolnego, etc.

Zapewne byłby też zobowiązany za podpowiedź, z jakiej oferty produktowej i usługowej może skorzystać na rynku, budując bezpieczeństwo w swojej organizacji i utrwalając wewnętrzne oraz wdrażając procedury zewnętrzne z umacnianiem bezpieczeństwa związane.

Reasumując, czytelnik po bardzo pożytecznej i pasjonującej niekiedy lekturze książki, pozytywnie zainspirowany jej treścią i zachęcony do poszukiwań bezpieczeństwa dla swojej organizacji, pozostaje na trudnej drodze poszukiwań dość osamotniony.

Jest jednak nadzieja, że aktualny i niezwykle ważny problem bezpieczeństwa raz podjęty przez prof. dr. hab. Jana Monkiewicza i Jego Zespół będzie nadal rozwijany w działalności badawczej i edytorskiej, czego pilnie oczekuje wdzięczny czytelnik dzieł dotychczas opublikowanych.

Prof. dr hab. **Irena Jędrzejczyk**, Zakład Prawa i Finansów Wydziału Nauk Ekonomicznych Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Jacek Lisowski, *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, 356 s. (*Wanda Ronka–Chmielowiec*)

We współczesnych czasach w wielu krajach o wysoko rozwiniętej gospodarce rynkowej coraz większą rolę odgrywają ubezpieczenia finansowe, szczególnie ubezpieczenia kredytu i gwarancje ubezpieczeniowe. W ostatnich latach te grupy ubezpieczeń wyróżniają się dużą dynamiką rozwoju, co jest widoczne w danych statystycznych dotyczących wysokości zebranych składek, wypłaconych odszkodowań oraz liczby sprzedanych polis. Takie zjawisko obserwujemy również na polskim rynku ubezpieczeniowym. Jednocześnie zauważyć można, że bardzo często w zaawansowanych stosunkach handlowych między przedsiębiorstwami, szczególnie między dostawcami, producentami i odbiorcami różnych usług i produktów duże zastosowanie znajduje kredyt kupiecki, który jest w istocie uzgodnionym umownie odroczeniem zapłaty. Ten rodzaj kredytowania także generuje ryzyko kredytowe, które może być zabezpieczone takim instrumentem jak ubezpieczenie. Instrument ten jest dość powszechnie stosowany i od dawna jest w ofercie zakładów ubezpieczeń *non–life*. Zakłady ubezpieczeń są zobowiązane prowadzić prawidłowo gospodarkę finansową, która z jednej strony jest uregulowana ustawowo, a z drugiej strony jest uzależniona od prowadzonej działalności, a szczególnie od przyjętego do ochrony ubezpieczeniowej ryzyka ubezpieczeniowego. Najważniejszym elementem w procesie zarządzania finansami ubezpieczyciela jest ciągłe monitorowanie wypłacalności, co związane jest szczególnie z procesem zarządzania ryzykiem zakładu ubezpieczeń. Ubezpieczyciele działu II, którzy prowadzą ubezpieczenia kredytu muszą stosować większe normy ostrożnościowe niż pozostali uczestnicy rynku.

Książka Jacka Lisowskiego, która jest rozprawą habilitacyjną poświęcona jest właśnie tej problematyce. Autor sformułował następującą hipotezę badawczą: ubezpieczyciele kredytu kupieckiego, ze względu na przedmiot prowadzonej działalności prowadzą specyficzną w stosunku do pozostałych ubezpieczycieli *non–life* gospodarkę finansową.

W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę na trafność wyboru tej problematyki badawczej, z uwagi na jej aktualność, o czym wcześniej wspomniano. Jednocześnie prowadzenie ubezpieczeń kredytu może stać się źródłem ryzyka zakładu ubezpieczeń, co generuje kolejne problemy badawcze, które nie są przez naukę o ubezpieczeniach w pełni rozpoznane, a mają również duże znaczenie dla praktyki ubezpieczeniowej.

Monografia Jacka Lisowskiego jest jedyną z niewielu publikowanych książek, która tak obszernie obejmuje tematykę prowadzenia ubezpieczenia kredytu kupieckiego przez zakład ubezpieczeń i wpływ tego na operacje finansowe i bezpieczeństwo finansowe ubezpieczyciela.

Książka zawiera bez załączników i spisu źródeł 276 stron tekstu. Autor swoje wyniki badań oraz rozważania i wnioski umieścił w czterech rozdziałach oraz we wstępie i zakończeniu. Opracowanie to zawiera trzy obszary badawcze:

- analiza powiązań między systemem finansowym ubezpieczeń gospodarczych, ryzykiem prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i gospodarką finansową ubezpieczycieli;
- rozwój i funkcjonowanie ubezpieczenia kredytu kupieckiego;
- identyfikacja i zbadanie specyficznych cech prowadzenia gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego.

W rozdziale pierwszym autor wprowadza czytelnika w tematykę swoich badań poprzez scharakteryzowanie systemu finansowego ubezpieczeń gospodarczych oraz określenie funkcji i zadań gospodarki finansowej ubezpieczycieli. Druga część rozdziału poświęcona jest problematyce ry-

zyka występującego w działalności ubezpieczeniowej oraz zarządzaniu ryzykiem w zakładach ubezpieczeń ze szczególnym powiązaniem tego procesu z prowadzeniem gospodarki finansowej. Cenną częścią tego rozdziału jest zwrócenie uwagi autora na coraz większe znaczenie całego procesu zarządzania ryzykiem w zakładach ubezpieczeń poprzez jego identyfikacje, klasyfikacje, pomiar, metody postępowania i uwzględnianie jego pomiaru do oceny wymagań kapitałowych.

Rozdział drugi zawiera rozważania wokół gospodarki finansowej ubezpieczyciela *non–life*. Tutaj autor wyróżnił operacje techniczne, operacje kapitałowe oraz operacje inwestycyjne. Szczególnie szeroko potraktowany został problem utrzymania wypłacalności zakładów ubezpieczeń, jego bieżąca ocena oraz omówiono również zasady sprawozdawczości finansowej. Rozdział ten zawiera problematykę fundamentalną dla prawidłowego prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, napisany został kompleksowo i oryginalnie, co świadczy o bardzo dobrej znajomości autora zagadnień związanych z prowadzeniem gospodarki finansowej ubezpieczycieli.

Rozdział trzeci poświęcony został charakterystyce ubezpieczenia kredytu kupieckiego i jego roli we współczesnej gospodarce. Na uwagę zasługuje część, w której autor omawia techniki prowadzenia tego typu ubezpieczeń, ze szczególnym uwzględnieniem procesu oceny ryzyka. Autor zwraca uwagę na fakt, że klasyczne metody oceny ryzyka ubezpieczeniowego stosowane w ubezpieczeniach majątkowych nie znajdują tutaj zastosowania, trzeba sięgać po inne instrumenty i informacje stosowane przez banki, lub wywiadownie gospodarcze i kancelarie windykacyjne. Rozdział kończą rozważania o rynku ubezpieczeń kredytu kupieckiego oraz przegląd badań nad tendencjami i uwarunkowaniami rozwoju tego typu ubezpieczenia.

Rozdział czwarty, ostatni i najobszerniejszy jest oryginalnym wkładem autorskim i całkowicie został poświęcony głównemu nurtowi badań a mianowicie omówione w nim zostały różne obszary gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego. Autorski wkład stanowi analiza porównawcza ubezpieczycieli kredytu kupieckiego do ubezpieczycieli *non–life* w takich obszarach prowadzenia gospodarki finansowej jak operacje techniczne, kapitałowe i inwestycyjne oraz ocenie wypłacalności. Istotnym również i oryginalnym jest przedstawione podejście autora do zagadnień związanych z wyborem metod kalkulacji składek, które powinny mieć charakter mieszany bazujący na ocenie ryzyka kredytowego przeniesiony częściowo z banku a częściowo z ubezpieczeń. Zwrócono również uwagę na takie zagadnienia jak: wyznaczania limitów ubezpieczeniowych, działania prewencyjne i windykacyjne oraz zarządzanie kapitałem własnym, rezerwami techniczno–ubezpieczeniowymi i reasekuracją. Praca zawiera również pewne badania empiryczne i doświadczenia z praktyki ubezpieczeniowej oparte o dane z takich specjalistycznych firm ubezpieczeniowych jak: TU Euler Hermes S.A. i KUKE S.A.

Warto również zwrócić uwagę na fakt, że książka została napisana w oparciu o bardzo bogaty materiał źródłowy.

Książka oprócz dużych walorów naukowych ma również duże znaczenie dla praktyki ubezpieczeniowej, wypełnia lukę wydawniczą z tego obszaru, oraz może być adresowana do wielu uczestników rynku finansowego, jak również do nadzoru i analityków rynku ubezpieczeniowego.

Prof. dr hab. **Wanda Ronka–Chmielowiec**, Katedra Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

Ilona Kwiecień, *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem działalności gospodarczej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, 230 s. (*Kazimierz Ortyński*)

Tematyka zarządzania ryzykiem nabrała w ostatnich dekadach szczególnego znaczenia zarówno w praktyce gospodarczej jak i w teorii. Wynika to w znacznym stopniu ze wzrostu ryzyka w przedsiębiorstwach (i w konsekwencji w gospodarce) w następstwie postępu technologicznego i organizacyjnego (umasowienie produkcji i powstawanie coraz to bardziej skomplikowanych procesów technologicznych oraz produktów) przy ograniczonych formach nadzoru nad kontrolą ich jakości. Zbliżone do tego zjawiska procesy wystąpiły też na rynkach finansowych.

Z kolei postęp cywilizacyjny i wzrost świadomości człowieka wobec coraz mniejszej przejrzystości zachodzących procesów na rynkach konsumenckich wykreował silną presję na modyfikację prawa, zapewniającego ochronę konsumentów, co stało się także źródłem dodatkowych ryzyk dla wytwórców dóbr i usług.

Z drugiej strony nastąpił wyraźny postęp w sferze teorii zarządzania ryzykiem – powstały nowe rozwiązania w zakresie metodologii zarządzania ryzykiem. W praktyce gospodarczej wdrożono szereg aplikacji w zakresie nowoczesnego zarządzania w tym w sferze profesjonalnych standardów zarządzania ryzykiem, głównie w dużych grupach gospodarczych – proces zarządzania ryzykiem został włączony w strategie firm.

Praca dr Ilony Kwiecień jest udaną próbą spójnego uwypuklenia tej problematyki w sferze działalności gospodarczej.

Praca składa się z dwóch części: pierwsza – porusza wybrane aspekty metodologiczne związane z samą problematyką ryzyka w działalności gospodarczej oraz procesu zarządzania ryzykiem a druga określa możliwy zakres wykorzystania instytucji (metody) ubezpieczeniowej w tym procesie, z pewną próbą określenia zasad postępowania przy kreowaniu i wyborze programu ubezpieczeniowego dla podmiotu gospodarczego.

Rozdział pierwszy obejmuje analizę problematyki ryzyka ze szczególnym podkreśleniem koncepcji ryzyka w literaturze ubezpieczeniowej. Prezentowane są ujęcia autorskie ryzyka zarówno w perspektywie prawnej, ekonomicznej jak i statystycznej. Wskazuje się również na badane w literaturze przedmiotu relacje pojęć: ryzyko a niepewność oraz ryzyko a niebezpieczeństwo. Zgodnie z poglądami dominującymi w literaturze podkreśla się wagę warunków realizacji ryzyka – hazardu fizycznego, hazardu moralnego czy hazardu motywacyjnego oraz hazardu prawnego. W dalszej części rozdziału przedmiotem analiz autorki są kryteria klasyfikacji ryzyk oraz badane główne grupy ryzyk: obiektywne – subiektywne, czyste – spekulatywne, fundamentalne – partykularne, statyczne – dynamiczne, przyrodnicze – społeczne, finansowe – niefinansowe, osobowe – majątkowe. Wskazuje się również na klasyfikacje ryzyk wynikające z kryterium rodzajowego (wynikające z działania sił natury, technologiczne, ekologiczne, polityczne, prawne, polityczne, rynkowe, operacyjne itp.) oraz kryterium sprawstwa (ryzyko sprawcy, poszkodowanego). W końcowej części tego rozdziału wyodrębniono ryzyka występujące w działalności gospodarczej ze względu na kryterium rodzajowe, kryterium źródła zagrożenia i stopnia zależności oraz obszarów zagrożenia. Wskazano również na niekorzystne skutki realizacji ryzyk w środowisku biznesu.

W rozdziale drugim w części początkowej dokonano analizy poglądów wyróżnionych autorów na temat zakresu pojęciowego „zarządzanie ryzykiem" z podkreśleniem koncepcji zintegrowanych systemów zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie szczególnie z punktu widzenia możliwości wykorzystania metody ubezpieczeniowej. Następnie uwypuklono znaczenie koncepcji zarządzania ryzykiem w strategii firmy. W dalszej części rozdziału autorka bada na przykładzie przedsiębiorstwa produkcyjnego możliwości wykorzystania zasad zarządzania ryzykiem w jego

czterech głównych etapach, tj. na poziomie identyfikacji ryzyka, oceny ryzyka, klasyfikacji rodzajów ryzyka oraz wybrania wytypowanej metody zarządzania w tej sferze. Wskazano więc na obszary, źródła i czynniki ryzyka w świetle strategii firmy z uwzględnieniem struktury organizacyjnej i schematu aktywności przedsiębiorstwa produkcyjnego a także na wagę źródeł informacji oraz powszechnie stosowanych technik i narzędzi identyfikacji ryzyka. W ocenie ryzyka podkreśla się na wagę oceny częstotliwości realizacji ryzyka oraz wielkości potencjalnych strat na tle wyceny składników majątku firmy. W poglądach dotyczących szacowania wielkości ryzyka wskazuje się na możliwości wykorzystania do pomiaru ryzyka takich miar jak: miary statystyki opisowej (miary średnie, miary zmienności czy asymetrii), metody analizy wrażliwości, wartości zagrożonej (*value at risk*), analizy symulacyjnej, scenariusze, analizy wskaźnikowej, analizy ryzyka projektu czy rankingi względnie ratingi. Do kompleksowej oceny ryzyka autorka proponuje wykorzystanie metod modelowania ryzyka oraz map i macierzy ryzyka. Wykorzystując te metody przedsiębiorstwo może określić obszary mniej lub bardziej bezpieczne ze względu na występujące rodzaje ryzyk – ich realizacja może spowodować straty o największej wartości bądź straty nieznaczne (ryzyka nieakceptowalne i akceptowalne). W dalszej części rozdziału określa się możliwe postawy przedsiębiorstwa względem ryzyka w zależności od:

- skłonności do ponoszenia ryzyka (indywidualnego poziomu awersji do ryzyka) i czynników determinujących poziom awersji do ryzyka;
- specyfiki firmy (potencjał finansowy, elastyczność funkcjonowania, branża i kultura organizacji).

W końcowej części rozdziału autorka bada wyróżnione metody zarządzania ryzykiem, tj. unikanie ryzyka, zabezpieczenia techniczno–organizacyjne, inwestycje w informacje, samoubezpieczenie, ubezpieczenie, hedging, inne transfery kontraktowe oraz dywersyfikację ryzyka, dokonuje ich klasyfikacji ze względu na cel oraz obszar oddziaływania a także analizuje kryteria wyboru metody w procesie zarządzania ryzykiem.

Rozdział trzeci poświęcono wykorzystaniu metody ubezpieczeniowej w procesie zarządzania ryzykiem. Autorka w pierwszej kolejności charakteryzuje istotę ubezpieczenia (metody ubezpieczeniowej) z podkreśleniem jego miejsca i roli w dynamicznie kształtującym się systemie zarządzania ryzykiem przedsiębiorstwa produkcyjnego. W klasyfikacji ubezpieczeń wskazano na elementy różnicujące ubezpieczenie społeczne i gospodarcze, wykazano specyficzne różnice między ubezpieczeniami osobowymi i majątkowymi a w ramach ubezpieczeń majątkowych wyodrębniono ubezpieczenia rzeczowe i ubezpieczenia wartości majątkowych (interesu majątkowego). Ubezpieczenia osobowe podzielono na ubezpieczenia na życie oraz ubezpieczenia nieszczęśliwych wypadków. Wykorzystując dalsze kryteria klasyfikacji ubezpieczeń wyodrębniono: ubezpieczenia *life* oraz *non–life*, ubezpieczenia dobrowolne oraz obowiązkowe, ubezpieczenia indywidualne i zbiorowe, ubezpieczenia komercyjne i niekomercyjne, ubezpieczenia lądowe, morskie oraz reasekuracje, ubezpieczenia bezpośrednie i pośrednie. W dalszej części rozdziału autorka dokonuje analizy istoty i zasad funkcjonowania ubezpieczenia szeroko wykorzystując poglądy wyrażane w literaturze przedmiotu (ekonomicznej, prawnej oraz z zakresu zarządzania ryzykiem) na tle badania takich szczegółowych aspektów ubezpieczenia jak: ubezpieczalność ryzyka, przebieg stosunku ubezpieczenia, kontraktowy charakter ubezpieczenia, przymus ubezpieczenia w ubezpieczeniach gospodarczych oraz prewencyjna funkcja ubezpieczeń. Ta część rozdziału jest zbyt wielowątkowa – zagadnienia prawa ubezpieczeniowego łączone są z aspektami ekonomicznymi ubezpieczenia a także różnymi ujęciami problematyki ryzyka. W rezultacie otrzymujemy tu repetytorium wybranych aspektów ubezpieczeń a nie spójny przekaz zaproponowanej koncepcji czy myśli ubezpieczeniowej.

W końcowej części rozdziału podjęto próbę oceny metody ubezpieczeniowej w kontekście jej skuteczności, kosztu, świadczenia dodatkowych korzyści oraz dostępności. Wskazuje się tu również na zalety i wady ubezpieczenia w świetle możliwości zatrzymania ryzyka przez podmiot gospodarczy.

Rozdział czwarty jest w zamierzeniu autorki próbą modelowania programu ubezpieczeń. W części początkowej dokonano wnikliwej analizy głównych elementów procesu projektowania programu ubezpieczeń dla podmiotu gospodarczego. Następnie autorka dokonuje przeglądu rodzajów ubezpieczeń (ogólnych ujęć produktów ubezpieczeniowych) występujących na polskim rynku ubezpieczeń w rozbiciu na ustawowe ubezpieczenia obowiązkowe, ubezpieczenia obowiązkowe wynikające z postanowień umowy oraz ubezpieczenia dobrowolne, tj. ubezpieczenia majątku, wartości finansowych, wartości niematerialnych, odpowiedzialności cywilnej, ochrony prawnej oraz dotyczące zasobów ludzkich. Ta część rozdziału ma bardziej charakter ogólnoinformacyjny niż analityczny. W toku dalszych rozważań autorka podkreśla wagę głównych czynników determinujących wysokość składki ubezpieczeniowej, tj. oczekiwanych kwot wypłat na odszkodowania i świadczenia, kosztów akwizycji i kosztów administracyjnych. Wskazuje się również na możliwości indywidualizowania składki w zależności od czynników taryfikujących (systemy bonus–malus) bądź systemów jej płatności a także zakresu zatrzymania ryzyka czy systemu ubezpieczenia. Określa się także elementy oddziałujące na zakres ochrony ubezpieczeniowej, możliwość udziału w zysku ubezpieczyciela, dodatkowe usługi świadczone przez ubezpieczyciela, zasady systemu likwidacji szkód oraz inne, związane z organizacją ochrony ubezpieczeniowej. Wskazuje się na formalne zasady związane z zawieraniem umowy ubezpieczenia regulowane przez strony umowy ubezpieczenia oraz te, które wynikają z przepisów prawa ubezpieczeniowego (głównie kodeksu cywilnego czy kodeksu morskiego).

Dalszym ważnym ogniwem w projektowaniu programu ubezpieczeniowego jest stabilność finansowa zakładu ubezpieczeń. W analizie tego zagadnienia autorka wykorzystuje takie jej cechy jak: płynność, wypłacalność oraz rentowność ubezpieczyciela. Wskazuje się na wagę analizy wskaźnikowej, roli ratingów ubezpieczeniowych oraz łączenie analizy finansowej z analizą czynników tzw. jakościowych, wpływających na sytuację zakładu ubezpieczeń. W dalszej części rozdziału wskazuje się ponownie na główne czynniki wpływające na wysokość składki ubezpieczeniowej, tj. szkodowość portfelową (dla danego rodzaju ubezpieczenia) oraz szkodowość indywidualną a także wielkość zatrzymania ryzyka przez przedsiębiorstwo (świadome niedoubezpieczenie bądź udział własny) – wymienianie natomiast franszyzy redukcyjnej w tym miejscu nie ma uzasadnienia, gdyż jej stosowanie związane jest z występowaniem głównie hazardu motywacyjnego. Wskazuje się także na możliwość tworzenia grup ryzyk oraz firm *captive*. W końcowej części przedstawiono tryby zawierania umów ubezpieczenia przez podmioty gospodarcze i rolę pośredników ubezpieczeniowych a w szczególności brokera ubezpieczeniowego w systemie dystrybucji usług ubezpieczeniowych. Zwraca się też uwagę na obowiązki stron umowy (podmiotów stosunku ubezpieczenia) w czasie jej trwania, w tym na terminy związane z procesem likwidacji szkody przez ubezpieczyciela. W sumie rozdział jest interesujący, ale zyskałby na wartości gdyby zrezygnowano z niektórych jego partii np. zbyt szczegółowej klasyfikacji ubezpieczeń a uzupełniono by o 2–3 case´y umów ubezpieczenia z dużymi podmiotami gospodarczymi.

4. Konstrukcja pracy jest logiczna i właściwie dostosowana do prezentowanych zagadnień. Praca jest solidnie udokumentowana z wykorzystaniem literatury krajowej i zagranicznej. Sposób i zakres prezentowanych zagadnień oraz wykorzystane metody analizy badanych kwestii składają się na dużą wartość merytoryczną pracy. Książka może być wykorzystana przez studentów studiów ekonomicznych oraz prawnych a także ekonomistów, finansistów oraz ubezpieczeniowców.

Prof. dr hab. **Kazimierz Ortyński**, Wydział Ekonomiczny Politechniki Radomskiej

Malwina Lemkowska, *Fuzje i przejęcia a wartość zakładu ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2010, 248 s. (*Małgorzata Maliszewska*)

Recenzowane opracowanie zostało opublikowane w ramach serii wydawniczej Współczesne Ubezpieczenia. Komitet Redakcyjny serii stanowią prof. dr hab. Jan Monkiewicz, prof. dr hab. Jerzy Handschke, dr Witold Jaworski, prof. dr hab. Wanda Ronka–Chmielowiec, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz. Intencją Komitetu Redakcyjnego serii jest pogłębianie specjalistycznej wiedzy w zakresie ubezpieczeń gospodarczych niezbędnej w procesie zarządzania przedsiębiorstwem ubezpieczeniowym. Skuteczne i właściwe podejmowanie procesu decyzyjnego w zakładzie ubezpieczeń możliwe jest dzięki znajomości skomplikowanych procesów konsolidacyjnych oraz przekształceniowych.

Analizowana publikacja stanowi interesujące ujęcie trudnej problematyki wpływu połączenia i przejęcia zakładu ubezpieczeń na jego wartość. Zagadnienia przekształceń właścicielskich w strukturze ubezpieczyciela są niezwykle skomplikowane pod względem merytorycznym, albowiem wymagają znajomości zagadnień o charakterze interdyscyplinarnym z dziedziny prawa handlowego, cywilnego, ubezpieczeniowego, ekonomii oraz finansów. Ponadto uzasadniają spojrzenie na przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe w ujęciu podmiotowym, przedmiotowym oraz funkcjonalnym.

Wartość zakładu ubezpieczeń pozostaje w związku ze składnikami materialnymi i niematerialnymi wchodzącymi w jego skład, tworzących zorganizowaną całość przeznaczoną do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej.

Książka została podzielona na pięć rozdziałów poprzedzonych wprowadzeniem, a zwieńczonych zakończeniem. Na końcu każdego rozdziału autorka dokonała zestawienia pozycji bibliograficznych wykorzystanych w opracowaniu. Zabieg taki należy ocenić pozytywnie jako bardzo dobry przegląd opracowań pozostających w merytorycznym związku z analizowanym zagadnieniem. Porządkuje to obszary literaturowe poszczególnych tematów.

We wprowadzeniu nie zawarto jednoznacznego celu publikacji. Autorka wyjaśniła wprawdzie, iż zasadne jest zbadanie struktury zjawiska transakcji konsolidacyjnych w sektorze ubezpieczeniowym, jednakże nie uzasadnia bliżej przyczyny podjęcia problematyki fuzji i przejęć w sektorze ubezpieczeń.

Rozdziały zostały podzielone na zbliżone objętościowo sekwencje merytoryczne. Wyjątek stanowi rozdział ostatni, piąty, który jest niemal dwukrotnie dłuższy od pozostałych.

Ponadto został on zatytułowany w sposób niemal identyczny z tytułem książki, jako „Fuzje i przejęcia a proces tworzenia wartości w zakładzie ubezpieczeń" podczas, gdy tytuł książki to „Fuzje i przejęcia a wartość zakładu ubezpieczeń". Różnica dotyczy wyłącznie wprowadzenia zwrotu „proces tworzenia wartości". Takie ujęcie może skłaniać czytelnika do uznania, iż w rzeczywistości to ostatni rozdział jest odzwierciedleniem podstawowych zagadnień merytorycznych stanowiących przedmiot analizy.

Rozdział pierwszy „Uwarunkowania fuzji i przejęć na rynku ubezpieczeniowym" przedstawia historyczne i współczesne uwarunkowania procesów konsolidacyjnych. Autorka przedstawia fuzje i przejęcia na europejskim i amerykańskim rynku ubezpieczeń bez zachowania tożsamego okresu badawczego. Analiza rynku europejskiego dotyczy siedmiu lat i obejmuje okres 2003–2009 podczas, gdy analiza rynku amerykańskiego dotyczy trzech lat, tzn. 2008–2010. Ponadto, rysunek dotyczący fuzji i przejęć na europejskim rynku ubezpieczeniowym nie precyzuje liczby i wartości transakcji, przez co utrudnia przeprowadzenie analizy porównawczej procesów konsolidacyjnych między europejskim a amerykańskim rynkiem ubezpieczeniowym.

Rozdział drugi „Tworzenie wartości w zakładzie ubezpieczeń" autorka poświęca problematyce zakładu ubezpieczeń jako usługodawcy tworzącym jego wartość. Interesujące są rozważania dotyczące łańcucha wartości. Uwzględniając jednak likwidację szkód jako element składowy łańcucha wartości pominięto takie czynności jak zabezpieczanie roszczeń regresowych wpływających korzystnie na sytuację finansową ubezpieczyciela.

Rozdział trzeci „Możliwość wzrostu zakładu ubezpieczeń" uwzględnia cykl życia przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Autorka wyodrębnia wzrost krajowy i zagraniczny, wewnętrzny i zewnętrzny. Fuzje i przejęcia, jako powiązania własnościowe, autorka kwalifikuje do kategorii elementów wzrostu zewnętrznego. Słusznie przy tym zauważa, iż przejęcie udziału jednego zakładu przez inny stanowi zdecydowanie częściej spotykany przypadek przekształceń, niż założenie przez jeden zakład ubezpieczeń innego. Fuzja znosząca niezależność prawną i ekonomiczną wcześniej działających towarzystw ubezpieczeniowych tworzy nowego przedsiębiorcę.

Rozdział czwarty „Formalnoprawne aspekty fuzji i przejęć w sektorze ubezpieczeń" analizuje pojęcia związane z przekształceniami. Uwzględnia etapy połączenia i nabycia przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Autorka opisuje zagadnienia dotyczące wrogich przejęć prezentując przy tym katalog środków ochrony przed wrogiem. Wydaje się jednak, iż problematyka wrogich przejęć powinna bardziej szczegółowo prezentować podejmowane próby zharmonizowania zasad przeprowadzania przejęć. Interesujące są rozważania autorki dotyczące konieczności oceny sytuacji zaistnienia przyjaznego lub wrogiego przejęcia przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. W przypadku przejęcia wrogiego istnieje większe ryzyko zmniejszenia potencjału wartościotwórczego.

Rozdział piąty „Fuzje i przejęcia a proces tworzenia wartości w zakładzie ubezpieczeń" prezentuje źródła dodatkowej wartości po fuzji i przejęciu.

Autorka prezentując wybrane wskaźniki działalności ubezpieczeniowej po fuzji lub przejęciu nie wskazuje jednak źródła pozyskania danych. Niezwykle przydatne dla uczestników rynku ubezpieczeniowego są kwestie związane z wpływem procesów konsolidacyjnych na projektowanie ogólnych warunków ubezpieczenia oraz działalność aktuarialną. Ta ostatnia umożliwia przenoszenie modelowania konstrukcji taryf składek oraz ustalania zasad określania wysokości odszkodowań i świadczeń. Fuzje i przejęcia mają wpływ na proces likwidacji szkód poprzez wybór jego odmiany najbardziej efektywnej. Autorka nie wspomina jednak, że troska o wspomniane przymioty wpływa na jakość obsługi klienta i zewnętrzny wizerunek przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, który z kolei przekłada się na zagwarantowanie przestrzegania praw wynikających z faktu zawarcia umowy ubezpieczenia i respektowania praw osób ubezpieczających, ubezpieczonych czy uprawnionych.

W zakończeniu autorka słusznie podkreśla, że zarządzanie przedsiębiorstwem przez wartość niezależnie od jego prawnej formy umożliwia osiągnięcie celów. Podstawę tworzenia jego wartości stanowi łańcuch wartości. Fuzje i przejęcia są przykładem rozwiązań skutkujących wzrostem wartości przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego będącego podmiotem inicjującym przekształcenia.

Zasadnicza treść książki uzupełnia aneks, w którym wskazano, iż dobór uczestników fuzji i przejęć podlegających obserwacji został dokonany na podstawie listy megatransakcji w Europie w latach 1996–1999 oraz wykazu transakcji transgranicznych, podlegających procedurze notyfikacyjnej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kontroli koncentracji przedsiębiorstw.

Omawiana pozycja będzie z pewnością przydatna dla praktyków ubezpieczeniowych, w szczególności członków władz zakładów ubezpieczeń oraz przedstawicieli poszczególnych jednostek struktury organizacyjnej, począwszy od obszarów zajmujących się akwizycją ubezpieczeń po-

przez likwidację szkód i struktury regresowe. Procesy konsolidacyjne wpływają bowiem na funkcjonowanie przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego jako podmiotu praw i obowiązków.

Analizowane opracowanie stanowi też pomoc dla studentów zajmujących się nie tylko sektorem ubezpieczeniowym, ale problematyką konsolidacji przedsiębiorstw działających w innych obszarach aktywności gospodarczej. Może być również wykorzystane przez osoby naukowo zajmujące się zagadnieniami fuzji i przejęć jako zjawisk towarzyszących współwłaścicielom zakładów ubezpieczeń.

Reasumując, recenzowana książka powinna znaleźć się obowiązkowo w biblioteczce osoby zawodowo zajmującej się ubezpieczeniami oraz pogłębiającej wiedzę w zakresie niełatwej problematyki przekształceń konsolidacyjnych.

Nie można wykluczyć, iż niektóre poglądy wyrażone w książce nie znajdą pełnej akceptacji uczestników rynku ubezpieczeniowego, ale, co warto podkreślić, stanowią interesującą pozycję będącą dobrym punktem wyjścia dla dalszych rozważań w przedmiocie fuzji, przejęć oraz ich wpływu na wartość przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego.

Dr **Małgorzata Maliszewska**, Akademia Finansów w Warszawie

Nowości wydawnicze

(wybrane pozycje, które ukazały się w II poł. 2010 r. i uzupełnienie z lat 2008–2009)

I. Zagadnienia ogólne; finanse, prawo, ubezpieczenia

A. Zbiory przepisów, komentarze, orzecznictwo

1. Cezary Banasiński, Eugeniusz Piontek, *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz*, stan prawny: 4 maja 2009 r., LexisNexis, Warszawa 2009, 1176 s.
2. Maciej Bernatt (aut.), Tadeusz Skoczny Agata Jurkowska, Dawid Miąsik (red.), *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów*, C.H.Beck, Warszawa 2009, 1861 s.
3. Konrad Kohutek, Małgorzata Sieradzka, *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów*, stan prawny: 31 marca 2008 r., Branta, Warszawa 2008, 1156 s.

B. Monografie i inne opracowania autorskie

1. Jerzy Handschke, Jan Monkiewicz (red. nauk.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010, 542 s.
2. Malwina Lemkowska**,** *Fuzje i przejęcia a wartość zakładu ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2010, 248 s.
3. Dorota Maśniak, *Transgraniczny system ochrony ofiar wypadków drogowych,* stan prawny: 1 czerwca 2010 r.*,* Wolters Kluwer, Warszawa 2010, 439 s.
4. Justyna Matys, *Model zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody niemajątkowej w kodeksie cywilnym*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 407 s.
5. Bożena Mikołajczyk, Marzena Krawczyk, *Audyt wewnętrzny w teorii i praktyce ubezpieczeniowej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010, 111 s.
6. Andrzej Paczkowski (red.), *Leksykon prawa ochrony konsumentów. 100 podstawowych pojęć*, C.H.Beck, Warszawa 2010, 510 s.
7. Wiesława Przybylska–Kapuścińska, Jerzy Handschke (red.), *Rynki finansowe i ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, 582 s.
8. Karolina Rokita, *Prawo konsumenta*. *Poradnik*, LexisNexis, Warszawa 2009, 233 s.
9. Tadeusz Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2010, 375 s.

C. Periodyki, zeszyty naukowe

1. Monitor Ubezpieczeniowy, nr 42; Wydanie Jubileuszowe (listopad 2010).
2. Prawo, Ubezpieczenia, Reasekuracja, nr 8(163); nr 9(164); nr 10(165); nr 11/12 (166/167).

II. UBEZPIECZENIA GOSPODARCZE

A. Zbiory przepisów, komentarze, orzecznictwo

1. Zdzisław Brodecki**,** Małgorzata Serwach, Marcin Glicz (red.), Magdalena Adamowicz, Aleksandra Brodecka–Chamera, Dariusz Fuchs, Sławomir Koroluk, Joanna Kruczalak–Jankowska, Katarzyna Malinowska, Dorota Maśniak, Jakub Nawracała, Małgorzata Serwach, Ewa Spigarska, Emilia Wieczorek, Arkadiusz Wowerka, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. t. 1, komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń,* wyd. 2, stan prawny: 1 października 2009 r., Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 1318 s.

2. Aleksandra Brodecka–Chamera, Zdzisław Brodecki, Dariusz Fuchs, Marcin Glicz, Beata Kęszycka, Katarzyna Malinowska, Jakub Nawracała, Małgorzata Serwach, Ewa Sodolska, Paweł Sukiennik, Emilia Wieczorek, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych: komentarz. t. 2, Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach, komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, wyd. 2, stan prawny: 1 stycznia 2010 r., Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 1018 s.

B. Monografie i inne opracowania autorskie

1. Jacek Chudziak**,** *Ubezpieczenia na życie: notatki do wykładu*, Wydawnictwo Oświatowe Fosze, Rzeszów 2010, 80 s.

2. Zdzisław Gołba, *Poszkodowani w wypadkach drogowych i przez ubezpieczycieli,* LexisNexis, Warszawa 2010, 216 s.

3. Magdalena Klopott, *Ubezpieczenia ładunkowe*, Wydawnictwo Akademii Morskiej, Gdynia 2010, 93 s.

4. Ilona Kwiecień, *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem działalności gospodarczej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, 230 s.

5. Jacek Lisowski, *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce,* Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, 356 s.

6. Marek Monkiewicz, *Rynek ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce i w Unii Europejskiej w latach 2002–2009*, Dom Wydawniczy „Elipsa", Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Warszawa 2010, 195 s.

7. Aleksander Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, C. H. Beck, Warszawa 2010. – XXX, 244 s.

8. Ewa Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non–life*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, 441 s.

C. Periodyki, zeszyty naukowe

1. Prawo Asekuracyjne, nr 3(64) 2010; 4(65) 2010.

2. Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 02/2010; 03/2010.

III. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

A. Zbiory przepisów, komentarze, orzecznictwo

1. Jacek Kropkowski (oprac.), *Kodeks ubezpieczeń społecznych, prawo pracy, kontrola*: aktualne, ujednolicone przepisy prawne, zmiany w przepisach od stycznia 1999 r., Ośrodek Szkolenia – Wydawnictwo Jakro Jacek Kropkowski, Sztum 2010, 718 s.

2. Jacek Kropkowski (oprac.), *Komentarz do przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych i prawa pracy*: zagadnienia omawiane na szkoleniach, Ośrodek Szkolenia – Wydawnictwo Jakro, Sztum 2010, 159 s.

3. Patryk Łukasiak, Marcin Wujczyk**,** *Aplikacja 2010. Testy 6, Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych, prawo finansowe i podatkowe, prawo karne skarbowe*, stan prawny: 1 marca 2010 r., Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 342 s.

4. Mariusz Stepaniuk, *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych: testy, pytania i odpowiedzi.* – Wyd. 2, C.H.Beck, Warszawa 2010, 238 s. (Testy Aplikacyjne; 7).

5. Elżbieta Szustak, *Ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących*, stan prawny: 1 stycznia 2010 r., ZUS, Warszawa 2010, 96 s.

6. *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych 2010*, Wydawnictwo INFOR, Warszawa 2010, 146 s.

7. *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych*, stan prawny: 1 grudnia 2009 r., Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 244 s.

8. *Ubezpieczenia społeczne*, wyd. 5, stan prawny: 9 sierpnia 2010 r., C.H.Beck, Warszawa 2010, 234 s.

B. Monografie i inne opracowania autorskie

1. Magdalena Cholewa–Klimek, *Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych*, wyd. 2, LexisNexis Polska, Warszawa 2010, (Monografie), 297 s.

2. Ewa Dziubińska – Lechnio, Joanna Jamroziak, Magdalena Kostrzewa, Piotr Kostrzewa, Elżbieta Kowalczyk, Eliza Skowrońska, Agnieszka Ślązak, Jerzy Kuźniar, *Ubezpieczenia Społeczne 2010*, Wolters Kluwer Polska. Meritum, wyd. 2, Warszawa 2010, 1184 s.

3. Dorota Kosacka–Łędzewicz, Bogdan Olszewski, *Leksykon świadczeń ZUS 2010*, Wydawnictwo UNIMEX, Wrocław 2010, 901 s.

4. Tomasz Major, Beata Pawłowska (red.), *Ubezpieczenie społeczne migrujących pracowników oraz osób prowadzących działalność gospodarczą*, wyd. 2, C.H. Beck, Warszawa 2010, 198 s.

5. Joanna Ratajczak–Tuchołka, *Emerytury kobiet w ubezpieczeniowych systemach emerytalnych w Niemczech i w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, 205 s.

6. Anna Siporska (red.), *Ubezpieczenia społeczne w Polsce*: informacje, fakty, ZUS, Warszawa 2010, 78 s.

IV. SPRAWOZDANIA I INFORMACJE

Sprawozdanie z 27 seminarium „Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law", Walencja, 22 – 25 września 2010 r.[1] (*Dariusz Fuchs*)

W dniach od 22 do 25 września 2010 r. odbyło się w Walencji 27 seminarium *Restatement Project Group*, poświęcone przede wszystkim problematyce ubezpieczeń grupowych oraz ubezpieczeń na życie. Pierwszego dnia obrady seminaryjne, były poświęcone przede wszystkim omówieniu dwóch projektów regulacji problematyki ubezpieczeń grupowych, których pierwotne wersje były już omawiane na 26 seminarium *Restatement Group* (22–25 stycznia 2010 r.), a mianowicie: projektu P. Takasa (Węgry) oraz. B. Dufwa (Szwecja).

Projekt przygotowany przez P. Takasa zakłada wiążące regulowanie samej definicji ubezpieczenia grupowego w treści PEICL w sposób oddajający arystotelejską koncepcję: *definitio fit per genus et differentiam specificam*. *In principio*, autor proponuje, aby za ubezpieczenia grupowe uznać takie, które spełniają trzy przesłanki. Po pierwsze – zasadą w ubezpieczeniach grupowych jest to, iż na podstawie umowy ubezpieczenia jest udzielana ochrona członkom danej grupy (pracownikom zakładu pracy, członkom stowarzyszenia, etc). Po drugie – ubezpieczyciel zapewnia tę ochronę całej grupie ubezpieczonych a nie poszczególnym jej członkom indywidualnie. Ubezpieczonym staje się dana osoba na skutek członkostwa w danej grupie, ewentualnie po zawiadomieniu ubezpieczyciela o chęci przystąpienia do kręgu osób ubezpieczonych. Zarazem projekt ten zakłada swoiście rozumianą ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, gdyż dopuszcza kontynuację ubezpieczenia w razie gdy umowa tak stanowi a ubezpieczony utracił status członka grupy, co pierwotnie stanowiło *conditio sine qua non* uzyskania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego. Projekt zakłada, podobnie jak to występuje w rodzimej praktyce polskiego rynku ubezpieczeniowego, że na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego ochronę mogą uzyskać także członkowie rodziny ubezpieczonego.

Co równie istotne założono, iż powinności informacyjne spoczywają na ubezpieczycielu jedynie wobec osoby ubezpieczającego a nie względem ubezpieczonych członków grupy, natomiast ubezpieczający ma obowiązek wszystkie takie informacje, w tym także o ewentualnych zmianach treści umowy ubezpieczenia powiadomić ubezpieczonych.

Na tej podstawie można stwierdzić, że ubezpieczenia grupowe różnią się zasadniczo od ubezpieczeń indywidualnych w trzech zasadniczych aspektach uwzględnionych w proponowanej regulacji PEICL.

Przede wszystkim odrębność wynika z różnego sposobu wskazania osoby ubezpieczonej w umowie. Po drugie – odmiennie kształtuje się wiedza ubezpieczyciela na temat ubezpieczanych ryzyk, co w ubezpieczeniach grupowych z zasady nie ma charakteru zindywidualizowanego

[1] Poglądy wyrażone w tekście są osobistymi autora i nie mogą być identyfikowane ze stanowiskiem *Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law*.

ryzyka. Po trzecie – ubezpieczyciel nie ma co do zasady prawa odmowy ubezpieczenia indywidualnego członka danej grupy, jeżeli ten ostatni wykaże wolę uzyskania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie takiej umowy grupowego ubezpieczenia na życie[2].

Niezależnie od powyższej propozycji został zaprezentowany projekt prof. B.W. Dufwa (Szwecja), który zaproponował, aby ubezpieczenia grupowe stanowiły przedmiot regulacji rozdziału czternastego PEICL. Opierając się na doświadczeniach prawa skandynawskiego, zaproponował także szczegółową systematykę tego rozdziału, z czego wynika, iż miałby on odnosić się docelowo do wszystkich dopuszczalnych postaci ubezpieczeń grupowych w tym: ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej[3]. Jak słusznie zauważono w propozycji, w praktyce ubezpieczeniowej coraz częściej i to nie tylko w związku z wykonywaniem określonych profesji i zawodów, występuje jako konsekwencja przynależności do danej grupy, obowiązek ubezpieczenia, który jest warunkowany uczestnictwem danego ubezpieczonego. Co istotne, w swym zamierzeniu PEICL nie będzie ograniczać czy też narzucać sposobu takiego powiązania pomiędzy faktem bycia członkiem a osiągnięciem statusu ubezpieczonego. Jedynie, co na obecnym etapie się proponuje, to podział grupowych ubezpieczeń szkody na obowiązkowe (o których mowa była powyżej) oraz na dobrowolne, gdy fakt członkostwa i status ubezpieczonego zależą od autonomii danego podmiotu. Nie ulega wątpliwości, że stroną takiej umowy (art. 14:102) jest ubezpieczyciel, natomiast w propozycji B. Dufwa podkreśla się, iż w razie ubezpieczeń dobrowolnych, zgodnie z proponowaną systematyką w art. 14:101, umowa jest zawierana z każdym członkiem grupy z osobna; w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych stroną umowy ubezpieczenia jest reprezentant grupy, który na rachunek członków (także w ich interesie) zawiera umowę ubezpieczenia. Taka koncepcja niewątpliwie odbiega od tradycji części państw członkowskich UE, w tym i Polski.

Wprowadza się także obowiązki informacyjne, którym musi sprostać ubezpieczyciel przed zawarciem grupowej umowy ubezpieczenia, analogiczne do określonych w artykułach 2:201 i 2:203 i przewidzianych dla ubezpieczającego. Dodatkowo projekt B. Dufwa przewiduje odpowiedzialność dla ubezpieczyciela za zaniechania lub nienależyte spełnienie swych obowiązków przez reprezentanta grupy wobec jej członków (art. 14:104). Zgodnie z art. 14:105 w zakresie czasu trwania umowy ubezpieczenia oraz klauzuli prolongacyjnej do ubezpieczeń grupowych mają także zastosowanie odpowiednie artykuły części ogólnej (2:601 i nast.), z zastrzeżeniem, że oświadczenie o wypowiedzeniu umowy musi być złożone zarówno reprezentantowi grupy jak i też każdemu z jego członków.

Podobnie jak w propozycji prof. P. Takasa, także tutaj gwarantuje się szeroką autonomię ubezpieczonego – członka grupy co do faktu objęcia i rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w razie grupowych ubezpieczeń dobrowolnych (art. 14:107). W propozycji zakłada się, odrębne od postanowień części ogólnej PEICL, określenie dla ubezpieczeń grupowych następujących kwestii: składki, zdarzenia losowego (wypadku ubezpieczeniowego), subrogacji i regresu ubezpieczyciela wobec odpowiedzialnego za szkodę i pojęcia ryzyka ubezpieczalnego w ubezpieczeniach grupowych. Autor dostrzega potrzebę rozdzielnej regulacji ubezpieczeń grupowych szkody (co juz zostało przygotowane) od ubezpieczeń grupowych sumy (co stanowi przedmiot dalszych prac).

Jak wynika z powyższego zestawienia propozycja B. Dufwa zmierza w kierunku objęcia regulacją ubezpieczeń grupowych nie tylko ubezpieczeń na życie ale przede wszystkim ubezpieczeń majątkowych, co akurat nie jest koncepcją popularną w części krajów UE.

[2] Por. P. Takas, *Group insurances,* materiał powielony, styczeń 2010.

[3] Por. B. Dufwa, *Chapter fourteen: Group Insurance and Insurance based on Collective Agreement*, maszynopis powielony, styczeń 2010.

Szczególnie ożywiona dyskusja przebiegała w odniesieniu do definicji samego pojęcia ubezpieczenia grupowego, w szczególności: na życie.

W drugim dniu obrad poświęcono sporo uwagi zagadnieniu tłumaczenia PEICL na języki narodowe, w tym na chiński oraz koreański, co stanowi dowód szerokiego zainteresowania projektem także poza granicami Unii Europejskiej. Odnotowano także rosnące zainteresowanie ośrodków naukowych współpracą z członkami grupy indywidualnie jak i też grupą *per toto*.

Ostatni dzień obrad był poświęcony założeniom regulacji *acito directa* w ubezpieczeniach komunikacyjnych, czemu był przede wszystkim poświęcony raport H. Cousy (Belgia) oraz I. Rokasa (Grecja). Ustalono, iż kolejne seminarium odbędzie się w Paryżu, w styczniu 2011 r.

Dr **Dariusz Fuchs**, Katedra Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; członek P*roject Group on a Restatement of European Insurance Contract Law*

Sprawozdanie z konferencji „Broker jako zawód zaufania publicznego", Warszawa, 12 października 2010 r. (*Izabella Sapińska–Binda*)

W dniu 12 października 2010 r. w auli Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie odbyła się konferencja naukowa, zorganizowana przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Fundację „Prawo Ubezpieczeniowe" i redakcję „Prawa Asekuracyjnego". Patronat naukowy nad konferencją objęli prof. dr hab. Jerzy Łańcucki i prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

Konferencję otworzył Jacek Kliszcz, prezes zarządu Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, witając zgromadzonych brokerów, przedstawicieli zakładów ubezpieczeń, firm okołorynkowych i dziękując za zainteresowanie fundamentalnym dla środowiska brokerów problemem, jakim jest utworzenie obligatoryjnego samorządu, który gwarantuje istnienie korzystnej dla klienta konkurencji oraz porządkuje i doprecyzowuje zasady wykonywania zawodu.

Naukową część konferencji otworzył prof. dr hab. Jerzy Łańcucki (UE Poznań, redaktor naczelny „Prawa Asekuracyjnego"), określając jej cel jako próbę odpowiedzi na pytania: czy zawód brokera to zawód zaufania publicznego, czy celowe jest utworzenie obligatoryjnego samorządu brokerskiego i czy daje to szanse na to, aby wyeliminować z praktyki gospodarczej nieuczciwą konkurencję i nieetyczne zachowania?

Prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski (UMK Toruń) w wykładzie pt. „Zawód brokera ubezpieczeniowego – korporacja czy <wolna amerykanka>" wymienił i omówił podstawowe cechy zawodu korporacyjnego, jakie ma zawód brokera, takie jak: wysokie kwalifikacje zawodowe, merytoryczne, fachowe, graniczące wręcz z „wiedzą tajemną" (można mówić o sztuce uprawiania tego zawodu), wysokie standardy etyczne, wysokie sformalizowane procedury dopuszczenia do uprawiania zawodu oraz atrybuty, których ten zawód jeszcze nie posiada, jak m.in. brak ustawowego wymogu powszechnej przynależności do samorządu, brak jednolitej reprezentacji interesów środowiska. Profesor zastanawiał się nad „architekturą" zmian, a także metodą ich przeprowadzenia.

Prof. Tadeusz Szumlicz (SGH) w wystąpieniu pt. „Społeczne uwarunkowania działalności brokerów ubezpieczeniowych" podkreślił misyjny charakter zawodu brokera i rangę tej działalności w zakresie doradztwa ubezpieczeniowego. Broker ma wpływ na stronę podażową rynku – dyscyplinuje zakłady ubezpieczeń, a z drugiej strony ma za zadanie promowanie zaufania do zakładów ubezpieczeń. Broker może odegrać dużą rolę w stymulowaniu potrzeby korzystania z ochrony ubezpieczeniowej, nie tylko wśród przedsiębiorców, ale zwłaszcza wśród gospodarstw domowych, narażonych na ryzyka społeczne, w warunkach określonego systemu zabezpieczenia społecznego, który nie jest wystarczający. Profesor stwierdził, że zawód brokera spełnia podstawowe przesłanki zawodu zaufania publicznego. Należy jednak pamiętać, że samorządność nie będzie możliwa bez zewnętrznego na nią zapotrzebowania.

Kolejny wykładowca dr Maksymilian Marek Cherka (UW) w wystąpieniu pt. „Samorząd zawodu zaufania publicznego"określił samorząd zawodowy jako związek osób, do którego się przynależy *ipso iure*, z mocy samego prawa, jeśli spełnione są określone cechy, czyli posiadanie prawa do wykonywania danego zawodu.

Wewnętrzna struktura samorządu ma charakter demokratyczny, jest to „samozarządzanie" własnymi sprawami przez samych zainteresowanych. Jednak samorząd nie jest ustrojową dowolnością, działa pod nadzorem administracji państwowej, musi wykonywać powierzoną sobie władzę w ramach obowiązującego prawa. Co ważne, samorząd jest osadzony w konstytucji jako wyraz zasady subsydiarności (pomocniczości).

Dr Maksymilian Cherka stwierdził, że zawód brokera ma podstawowe cechy zawodu zaufania publicznego, istotne jednak jest, czy środowisko brokerskie jest na tyle zorganizowane i wewnętrznie spoiste, że udźwignie obowiązki związane z wykonywaniem władzy publicznej i będzie ją sprawować w sposób efektywny i sprawny.

Po przerwie i ożywionej dyskusji w kuluarach głos zabrał wieloletni prezes Krajowej Rady Radców Prawnych mec. Andrzej Kalwas, który w wykładzie zatytułowanym „Doświadczenie i praktyka w granicach interesu publicznego" podzielił się praktycznymi doświadczeniami w tworzeniu i działalności samorządu radców prawnych, istniejącego w Polsce od prawie 30 lat.

Powołanie samorządu leży nie tylko w interesie brokerów, ale i w interesie publicznym, współrządzenie państwem jest bowiem zgodne z Konstytucją[1], ze standardami obowiązującymi w Unii Europejskiej, a także ze społeczną nauką Kościoła katolickiego, służy rozwojowi aktywności obywatelskiej, jest realizowaniem zasady pomocniczości – fundamentalnej zasady ustrojowej zawartej w ustawie zasadniczej. Historię samorządów prawniczych mec. Andrzej Kalwas określił jako nieustanną walkę z oponentami dążącymi do osłabienia ich roli. Następnie, odnosząc się do głównych warunków uznania zawodu za zawód zaufania publicznego, wskazał na zagrożenia, podał przykłady odbierania samorządom prawniczym ich niektórych kompetencji.

Mec. Andrzej Kalwas wymienił 5 warunków uznania zawodu za korporację i pozwalających na utworzenie samorządu: wysokie wykształcenie i normy etyczne, obowiązkowa przynależność do samorządu jako istniejąca automatycznie – przez sam fakt posiadania uprawnień do wykonywania danego zawodu, sądownictwo dyscyplinarne, prawna ochrona tajemnicy zawodowej, obowiązkowe ubezpieczenie OC.

Ważną częścią konferencji był panel dyskusyjny, którego moderatorem był prof. Jerzy Łańcucki. Udział w nim wzięli wszyscy wykładowcy oraz Halina Olendzka, Rzecznik Ubezpieczonych, Adam Roman, członek zarządu STU Ergo Hestia S.A. i Katarzyna Dziduszko–Kaszczyńska, radca prawny Stowarzyszenia.

Wszyscy dyskutanci podkreślali, że zawód brokera ma atrybuty zawodu zaufania publicznego i potwierdzali potrzebę utworzenia obligatoryjnego samorządu brokerskiego. Może on odegrać szczególną rolę w zakresie „rozluźnienia" nadzoru państwa nad działalnością brokerską, umożliwić środowisku brokerów efektywniejszą reprezentację swych interesów na zewnątrz, pozwoli współuczestniczyć w procesie legislacyjnym i wpłynie na podwyższenie standardów zawodowych i etycznych w działalności brokera. Aby samorząd spełniał swoje zadania, musi być powszechny, a więc przynależność do niego musi być obowiązkowa. Dlatego ważne jest, aby dotrzeć do wszystkich aktywnych na rynku brokerów, zwłaszcza do niezrzeszonych i przekonać ich o celowości tej inicjatywy. Rola Stowarzyszenia Brokerów jest tu nie do przecenienia. Ponadto Rzecznik Ubezpieczonych Halina Olendzka zwróciła uwagę, że zapotrzebowanie społeczne na wiedzę ubezpieczeniową jest bardzo duże, zwłaszcza wśród szerokiego odbiorcy, jakim są gospodarstwa domowe. Broker ma do odegrania dużą rolę w poszerzaniu tej wiedzy, co wpływa na rozwój całego rynku ubezpieczeniowego. Klient korzystający z usług brokera zrzeszonego w samorządzie – zdaniem Haliny Olendzkiej – czuje się bezpieczniej, ma do niego większe zaufanie.

Dyskutowano też nad drogą dojścia do celu i formą odpowiednich regulacji ustawowych. Na zakończenie prezes Stowarzyszenia Brokerów Jacek Kliszcz podziękował wszystkim wykładowcom i uczestnikom za udział w konferencji.

Konferencję należy ocenić jako bardzo interesującą. Wszystkie wykłady – a udało się pozyskać wybitnych specjalistów i ekspertów w dziedzinie prawa ubezpieczeniowego i problematyki samorządności – stały na wysokim poziomie merytorycznym. Dzięki nim, niejako przy okazji, przybliżono mało chyba znane problemy teorii i praktyki samorządności. Wydaje się, że konferencja spełniła swój cel i pozwoliła odpowiedzieć na pytania postawione na wstępie.

Mgr **Izabella Sapińska–Binda**, sekretarz redakcji „Prawa Asekuracyjnego"

[1] Por. art. 17 Konstytucji RP a także fragment preambuły uznającej zasadę pomocniczości jako umacniającej uprawnienia obywateli i ich wspólnot.

Sprawozdanie z konferencji „Priorytet rozwoju konkurencyjnego rynku ubezpieczeń w świetle prezydencji Polski w Unii Europejskiej", Warszawa, 20–21 października 2010 r. (*Stanisław Nowak*)

Konferencja, której obrady odbyły się w siedzibie Centrum Wodnego Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, zorganizowana była przez – Wydział Nauk Ekonomicznych tej uczelni – gospodarza konferencji, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego oraz Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, we współpracy z Rzecznikiem Ubezpieczonych oraz organizacjami europejskiego i polskiego rynku ubezpieczeniowo–finansowego, a w tym *Restatement Insurance Group, Geneva Association*, Stowarzyszenia na Rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP, BCC, Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Stowarzyszenia „ProMotor", Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Polskiej Izby Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, *Coris Varsovie* oraz Krajową Izbę Ubezpieczeń.

Partnerami merytorycznymi przedsięwzięcia (poza wspomnianymi wyżej organizacjami) lub go wspierającymi było także szereg krajowych uczelni wyższych, w tym Politechnika Warszawska, Politechnika Radomska, Uniwersytety Ekonomiczne: w Poznaniu, Krakowie, Świętokrzyski w Kielcach, Gdański oraz Katedra Ubezpieczeń Gospodarczych SGH. Wśród gości znaleźli się przedstawiciele Uniwersytetu w Bratysławie.

W dwóch dniach konferencji uczestniczyło około 150 osób reprezentujących podmioty gospodarcze rynku finansowo–ubezpieczeniowego oraz przedstawiciele nauki i praktyki ubezpieczeniowej, pracownicy naukowi i studenci licznych uczelni krajowych.

Patronat honorowy nad konferencją objęło Ministerstwo Finansów, a jego przedstawicielem w obradach był naczelnik Tomasz Krawczyk, występujący również w imieniu podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów Dariusza Daniluka.

Patronat merytoryczny konferencji objął J.M. Rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego prof. dr hab. Alojzy Szymański.

Na program dwudniowego spotkania składały się: w dniu 20 października – konferencja naukowa obejmująca posiedzenie plenarne, a w tym: wykłady wprowadzające oraz wykłady – prezentacje i dyskusja w III zespołach problemowych a w dniu następnym dyskusja w ramach spotkania Gremium Ekspertów Ubezpieczeń.

Uczestników spotkania powitała w imieniu organizatorów prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk, kreśląc plan konferencji i uzasadniając jego formułę organizacyjną.

J.M Rektor SGGW prof. Alojzy Szymański, jako gospodarz konferencji i sprawujący patronat merytoryczny, w wystąpieniu wprowadzającym przedstawił Szkołę jako uczelnię europejską o 200 letniej tradycji, jednocześnie o nowoczesnym kształcie, realizującą odważne, śmiałe plany edukacyjne i naukowo–badawcze w ramach 13 wydziałów i 28 kierunków studiów. Niejako uzupełnieniem prezentacji Rektora było wystąpienie Dziekana Wydziału Nauk Ekonomicznych prof. Bogdana Klepackiego, podkreślające rolę, zadania i dokonania Wydziału, skupiającego – na 4 kierunkach – 5 600 studentów i pracowników.

Występujący, w zastępstwie podsekretarza Stanu Ministra Dariusza Daniluka, naczelnik Tomasz Krawczyk uzasadniając objęcie patronatu honorowego konferencji przez Ministerstwo Finansów, uznał ją za znaczące wydarzenie, w wyniku którego oczekiwane są konkretne postulaty i wnioski dla działania Polski jako sprawującej prezydencję w UE – zakreślił też zadania i przewi-

dywane prace Ministerstwa Finansów w trakcie trwania prezydencji. Podkreślił w szczególności jej znaczenie jako ważnego wydarzenia w realizacji planów rozwojowych UE, które nakłada na Polskę określone obowiązki wynikające z przewodnictwa w Radzie UE (wśród nich organizacja tematycznych spotkań unijnych i innych międzynarodowych). Z faktu 6–miesięcznego przewodnictwa, będzie istniała możliwość realnego kształtowania unijnej polityki w wielu dziedzinach – także finansów. W ramach programu działań, należy spodziewać się przedstawienia priorytetów i przedsięwzięć zapewniających kontynuację przyjętych już zobowiązań.

Wśród licznych, przewidywanych prac prezydencji, ważne miejsce zajmuje także problematyka ubezpieczeniowa, a w tym: nad środkami wykonawczymi do dyrektywy Solvency II, kierunkami rozwoju ubezpieczeniowych funduszy gwarancyjnych (choćby na tle zapisów dyskutowanej w tej kwestii Białej Księgi) oraz kwestiami nowelizacji dyrektywy UE o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Ten ogrom zadań, upoważnia Ministerstwo do szerokiej współpracy merytorycznej ze stosownymi podmiotami rynku ubezpieczeń (np. KNF) oraz wysłuchania postulatów i wniosków innych zainteresowanych podmiotów i głosów tegoż rynku. Konferencja wpisuje się w ten nurt dyskusji i oczekiwań.

W dalszej części obrad, wykłady wprowadzające do dyskusji wygłosili:

- prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk – „Prezydencja Polski w Radzie UE – priorytet dla ubezpieczeń?";
- prof. dr hab. Andrzej Sopoćko –„Co nam zostało po kryzysie";
- prof. dr hab. Jan Monkiewicz – „Aktywność państwa w ubezpieczeniach";
- wykład dotyczący problematyki rynku ubezpieczeń Słowacji przygotowany przez prof. Annę i Stefana Majtanów z Uniwersytetu w Bratysławie, wygłosiła prof. Ing. PhD. Anna Majtánová.

Ocenione wysoko przez uczestników obrad wykłady wprowadzające, ukazały skomplikowaną sytuację na europejskich rynkach finansowo–ubezpieczeniowych, spowodowaną zarówno aktualną sytuacją gospodarczą światowych rynków finansowych, dokonującym się przewartościowaniem poglądów w sprawie dalszej realizacji polityki gospodarczej wobec zjawisk gospodarki rynkowej, rolą państwa i organizacji państw w naprawczych procesach pokryzysowych, efektów (bądź ich niedostatku) działań antykryzysowych, czy też skierowanych na zapewnienie dalszego rozwoju gospodarczego.

Te i inne pytania o bliższe czy dalsze perspektywy rozwojowe rynków finansowo–ubezpieczeniowych, o konieczne, jak się wydaje, nowe spojrzenie na teorie warunkujące zachowanie rozwoju gospodarczego świata, Europy i Polski oraz ich praktyczne oprzyrządowanie, zabrzmiały w tych wykładach w kategoriach praktycznych, już nieodległych, jako że Polsce przyjdzie się już niedługo z nimi zmierzyć w okresie swej prezydencji.

Pytania te dotyczą także rynków ubezpieczeniowych, będących istotną lecz jednak komplementarną (tylko?) częścią rynków gospodarczych, których dalszy rozwój warunkuje postęp w ubezpieczeniach. Jak zatem ubezpieczenia mają zachować się wobec przyjmowanych programów naprawczych pokryzysowych czy przewidywanych modeli dalszego rozwoju np. „Europa 2020"[1].

Dalsza dyskusja w trakcie pierwszego dnia, toczyła się w trzech kolejno obradujących po sobie zespołach (panelach) problemowych, których wnioski skupiają się wokół problematyki ubezpieczeniowej, prezydencji polskiej w UE oraz rozwiązań ekonomicznych i organizacyjno–prawnych polskiego rynku.

[1] Tezy wystąpień autorów wykładów oraz ich uzasadnienie organizatorzy przewidują zamieścić w odrębnej pozycji, której wydanie przewidziano na pierwszy kwartał 2011 r. Wiodące tezy wykładu prof. Ireny Jędrzejczyk zamieściła „Gazeta Ubezpieczeniowa" nr 40, w artykule o tytule tożsamym z wykładem konferencyjnym.

Pierwszy z nich „Instrumenty wspomagające rynek ubezpieczeń z podtematami: innowacyjność produktowa, technologiczna i finansowa struktura ubezpieczeń, rola państwa i nadzoru, instrumenty prawne – był moderowany przez dr. Dariusza Fuchsa, prof. dr. hab. Kazimierza Ortyńskiego oraz prof. dr. hab. Mariana Padstawkę.

W ramach obrad zgłoszono prezentację następujących tematów:

- Wprowadzenie do obrad zespołu I – dr Stanisław Nowak;
- dr Dariusz Fuchs – „PEICL jako europejski instrument opcjonalny regulacji umowy ubezpieczenia";
- dr Bogusław Bamber – „Koncepcja społecznej odpowiedzialności biznesu w działalności zakładów ubezpieczeń w Polsce";
- dr Dorota Maśniak – „Efektywność transgranicznego systemu ubezpieczeniowej ochrony ofiar wypadków drogowych – bariery prawne";
- mec. Andrzej Chróścicki – „Ubezpieczenie interesu majątkowego po nowelizacji Kodeksu cywilnego";
- prezes Paweł Paluszyński, Grzegorz Więcek – „Koncepcja wykorzystania innowacyjnych narzędzi IT celem unifikacji procesów likwidacji szkód w ramach struktur UE";
- prezes Wojciech Fallach – „Kancelarie odszkodowawcze a ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym";
- prezes Edyta Ryś – „Kwota bezsporna w odszkodowaniach";
- dr Aleksander Raczyński – „Mankamenty aktualnie obowiązującego sytemu ochrony osób poszkodowanych w zakresie obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej";
- dr Katarzyna Malinowska – „Wykonanie umowy ubezpieczenia w najnowszym orzecznictwie sądowym i jego skutki w europeizacji umowy ubezpieczenia";
- dr Marek Monkiewicz – „Bezpośrednia likwidacja szkód z międzynarodowej perspektywy".

Problematyka obrad zespołu II obejmowała priorytety prezydencji związane z ubezpieczeniami z podtematami: środki wykonawcze Solvency II, ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym, systemy gwarancyjne. Panel ten moderowali: prezes Jacek Kliszcz, prezes Adam Sankowski, prezes Danuta Wałcerz, prezes Elżbieta Wanat–Połeć.

Po wprowadzeniu do problematyki obrad przez naczelnika Tomasza Krawczyka do prezentacji przewidziano następujące tematy:

- prezes Danuta Wałcerz, – „Dlaczego Solvency II?";
- prezes Elżbieta Wanat–Połeć – „Biała Księga – projekt zunifikowania gwarancji w UE";
- dr Grażyna Sordyl – „Przesłanki tworzenia funduszy gwarancyjnych w ubezpieczeniach zdrowotnych";
- prezes Jacek Kliszcz – „Uwagi na tle realizacji ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym";
- prezes Adam Sankowski – „Uwagi do ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym";
- dr Jarosław Przybytniowski – „Rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce w przeddzień prezydencji Polski w UE. Stan i perspektywy".

W zespole III – oczekiwane społecznie kierunki rozwoju ubezpieczeń z podtematami: ochrona w zakresie ryzyka katastroficznego, ubezpieczenia dla wsi, ochrona w zakresie systemów emerytalnych i zdrowotnych, moderowanym przez prof. Irenę Jędrzejczyk, prof. dr. hab. Tomasza

Michalskiego i prof. dr hab. Wandę Sułkowską, wprowadzenia do obrad dokonały – prof. Irena Jędrzejczyk i prof. Wanda Sułkowska a prezentacji dokonali:

- prof. dr hab. Romuald Holly – „Ubezpieczenia a społeczne ryzyka katastroficzne";
- dr Grzegorz Strupczewski – „Wybrane zagadnienia ubezpieczeń od skutków katastrof naturalnych";
- dr Krzysztof Łyskawa – „Systemy ubezpieczeń w rolnictwie – szczególna forma realizacji polityki rolnej czy ubezpieczeniowej?";
- Konrad Rojewski – „ Ubezpieczalne i nieubezpieczalne ryzyka w rolnictwie";
- dr Marietta Janowicz–Lomott – „*Mutual Fund* – szczególna forma realizacji ochrony ubezpieczeniowej w rolnictwie (doświadczenia polskie i wskazania unijne)";
- prof. Tomasz Michalski – „Bez ryzyka, bez kapitału, najwyższa rentowność – specjalna oferta produktowa ZUS na prezydencję Polski w UE?";
- dr Dariusz Stańko – „Systemy emerytalne w Europie";
- prezes Adam Sankowski – „Wybrane problemy polskiego systemu emerytalnego";
- prezes Tadeusz Lenart – „Endogeniczny system emerytalny drogą do zmniejszenia deficytu budżetowego, pozapłacowych kosztów pracy oraz podwyższenia emerytur";
- prof. Marian Podstawka – „Otwarte fundusze emerytalne a finanse publiczne".

Tradycyjnie, w czasie konferencji wręczono kolejne Nagrody Honorowe Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka. W kategorii Lider Edukacji Ubezpieczeniowej nagrodę otrzymali prof. dr hab. Wanda Sułkowska, prof. dr hab. Jan Monkiewicz i prof. dr hab. Alojzy Nowak oraz Politechnika Radomska z okazji 40–lecia Wydziału Ekonomicznego (nagrodę odebrał prof. dr hab. Kazimierz Ortyński), zaś w kategorii Debiut Ubezpieczeniowy nagrodzony został dr Grzegorz Strupczewski z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

Dzień drugi obrad przeznaczono na prezentację tematów niewygłoszonych w dniu pierwszym, wstępną reakapitulację problemów tam zgłoszonych, głosy ekspertów ubezpieczeniowych i reprezentantów organizacji (instytucji) rynku ubezpieczeniowego, dyskusję uczestników, a także wstępne podsumowanie obrad i nakreślenie planu dalszych przedsięwzięć.

Spotkanie moderowane przez prof. Irenę Jędrzejczyk, prof. Wandę Sułkowską oraz dr. Stanisława Nowaka, rozpoczęto merytorycznie od prezentacji prezesa Tadeusza Lenarta dotyczącej problemów polskiego systemu ubezpieczeń emerytalnych, ze szczególnym wskazaniem na jego trzeci filar. Prezentacja wywołała ożywioną dyskusję, w której odnoszono się do tez, założeń i propozycji autora. Wzięli w niej udział m.in. Konstanty Żuk, wskazujący na nierozwiązane problemy ekonomiczno–prawne systemu oraz prof. Wanda Sułkowska – odnosząc się m.in. do dyskusyjnej jej zdaniem, oceny prezesa Lenarta co do powodzenia systemu emerytalnego w Chile.

Uczestnicy dyskusji w części rekapitulacyjnej odnoszącej się do obrad pierwszego dnia oraz dyskusji ekspertów dokonywali wstępnej syntezy i składali wnioski wypływające z obrad, prezentując również własną analizę i ocenę podnoszonych problemów. Wśród nich prezes Stowarzyszenia na Rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP Ariadna Auriga–Borówko mówiła o konieczności ekonomicznej i finansowej edukacji obywateli w kontekście zmian na rynku pracy, który stanowi podstawowe źródło ich przychodów i wydatków. Zwróciła uwagę m.in. na problem niskiej stopy oszczędzania, w tym na przyszłe emerytury, niepokojące zjawiska na rynku pracy, sytuację kobiet czy niepokojące zjawisko rozdźwięku działań medialnych podmiotów rynku finansowego z ich postępowaniem.

Ten stan wymaga pilnych i śmiałych rozwiązań prawnych oraz ustawicznej edukacji społecznej.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych Maciej Łazęcki, odnosząc się do stanowiska środowisk pośredników w kwestii rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym do kwestii implementacji unijnej dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, wskazał na znaczącą ingerencję i zbyt ostre rozwiązania legislacyjne, niekorzystne dla pośredników jako podmiotów stosunków cywilno–prawnych (m.in. rygorystyczne procedury rejestracyjne, szkoleniowe, brak równości pośredników jako stron stosunków cywilno–prawnych z ubezpieczycielem, nadmiernie wysokie sumy ubezpieczeń OC w stosunku do innych zobowiązanych podmiotów). Dr Grażyna Sordyl, reprezentująca UFG przedstawiła stanowisko (wnioski) UFG w przedmiocie proponowanych rozwiązań harmonizacji działalności ubezpieczeniowych funduszy gwarancyjnych zawartych w Białej Księdze, wskazując na problemy z wdrożeniem propozycji Białej Księgi nie uwzględniającej warunków miejscowych – finansowych i prawnych państw UE. Zdaniem UFG przyjęty w Polsce model funkcjonowania funduszy można uznać za wzorcowy. Jej zdaniem rozpoczęty proces Solvency II wymaga dalszych działań w zakresie monitorowania procesu wprowadzania nowych zasad wypłacalności i ich wpływu na sytuację zakładów ubezpieczeń. W innych sprawach pośrednictwo ubezpieczeniowe wymaga wprowadzenia nowych regulacji w związku ze zmianami, które zachodzą na rynku ubezpieczeniowym, szczególnie w obszarze likwidacji szkód oraz przyjęcia jednolitych zasad zależności i niezależności pośredników ubezpieczeniowych.

Poza innymi kwestiami merytorycznymi, na problemy edukacji ubezpieczeniowej zwracali uwagę w swych wystąpieniach także dr hab. Krystyna Twardowska, dr Elżbieta Wojciechowska–Lipka, prezes Maciej Łazęcki, prof. Irena Jędrzejczyk, prof. Alojzy Nowak, dr Stanisław Nowak.

Na problemy zadań Komisji Nadzoru Finansowego w pracach prezydencji polskiej, w procesie kształtowania prawidłowych relacji na rynku ubezpieczeń, w tym także w zakresie realizacji projektu UE „Solvency II", zwróciła uwagę Małgorzata Katarzyna Chrzanowska, kierownik zespołu w KNF.

W związku z powstającymi pytaniami o prace i stanowisko Ministerstwa Finansów w przedmiocie realizacji ubezpieczeniowych zadań prezydencji, naczelnik Tomasz Krawczyk, wyjaśnił wątpliwości i przypomniał wygłoszoną w dniu pierwszym obrad inicjatywę Ministerstwa co do konsultacji projektów prac z podmiotami rynku ubezpieczeń.

Podsumowania prac obrad Gremium Ekspertów oraz całej konferencji dokonali prof. Irena Jędrzejczyk (dziękując za uczestnictwo i aktywność uczestników obrad, patronaty i współpracę organizacyjną), prof. Wanda Sułkowska oraz Prezes Stanisław Nowak.

Jako, że omawiana konferencja, stanowiła fragment poczynań organizacji rynku ubezpieczeniowego w przedmiocie działań w okresie polskiej prezydencji w UE oraz doskonalenia merytoryczno–legislacyjnego polskiego rynku ubezpieczeń, organizatorzy konferencji po przedyskutowaniu zgłoszonych już lub nadesłanych wniosków i postulatów powziętych w następstwie obrad z Komitetem Naukowym konferencji (Komitet Naukowy konferencji działający pod przewodnictwem prof. Ireny Jędrzejczyk, liczy 63 prominentnych przedstawicieli teorii i praktyki finansowo–ubezpieczeniowej) opracuje je merytorycznie, a następnie przekaże zainteresowanym podmiotom i instytucjom, w tym uczestnikom obrad. Organizatorzy konferencji podejmą również prace nad monograficznym wydaniem materiałów konferencyjnych i opracowaniem wniosków z niej wypływających.

Dr **Stanisław Nowak**, prezes zarządu Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka

Sprawozdanie z konferencji „Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego", Zegrze, 24–26 października 2010 r. (*Joanna Owczarek*)

W dniach 24–26 października 2010 r. w Hotelu 500 w Zegrzu koło Warszawy odbyła się konferencja naukowa z okazji 15–lecia Katedry Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie nt. „Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego". Organizatorem konferencji była obchodząca okrągły jubileusz Katedra Ubezpieczenia Społecznego SGH oraz Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej.

Program konferencji skupiał się wokół tematyki wykorzystania metody ubezpieczenia jako instrumentu zapewniającego gospodarstwu domowemu ochronę na wypadek realizacji ryzyk społecznych. Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego były natomiast rozumiane jako wzrost tego rynku w konsekwencji zwiększonego zapotrzebowania na ochronę ubezpieczeniową ze strony gospodarstw domowych. Możliwość rozwoju rynku pojawia się m.in. z uwagi na niezadowalający standard bezpieczeństwa socjalnego oferowany przez system zabezpieczenia społecznego. To dodatkowe pole może być zagospodarowane przez produkty ubezpieczeniowe odpowiadające na potrzeby w zakresie uzupełnienia standardu ochrony gospodarstw domowych do poziomu przez te podmioty oczekiwanego.

Konferencję otworzył prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz, kierownik Katedry Ubezpieczenia Społecznego, który przedstawił w skrócie dorobek naukowy tej placówki zwany „szkołą" ubezpieczenia społecznego, koncentrując się na odmiennym podejściu do zastosowania metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykami społecznymi. Następnie głos zabrali przedstawiciele ośrodków naukowych i instytucji współpracujących z Katedrą Ubezpieczenia Społecznego, składając na ręce jej kierownika listy gratulacyjne, podziękowania za dotychczasową owocną współpracę i życzenia dalszych sukcesów naukowo–dydaktycznych. Wśród występujących wymienić należy: prof. dr. hab. Jerzego Handschke z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, prof. dr hab. Wandę Ronkę–Chmielowiec z Uniwersytetu we Wrocławiu, prof. dr hab. Bożenę Kołosowską i dr. Marcina Śliwkę z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Halinę Olendzką, Rzecznika Ubezpieczonych, dr Stanisława Rogowskiego, redaktora naczelnego „Rozpraw Ubezpieczeniowych", przedstawicieli Polskiej Izby Ubezpieczeń, prezesa Piotra Narlocha z Grupy Concordia, prezes Xenię Kruszewską z Medica Polska Sp. z o.o., prezesa Krzysztofa Pietraszkiewicza ze Związku Banków Polskich oraz prezesa Adama Sankowskiego z Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych.

Pierwsza sesja poświęcona była wykorzystaniu ubezpieczenia w zabezpieczeniu zdrowotnym. Prezes Xenia Kruszewska wystąpiła z prezentacją nt. „Ewolucja czy rewolucja: jak reformować system ochrony zdrowia?" a dr Barbara Więckowska wygłosiła krótki wykład „Prywatni płatnicy w systemie ochrony zdrowia". Kontynuując rozważania o docelowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego dr Magdalena Osak omówiła „Zmiany w ofercie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce" odnosząc się ostatecznie nie tylko do Polski ale również innych krajów, zwłaszcza tych posiadających rozwinięty rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wystąpienia podsumował prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz omawiając cechy, którymi powinien się charakteryzować docelowy system zabezpieczenia zdrowotnego. Dyskusja zapoczątkowana w trakcie obrad kontynuowana była następnie przy wieczornej uroczystej kolacji z okazji jubileuszu Katedry. Integracja uczestników podczas nieformalnej części konferencji przebiegała także w ramach wspólnej zabawy przy muzyce na żywo.

Drugi dzień obrad rozpoczął się sesją „Ubezpieczenia majątkowe gospodarstwa domowego". Była to najliczniejsza, pod względem wystąpień część konferencji. Dr Marcin Kawiński zasta-

nawiał się nad elementami wpływającymi na podaż i popyt w ubezpieczeniach majątkowych gospodarstw domowych wskazując, iż istotną rolę odgrywa poziom świadomości ubezpieczeniowej wśród odbiorców, do których adresowane jest ubezpieczenie. Wagę świadomości ubezpieczeniowej podkreślała także dr Justyna Talarek omawiając działania związane z przeciwdziałaniem przestępczości ubezpieczeniowej w świetle opinii i postaw prezentowanych przez członków gospodarstw domowych. Wystąpienie dr Ilony Kwiecień koncentrowało się na czynnikach determinujących dochodzenie przez poszkodowanych roszczeń za szkody osobowe z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej a dr Marcin Śliwka omówił ubezpieczeniowe implikacje zmian w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W kolejnej części sesji dr Anna Kufel–Siemińska szczegółowo umówiła dystrybucję ubezpieczeń przez pośredników ubezpieczeniowych a dr Jacek Rodzinka dokonał analizy cech determinujących lojalność klientów nieżyciowych zakładów ubezpieczeń. Dr Robert Kurak podjął natomiast rozważania czy informacja w regulacyjnej ocenie działalności zakładów ubezpieczeń jest dobrem publicznym a dr Małgorzata Mierzejewska zaprezentowała pożądane preferencje dla ochrony ubezpieczeniowej gospodarstw domowych.

W sesji poświęconej zabezpieczeniu emerytalnym wystąpiły osoby związane z rynkiem otwartych funduszy emerytalnych i funduszy inwestycyjnych jak również pracownicy nauki. Mgr Marcin Górecki przedstawił autorską propozycję stworzenia w ramach OFE systemu funduszy dostosowanych do cyklu życiowego uczestników na tle aktualnie dyskutowanego dokumentu opracowanego przez zespół ekspertów Ministra Michała Boniego. Tematem wystąpienia mgr Tomasza Orlika było zagadnienie oszczędzania gospodarstw domowych za pomocą funduszy inwestycyjnych i możliwości wykorzystania tych funduszy w ramach instytucjonalnych form oszczędzania emerytalnego (tzw. trzeciego filaru). W trakcie dyskusji nad referatem uczestnicy konferencji debatowali nad koniecznością i możliwością wprowadzenia przez państwo zachęt podatkowych do dodatkowego oszczędzania na emeryturę. Przedmiotem prezentacji dr Joanny Plak była „Rola i znaczenie prywatnych ubezpieczeń emerytalnych we włoskim systemie emerytalnym". Prelegentka wskazała na specyficzne cechy systemu włoskiego. Dr Dariusz Stańko w wystąpieniu zatytułowanym „Jaki system emerytalny dla Europy?" omówił aktualne zróżnicowanie w systemach emerytalnych poszczególnych krajów członkowskich. Wśród tendencji reformowania systemów emerytalnych w regionie wskazał trend do zmiany konstrukcji systemów emerytalnych z systemu o zdefiniowanym świadczeniu (DB) w kierunku systemów o zdefiniowanej składce (DC) oraz przenoszenie większej odpowiedzialności za wysokość emerytury na poszczególnych uczestników. Omówił także najnowszy dokument Komisji Europejskiej, tzw. Zieloną Księgę w sprawie emerytur oraz stanowisko w sprawie tego dokumentu wyrażone przez grupę stowarzyszeń emerytalnych z krajów Europy Centralnej i Wschodniej.

Ostatni, trzeci dzień konferencji obejmował tematykę ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem gospodarstwa rolnego. Zabezpieczenie gospodarstw rolnych analizowane było zarówno przez pryzmat ubezpieczeń rolniczych oferowanych przez funkcjonujące na polskim rynku zakłady ubezpieczeń jak i z punktu widzenia systemu rolniczego ubezpieczenia społecznego. Prezes Piotr Narloch omówił, na przykładzie ubezpieczeń rolniczych, specjalizację w ubezpieczeniach jako element skutecznej strategii rozwoju zakładu ubezpieczeń. Dr Krzysztof Łyskawa wskazał na społeczne znaczenie ubezpieczenia dochodu w rolnictwie w świetle wytycznych europejskich i w zderzeniu z polską rzeczywistością a wspólny referat prof. dr hab. Bożeny Kołosowskiej i mgr Damiana Walczaka odnosił się do oceny układu przestrzennego osób ubezpieczonych oraz świadczeniobiorców w ubezpieczeniu społecznym rolników w Polsce. Dr Wiesław Koczur podzie-

lił się natomiast uwagami dotyczącymi koncepcji stosowania metody ubezpieczenia w rolniczym zabezpieczeniu społecznym.

Po zakończeniu indywidualnych wystąpień, prelegenci podjęli żywą wymianę zdań podczas dyskusji panelowej. Po wysłuchaniu wzajemnych racji i propozycji zmian w ubezpieczeniach rolniczych, zarówno publicznych jak i prywatnych, wyciągnięto wspólnie wniosek, iż spotkania praktyków z teoretykami są na polskim rynku zbyt rzadkie i należy takie inicjatywy wspierać. Nauka nie może bowiem istnieć bez informacji z realnego świata a praktyka może skorzystać z wielu badań prowadzonych przez polskich naukowców.

Uczestnicy konferencji otrzymali książkę „Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego" pod red. prof. dr. hab. Tadeusza Szumlicza wydaną z okazji 15–lecia Katedry Ubezpieczenia Społecznego. Planowane jest wydanie artykułów prezentowanych podczas konferencji w „Rozprawach Ubezpieczeniowych" oraz „Wiadomościach Ubezpieczeniowych".

Dr **Joanna Owczarek**, Katedra Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

Sprawozdanie z konferencji „Kancelarie i doradcy odszkodowawczy", Warszawa, 16 listopada 2010 r. (*Piotr Budzianowski*)

W dniu 16 listopada 2010 r,. z okazji 15–lecia instytucji Rzecznika Ubezpieczonych w Polsce, odbyła się konferencja, która była także okazją do podjęcia dyskusji na temat wyjątkowo dynamicznie rozwijających się w ostatnich latach podmiotów – kancelarii i doradców specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych.

W konferencji udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, środowisk naukowych, samorządów gospodarczych, pośredników ubezpieczeniowych, kancelarii i doradców odszkodowawczych, zakładów ubezpieczeń, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, organizacji konsumenckich oraz mediów.

Patronat medialny objęły: „Gazeta Ubezpieczeniowa", „Rozprawy Ubezpieczeniowe", „Prawo Asekuracyjne", „Dziennik Ubezpieczeniowy", „Miesięcznik Ubezpieczeniowy" oraz „Prawo, Ubezpieczenia, Reasekuracja".

Blisko 300–osobową grupę gości powitała Halina Olendzka, Rzecznik Ubezpieczonych. Otwierając pierwszą część konferencji, poświęconą jubileuszowi 15–lecia Urzędu Rzecznika, specjalne słowa uznania skierowała pod adresem dr. Stanisława Rogowskiego, pierwszego Rzecznika Ubezpieczonych, który sprawował tę funkcję przez trzy kadencje. Dr Stanisław Rogowski przywołał garść wspomnień z pierwszego okresu funkcjonowania Urzędu. Jak zaznaczył, w ciągu 15 lat działalności, Urząd Rzecznika znacznie się rozwinął i umocnił, podejmując wciąż nowe wyzwania wynikające z potrzeby ochrony praw i interesów konsumentów rynku ubezpieczeniowego.

W opinii Haliny Olendzkiej instytucji Rzecznika nie może zabraknąć, ponieważ rynek finansowy ciągle się rozwija, a problemów do rozwiązania nie brakuje. Tylko w tym roku liczba skarg do Rzecznika wzrosła o 40%. Świadczy to, że ludzie są coraz bardziej świadomi swoich praw, ale także i o tym, że nie zawsze mogą się oni porozumieć z zakładami ubezpieczeń lub też zakłady nie traktują swoich klientów w odpowiedni sposób. Rzecznik podziękowała za włożoną pracę pracownikom Urzędu, tworzącym stosunkowo niewielki ale zgrany i dynamiczny zespół.

Z okazji jubileuszu 15–lecia wręczone zostały pamiątkowe statuetki – wyróżnienia – Rzecznika Ubezpieczonych „Za Zasługi dla Konsumentów Usług Ubezpieczeniowych".

Otrzymali je:

- Dr Stanisław Rogowski – pierwszy Rzecznik Ubezpieczonych
- Prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski
- Prof. dr hab. Jerzy Handschke
- Prof. dr hab. Jerzy Łańcucki
- Prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz
- Prof. dr hab. Jan Monkiewicz
- Dr Stanisław Nowak
- Dr Marcin Orlicki
- Ministerstwo Finansów
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
- Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
- Mariusz Wichtowski – prezes Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych
- Jacek Kliszcz – prezes Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych
- Adam Sankowski – prezes Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych
- Krzysztof Podgórski – Rzecznik Konsumentów z Tarnowa
- Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie"

- Dr Bożena Dołęgowska– Wysocka – redaktor naczelna „Gazety Ubezpieczeniowej"
- Zofia Pawlak–Borsuk – reprezentująca „Prawo Asekuracyjne"
- Marcin Z. Broda – redaktor naczelny „Dziennika Ubezpieczeniowego" i „Miesięcznika Ubezpieczeniowego"
- Redakcja „Rzeczpospolitej"
- Redakcja „Gazety Pomorskiej"
- AVIVA TU na Życie S.A.
- TUiR Allianz Polska S.A.
- Concordia Polska TUW
- PTE Polsat S.A.

Wyróżnieni życzyli Urzędowi Rzecznika kolejnych lat owocnej pracy dla dobra konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Drugą, merytoryczną część konferencji poświęconą problematyce kancelarii odszkodowawczych, rozpoczęło wystąpienie prof. dr. hab. Eugeniusza Kowalewskiego z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, który podzielił się swoimi przemyśleniami, uwagami i postulatami w kwestiach związanych z uregulowaniem problemów w branży kancelarii i doradców odszkodowawczych.

Następnie Katarzyna Przewalska, zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Rynku Finansowego w Ministerstwie Finansów, w swoim wystąpieniu zastrzegła, że nie ma jeszcze konkretnie sprecyzowanych zamierzeń legislacyjnych dotyczących kancelarii odszkodowawczych, natomiast toczy się dyskusja na temat ich funkcjonowania i kierunków rozwoju. Pojawiają się różne problemy związane z działalnością kancelarii i doradców odszkodowawczych. Dostrzega je również Rzecznik Ubezpieczonych, wskazując w swoim raporcie na liczne nieprawidłowości występujące u wielu podmiotów. Zwraca na nie również uwagę Polska Izba Ubezpieczeń i Ministerstwo Finansów. W pierwszej kolejności dotyczą one bardzo wysokich prowizji, jakie pobierają za swe usługi niektóre kancelarie od klientów na ogół słabo zorientowanych w prawach wynikających z umów ubezpieczenia. Specjalny zespół w Ministerstwie Finansów rozważa ewentualne kierunki rozwiązań: czy mają być utworzone odrębne regulacje prawne, czy może włączyć odpowiednie przepisy do ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Dobrze więc się stało, że rozpoczęto dyskusję na ten temat, a wnioski z konferencji zostaną uwzględnione przez Ministerstwo Finansów w toku prac legislacyjnych.

W opinii Krystyny Krawczyk, dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, na temat kancelarii odszkodowanych oficjalnie się nie dyskutuje. A przecież są one częścią rynku ubezpieczeń, niezależnie od tego czy działają prawidłowo, czy też nie. Dlatego Rzecznik uznał, że istnieje potrzeba rozpoczęcia poważnych rozmów dotyczących problemów tych jednostek i w konsekwencji nadania ostatecznego kształtu uwarunkowaniom prawnym, na podstawie których mogłyby one działać, z wykorzystaniem sygnałów napływających z różnych stron rynku ubezpieczeniowego.

Na temat „Korzyści czy straty dla poszkodowanych, wynikające ze świadczenia usług przez kancelarie i doradców odszkodowawczych" oraz roli samorządu gospodarczego w uporządkowaniu tego rynku wypowiedziała się Beata Karwacka, prezes Polskiej Izby Odszkodowań zrzeszającej część kancelarii. Według niej kancelarie odszkodowawcze powstały, bo taka była potrzeba rynku. Samorząd, który skupia różne firmy odszkodowawcze korzysta z porad wielu specjalistów i prawników specjalizujących się w tej problematyce.

Przyczynkiem do powstawania kancelarii była rosnąca liczba wypadków komunikacyjnych. Ze statystyk wynika, że w ostatnich dziesięciu latach zarejestrowano w Polsce około miliona osób poszkodowanych w takich wypadkach. Liczna grupa osób potrzebowała kogoś, kto przyjdzie do domu i podejmie się załatwienia sprawy w imieniu poszkodowanego, który jest np. na skutek wypadku unieruchomiony. Niestety osoby poszkodowane rzadko zgłaszały się do prawdziwych,

fachowych kancelarii adwokackich lub radcowskich, ponieważ spotykały się z barierą cenową i informacją, że za usługę trzeba z góry zapłacić. Kancelarie odszkodowawcze przyjęły inny model działania, a korzystając z pomocy osób kompetentnych nie prowadzą spraw gorzej niż adwokaci czy radcowie. Ich rolą jest przede wszystkim dotarcie do człowieka, który ucierpiał w wypadku lub stracił kogoś bliskiego oraz przyjście mu z pomocą wtedy, gdy jej najbardziej potrzebuje.

W opinii prezes Karwackiej korzyści z usług kancelarii odszkodowawczych, o ile jest ona profesjonalna i przygotowana merytorycznie do pełnienia funkcji, jest wiele. Taka firma kompletuje m.in. dokumentację potrzebną dla zakładu ubezpieczeń. Jej rola to również reprezentowanie interesów osób poszkodowanych i jak najszybsze uzyskanie świadczenia, najlepiej w postępowaniu przedsądowym, czy też pomoc w dostępie do rehabilitacji. Co istotne, kancelarie wpływają na wzrost świadomości prawnej i ubezpieczeniowej obywateli.

Polska Izba Odszkodowań reprezentuje obecnie środowisko ponad 100 podmiotów z ponad 600 działających na rynku. Izba postuluje, aby doradcy odszkodowawczy ubezpieczali się w ramach OC oraz aby prowizje stały na rozsądnym poziomie, rozważa też wprowadzenie licencji dla doradców, czy też egzaminów dla osób działających w branży odszkodowawczej.

W imieniu Polskiej Izby Doradców i Pośredników Odszkodowawczych wypowiedział się Bartłomiej Krupa, prezes Izby. Jak zauważył, kancelarie odszkodowawcze, będące niejako aktorami drugiego planu, w dużym stopniu korzystają z doświadczeń innych instytucji prawnych. Potrzeba tworzenia kancelarii, obok rosnącej wypadkowości na drogach, pojawiła się wskutek problemów z uzyskaniem odszkodowania od zakładów ubezpieczeń i nie radzenia sobie przez poszkodowanych z biurokracją ubezpieczeniową. Świadczy o tym chociażby zwiększająca się liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych, który jest pierwszą „deską ratunku", gdy negocjacje w sprawie uzyskania odszkodowania od zakładu ubezpieczeń nie kończą się consensusem. Dlatego dobrze, gdy w relacjach z zakładem ubezpieczeń pojawi się profesjonalista, znający problematykę od strony prawnej. Kolejną bolączką polskiego rynku ubezpieczeniowego jest naruszana terminowość wypłacania odszkodowań i świadczeń. Także nie wszyscy ubezpieczeni i poszkodowani wiedzą gdzie i jak dochodzić roszczeń, gdy sprawca zbiegł z miejsca wypadku, toteż i w tym przypadku pomoc kancelarii może być niezastąpiona.

Do ożywionej i emocjonującej dyskusji dołączył swój głos mec. Andrzej Chróścicki. Sugerował, co należałoby zrobić z niekorzystnymi zjawiskami, które występują w branży odszkodowawczej. Według niego instytucja kancelarii odszkodowawczych jest pożyteczna, a występujące patologie trzeba systematycznie eliminować. W jego opinii czynności, które wykonują kancelarie na etapie przedsądowym można określić jako brokerskie, tyle że są one podejmowane wbrew ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym. W przypadku doradców odszkodowawczych należy jednak uwzględnić inne standardy i zasady legislacyjne niż odnoszące się do agentów czy brokerów, gdyż mają oni do czynienia z osobą poszkodowaną. W przyszłej regulacji ustawowej musi się też znaleźć kwestia kwalifikacji doradców odszkodowawczych, gdyż w tym zawodzie nie powinny pracować osoby o dowolnym wykształceniu, jak to się zdarza.

Magdalena Barcicka, wiceprezes Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG), w swoim wystąpieniu zwróciła uwagę na współpracę firm odszkodowawczych z zakładami ubezpieczeń, a szczególnie z UFG. Czy firmy pośredniczące są potrzebne? Sytuacja wydaje się prosta, gdy znamy sprawcę wypadku i jego ubezpieczyciela. Ale gdy szkoda zostanie spowodowana przez nieznanego sprawcę lub kierowcę nie posiadającego ubezpieczenia OC, ludzie na ogół nie wiedzą, jak z takim problemem sobie poradzić. Wtedy ktoś, kto pomoże w dochodzeniu roszczenia jest im niezwykle potrzebny. Zwłaszcza, gdy ktoś doznał poważnych urazów ciała w wypadku i sam nie będzie w stanie załatwić sprawy. I nieważne czy zrobią to adwokaci czy firmy odszkodowawcze, ważne by zrobili to profesjonaliści, którzy będą wiedzieli, w jaki sposób fachowo i sprawnie reprezentować interesy klienta.

Dobra współpraca pomiędzy firmami odszkodowawczymi i UFG może doprowadzić do sprawniejszej likwidacji szkód. Najpierw trzeba jednak zidentyfikować wszystkie bariery, a tych jest wciąż dużo.

Następnie swoimi doświadczeniami we współpracy z kancelariami i doradcami odszkodowawczymi podzielił się mec. Jakub Nawracała, radca prawny Grupy Concordia. Zdaniem mecenasa sytuacja kancelarii odszkodowawczych podobna jest do startu na polskim rynku brokerów ubezpieczeniowych, którzy początkowo też wywoływali nieufność. Podobnie jest w przypadku kancelarii, nowego gracza na rynku ubezpieczeniowym, z którego obecnością każdy ubezpieczyciel musi się pogodzić. Przy dobrej współpracy pomiędzy ubezpieczycielem i kancelarią odszkodowawczą istnieje możliwość zawarcia szybszego porozumienia pomiędzy stronami. Dzięki kancelariom wzrasta świadomość prawna klientów, co przekłada się na wzrost zgłaszanych roszczeń. Szkodliwa dla rynku jest natomiast eskalacja wysokości roszczeń ze strony kancelarii, które nie znajdują uzasadnienia. W takiej sytuacji trudno o kompromis między stronami i na ogół sprawa trafia do sądu.

W ocenie mec. Jakuba Nawracały porozumienie i współpraca między kancelariami i zakładami ubezpieczeń jest możliwa. Wiąże się z korzyściami dla obu stron, a w efekcie dla klienta. Wiąże się to jednak z wyeliminowaniem patologii i nieuczciwych zachowań po obu stronach.

Spostrzeżeniami na temat zakładów ubezpieczeń z perspektywy kancelarii odszkodowawczych podzielił się z uczestnikami konferencji Zbigniew Król, adwokat w Kancelarii Prawnej Król i Partnerzy. W jego opinii kancelarie odszkodowawcze wypełniły lukę na rynku, pomagając poszkodowanym w postępowaniu przedsądowym. Zdaniem mecenasa na pewno istnieje konflikt interesów pomiędzy kancelariami odszkodowawczymi i zakładami ubezpieczeń, co wynika z natury tych podmiotów. Chociaż kancelarie postrzegane są przez zakłady ubezpieczeń na ogół negatywnie, mają one do odegrania bardzo istotną rolę na rynku. Natomiast zdobyte przez nie w ostatnich latach doświadczenia pomagają im w wyeliminowaniu nieprawidłowości jakie pojawiają się podczas likwidacji szkód.

„O kancelariach i doradcach odszkodowawczych okiem praktyki w 15 rocznicę działalności Rzecznika Ubezpieczonych" – tak zatytułował swoje wystąpienie Wojciech Fallach. Jak zauważył, przedstawiciele kancelarii i doradców odszkodowawczych, którzy po raz pierwszy spotkali się na wspólnej z Rzecznikiem konferencji, pomagają w realizacji różnych umów ubezpieczenia. Prowadzący kancelarie znają swoich klientów osobiście. Ale obok nich na rynku występują również tzw. kancelarie sieciowe, wykorzystujące sieci handlowe w celu pozyskania klientów. Nieetyczne i niezgodne z prawem metody pozyskiwania klientów, stosowane przez niektóre kancelarie muszą być jak najszybciej wyeliminowane. Chodzi tu nie tylko o prawo i etykę, ale też o zasady zdrowej konkurencji pomiędzy kancelariami, z poszanowaniem interesów wszystkich uczestników.

Za udział w konferencji oraz gorącą, burzliwą i twórczą dyskusję podziękowała przybyłym gościom Halina Olendzka – „Dobrze się stało, że rozmowy o problemach związanych z funkcjonowaniem kancelarii odszkodowawczych zostały rozpoczęte przy okazji jubileuszu 15–lecia. Będą one trwały tak długo, aż wypracujemy model, z którego będą zadowolone wszystkie strony, a najbardziej poszkodowani klienci" – dodała na zakończenie.

W publikacji wykorzystano fragmenty szerszego sprawozdania z omawianej konferencji autorstwa Janiny Barańskiej, które wraz z prezentacjami prelegentów dostępne jest na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl.

Mgr **Piotr Budzianowski**, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Sprawozdanie z konferencji „Ubezpieczenia wzajemne w Polsce: zmierzch czy nowe możliwości", Warszawa, 22 listopada 2010 r. (*Adam Śliwiński)*

Z inicjatywy Komisji Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych PIU w dniu 22 listopada 2010 r. Polska Izba Ubezpieczeń zorganizowała konferencję poświęconą zagadnieniom ubezpieczeń wzajemnych pt. „Ubezpieczenia Wzajemne w Polsce: zmierzch czy nowe możliwości". Celem konferencji była promocja idei i koncepcji wzajemności ubezpieczeniowej a przede wszystkim zwrócenie uwagi na bariery i ograniczenia rozwoju towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w kontekście wyzwań wynikających z implementacji dyrektywy Solvency II.

Pomimo niewielkiego udziału TUW–ów w polskim rynku ubezpieczeniowym konferencja wzbudziła olbrzymie zainteresowanie. Świadczyć to może o niezwykłej potrzebie dyskusji o funkcjonowaniu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jak i wyzwaniach stojących przed tymi organizacjami w przyszłości. W spotkaniu udział wzięło wielu znamienitych gości m.in.: Gregor Pozniak – sekretarz generalny AMICE (*Association of Mutual Insurers and Insurance Cooperatives in Europe*), Katarzyna Przewalska – wicedyrektor Departamentu Rozwoju Rynku Finansowego z Ministerstwa Finansów, Małgorzata Katarzyna Chrzanowska – kierownik Zespołu Roboczego ds. realizacji projektu UE Wypłacalność II z Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego; Renata Onisk – Deloitte, Dział Konsultingu, Usługi Aktuarialne i Ubezpieczeniowe, Ewa Stachura–Kruszewska – prezes zarządu TUW „TUW", dr hab. Maria Kuchlewska – profesor Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu i prezes zarządu TUW „Rejent–Life", dr Magdalena Adamowicz z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, Andrzej Bratkowski – pierwszy prezes zarządu TUW „TUW".

Konferencję otworzył członek zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń – Andrzej Maciążek. Po przedstawieniu idei przyświecającej jej zorganizowaniu i przywitaniu gości oddał głos dr. inż. Adamowi Śliwińskiemu ze Szkoły Głównej Handlowej, który prowadził część merytoryczną konferencji wraz z panelami dyskusyjnymi.

Tematyka pierwszego panelu dotyczyła wyzwań stojących przed towarzystwami ubezpieczeń wzajemnych. Panel rozpoczął referat prof. dr hab. Marii Kuchlewskiej nt. „Ubezpieczenia wzajemne w Polsce – dylematy rozwoju". W wystąpieniu prof. Maria Kuchlewska skupiła się na dylematach rozwoju towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Na początku wyjaśniła istotę i omówiła specyfikę TUW–ów. Następnie dokonała porównania ich rozwoju do spółek akcyjnych poprzez pryzmat najważniejszych wskaźników oceniających działalność ubezpieczeniową takich jak: wskaźnik szkodowości, wskaźniki kosztów działalności ubezpieczeniowej, wskaźnik monitorowania działalności, wskaźnik pokrycia rezerw, wskaźnik struktury kapitału i rentowności działalności lokacyjnej. Szczególnie, w zaprezentowanej ocenie, zwróciła uwagę na lata 2007–2009, tj. okres kryzysu finansowego. Podkreśliła, że zaprezentowane dane empiryczne dowodzą większej odporności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych na kryzys finansowy. Kapitały własne towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w okresie kryzysu rosły a ich dynamika na koniec 2009 r. wyniosła 127%, podczas gdy w ubezpieczeniowych spółkach akcyjnych miał miejsce spadek kapitałów z dynamiką rzędu 80%. Podobnie – wskaźnik rentowności działalności lokacyjnej w przypadku towarzystw ubezpieczeń charakteryzował się niższą zmiennością przy zachowaniu wartości dodatnich w całym okresie, podczas gdy powyższe wskaźniki w odniesieniu do spółek akcyjnych charakteryzowała wyższa zmienność oraz ujemny poziom rentowności dla 2008 r. W efekcie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych charakteryzował wyższy poziom wskaźnika pokrycia rezerw odpowiednimi aktywami, co świadczy o lepszym zabezpieczeniu interesów ubezpieczonych. Wobec tego TUW–y mogą spełniać rolę stabilizatora gospodarki w sytuacjach

kryzysowych. Z kolei prof. Maria Kuchlewska podkreśliła mocne strony ubezpieczeń realizowanych w formie wzajemności, do których zaliczyła między innymi: większą zdolność do pokrycia ryzyka, ograniczenie ryzyka moralnego oraz negatywnej selekcji ryzyka, budowanie szerszych relacji pomiędzy ubezpieczonymi członkami towarzystw, wewnętrzne mechanizmy kontroli. Zastanawiające jest jednak dlaczego, pomimo szeregu mocnych stron, w tym większej stabilności finansowej w obliczu kryzysu, ta forma ubezpieczeń rozwija się tak wolno na rynku polskim? Tutaj prof. Maria Kuchlewska wymieniła szereg ograniczeń i barier. Bariery te zebrała w trzech głównych grupach: bariery związane z otoczeniem rynkowym, bariery prawne, wynikające z regulacji krajowych oraz bariery prawne wynikające z ujednolicania rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej w związku z implementacją dyrektywy Solvency II.

Kolejnym punktem w panelu I było wystąpienie przedstawiciela Ministerstwa Finansów. W imieniu dyrektor Katarzyny Przewalskiej, Tomasz Krawczyk zaprezentował prace Ministerstwa nad implementacją dyrektywy Solvency II. Wskazując na artykuły regulujące działalność towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, w szczególności omówił warunki wyłączenia z zakresu stosowania dyrektywy oraz podkreślił, że Ministerstwo Finansów widzi możliwość uwzględnienia specyfiki wzajemności ubezpieczeniowej. Jednak w tym celu potrzebne są konkretne propozycje przesłane do Ministerstwa Finansów. Na koniec zaznaczył, że przygotowywane regulacje w związku z Solvency II nie powinny stanowić nadmiernego obciążenia dla małych i średnich zakładów ubezpieczeń. Jednym z instrumentów służących osiągnięciu tego celu jest właściwe rozumienie zasady proporcjonalności. Zasada ta powinna mieć zastosowanie zarówno do wymogów wobec zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, jak i do wykonywania uprawnień nadzorczych.

Po wystąpieniach rozpoczęła się dyskusja. Do panelu dyskusyjnego zaproszono następujących gości: Marię Kuchlewską, Katarzynę Przewalską, Tomasza Krawczyka, Małgorzatę Katarzynę Chrzanowską, Renatę Onisk. W ramach dyskusji uczestnicy panelu zostali poproszeni przez prowadzącego o udzielenie odpowiedzi na pytanie: Jak z punktu widzenia instytucji, które reprezentują wyglądają przygotowania do wdrożenia postanowień reformy Solvency II i czy rzeczywiście stanowi ona zagrożenia czy raczej szansę dla rozwoju towarzystw ubezpieczeń wzajemnych? Prof. Maria Kuchlewska wypowiadając się jako uczestnik rynku rozpoczęła od maksymy, że „nie ma co liczyć na pomyślny wiatr żeglarz, który nie zna swego portu". Odpowiadając na postawione pytanie porównała sytuację TUW–ów do sytuacji przywołanego żeglarza. Dyrektywa Solvency II, jako dokument podstawowy w wielu punktach kładzie nacisk na to, by jej postanowienia nie stanowiły nadmiernego obciążenia dla małych i średnich zakładów, wskazując na zasadę proporcjonalności jako instrument realizacji powyższego celu. Tak więc w odpowiedzi na postawione pytanie należy wskazać na zagrożenia, jakie wynikają wprost z dyrektywy, albowiem swoim *spektrum* regulacji obejmuje wszystkie TUW–y, z drugiej strony pewnej szansy można upatrywać we wskazanej w niej zasadzie proporcjonalności. Brak aktów wykonawczych oraz implementujących Solvency II do porządku prawnego w Polsce nie pozwala aktualnie ocenić na ile zmiana wprowadzi zagrożenia czy też stworzy szanse dla TUW–ów. Rozstrzygnięcie pozostaje w kompetencjach regulatora oraz woli organu nadzoru. Z sali padło pytanie dlaczego nie TUW–ów? Pytanie jest bardzo dobre, ale odpowiedź jest trudna do udzielenia. Jeśli nie zostaną uwzględnione w ocenie ryzyka ekonomiczne konsekwencje wynikające z odmiennego celu działalności TUW, ubezpieczeniowej zasady wzajemności oraz występowania ubezpieczonych w podwójnej roli członków –właścicieli i ubezpieczonych, Solvency II wprowadzi zagrożenie dla bytu ubezpieczeń wzajemnych na rynku w Polsce. Na koniec wyraziła nadzieję, że właściwe zaangażowanie wszystkich uczestników rynku w proces implementacji dyrektywy Solvency II

pozwoli uwzględnić właściwości polskiego rynku wzajemności, tak by stworzone regulacje nie stanowiły zagrożenia dla dalszej działalności TUW–ów i ich członków, jak i całego rynku.

Następnie głos zabrała przedstawicielka organu nadzoru Katarzyna Chrzanowska. W swojej wypowiedzi podkreśliła, że należy zastanowić się w jaki sposób powinna być zrealizowana zasada proporcjonalności. Pokreśliła także, że jest to najbardziej odpowiedni moment bowiem wszelkie rozporządzenia mają charakter roboczy i nadzór bardzo liczy na pomoc uczestników rynku, a szczególnie osób związanych z działalnością TUW–ów. Z punktu widzenia nadzoru Solvency II także stanowi wyzwanie. Plan prac postawiony przez Komisję Europejską prawdopodobnie pozwoli na ustalenia około 9 miesięcy jako okresu przygotowawczego od momentu stworzenia do zatwierdzenia wszystkich regulacji. Dalej omówiła harmonogram stworzenia rozporządzenia (regulacji) implementującego postanowienia dyrektywy Solvency II. Podkreśliła także, że zasada proporcjonalności powinna być rozumiana z punktu widzenia ryzyka, co spowoduje, że TUW–y w Polsce nie będą spełniały kryteriów wyłączających z zakresu Solvency II. Na koniec swojej wypowiedzi podkreśliła, że nadzór również patrzy na reformę z punktu widzenia rynku, ale mając na uwadze dobro i bezpieczeństwo klientów.

Według prof. Marii Kuchlewskiej poruszone przez przedstawiciela nadzoru problemy ukazują ich techniczne aspekty a nie uwzględniają specyfiki TUW–ów jako zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność na zasadzie wzajemności. Znaczny wzrost kosztów administracyjnych generowany dostosowywaniem działalności towarzystw do spełniania wielu złożonych technicznie wymagań wynikających z dyrektywy Solvency II, musi spowodować pogorszenie warunków ubezpieczenia oraz bezpieczeństwa ubezpieczonych. Warto podkreślić, że znaczna grupa towarzystw ubezpieczeń wzajemnych z uwagi na ich niszowy – lokalny charakter nie jest zainteresowana w prowadzeniu działalności transgranicznej.

Następnie głos zabrała Renata Onisk – przedstawiciel Delloit. W swojej wypowiedzi odniosła się do kwestii technicznych aspektów oceny ryzyka. Przedstawiła wnioski z ostatniego badania QIS. Podkreśliła, że problemy w takim samym stopniu będą dotyczyły zarówno towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jak i towarzystw relatywnie małych działających w formie spółek akcyjnych.

Jako ostatni w tym panelu głos zabrał przedstawiciel Ministerstwa Finansów podkreślając, że celem dyrektywy jest podniesienie bezpieczeństwa klientów oraz, że kwestie techniczne związane z regulacją są jeszcze otwarte i cały czas należy zgłaszać propozycje konkretnych rozwiązań.

Po wypowiedziach panelistów prowadzący poprosił o pytania z sali. Zadano wiele pytań, dotyczyły one głównie problemów działalności TUW–ów związanych np. z regulacjami wynikającymi z przepisów o zamówieniach publicznych, czy obowiązkami sprawozdań dla nadzoru. Na pytania odpowiadali członkowie panelu dyskusyjnego.

Po przerwie rozpoczęła się druga część konferencji. W panelu przedstawiono doświadczenia towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce i w Europie. Jako pierwszy wystąpił Gregor Pozniak. W swoim wystąpieniu skoncentrował się na przedstawieniu doświadczeń i roli towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Europie. Omówił ideę i cele działania AMICE. Następnie skupił się na przedstawieniu wysiłków AMICE związanych z ochroną interesów towarzystw ubezpieczeń wzajemnych podnoszonych na poziomie europejskim w świetle postanowień dyrektywy Solvency II. Do głównych zadań stojących przed stowarzyszeniem TUW–ów zaliczył przede wszystkim ochronę rynku przed jakimikolwiek zawirowaniami związanymi z implementacją oraz odpowiednie rozumienie zasady proporcjonalności. Na koniec zaprosił wszystkich uczestników na kongres AMICE, który odbędzie się w Gdańsku w 2012.

W dalszej kolejności głos zabrała Ewa Stachura–Kruszewska, prezes zarządu TUW „TUW" pierwszego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, które podjęło działalność po blisko 50 letniej przerwie w działalności TUW–ów w Polsce. W swoim wystąpieniu skoncentrowała się na historii i funkcjonowaniu TUW „TUW" omawiając poszczególne etapy rozwoju oraz elementy i decyzje, które przyczyniły się do sukcesu i blisko 20–letniej nieprzerwanej działalności Towarzystwa.

Po zakończeniu wystąpień rozpoczął się drugi panel dyskusyjny. Członkami panelu byli: Ewa Stachura–Kruszewska, Gregor Pozniak, Andrzej Maciążek, dr Magdalena Adamowicz, Andrzej Bratkowski oraz Katarzyna Przewalska. Uczestnicy zostali poproszeni przez prowadzącego o udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy rzeczywiście Solvency II stwarza zagrożenie dla rozwoju wzajemności ubezpieczeniowej czy także, a może przede wszystkim jest to również szansa na dalszy zrównoważony rozwój? Pomimo tego, że większość uczestników uważa, że reforma Solvency II stwarza wiele zagrożeń to jednak jest szansa, że po wdrożeniu postanowień, oczywiście z uwzględnieniem specyfiki wzajemności ubezpieczeniowej, cały rynek może na tym skorzystać. Warunkiem jest jednak dokładne i jasne określenie wymagań stawianych towarzystwom i oddzielenie wzajemności ubezpieczeniowej od działalności realizowanej na zasadach komercyjnych (uwzględnienie specyfiki TUW–ów). Tylko ścisłe określenie niezależnych postanowień odnośnie wzajemności ubezpieczeniowej może stworzyć szansę dla rozwoju tej formy realizacji ubezpieczeń po implementacji Solvency II. Na koniec dyskusji w ramach panelu głos zabrała Katarzyna Przewalska. Podkreśliła, że Ministerstwo Finansów opracowując regulacje dotyczące Solvency II pragnie uwzględnić specyfikę TUW. W tym celu oczekuje konkretnych propozycji rozwiązań.

Reasumując, należy stwierdzić, że cała konferencja była niezwykle ciekawa i interesująca. Wszystkie wypowiedzi i głosy w dyskusji były ważne i potrzebne w dalszym procesie prac nad wdrażaniem postanowień Solvenyy II. Uwzględniając zainteresowanie jakie konferencja wzbudziła wśród uczestników rynku wydaje się konieczne zorganizowanie kolejnej na ten temat lub nawet rozpoczęcie spotkań cyklicznych. Wymiana doświadczeń, poglądów oraz prezentowanie pomysłów działań, które mają na celu zachowanie specyfiki i niepowtarzalności ubezpieczeń realizowanych na zasadzie wzajemności może tyko pomóc w przyszłym rozwoju tej formy ubezpieczeń. Jednocześnie spotkania o takim charakterze niezwykle integrują środowisko nie tylko na poziomie krajowym lecz także na europejskim. Wzajemność polega na tym, że działamy razem zarówno w tych dobrych jak i w bardziej niepewnych chwilach.

Dr inż. **Adam Śliwiński**, Katedra Ubezpieczeń Gospodarczych Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie