

PRAWO UBEZPIECZENIOWE

DOROTA MAŚNIAK

PRAWO UBEZPIECZENIOWE

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

Gdańsk 2020

Recenzent

dr hab. Katarzyna Malinowska, prof. ALK

Redaktor Wydawnictwa

Agnieszka Kołwzan

Projekt okładki i stron tytułowych

Jan Frąckowiak

Skład i łamanie

Urszula Jędrzycka

Publikacja sfinansowana ze środków projektu PROgram Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego (ProUG) realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na podstawie umowy nr POWR.03.05.00-00-Z308/17-00, zawartej pomiędzy Narodowym Centrum Badań i Rozwoju a Uniwersytetem Gdańskim w dniu 11.12.2017 roku



Fundusze Europejskie

Wiedza Edukacja Rozwój



UNIWERSYTET GDAŃSKI

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Druk książki dofinansowany ze środków Dziekana Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego

© Copyright by Uniwersytet Gdański

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-038-6

ISBN 978-83-8206-057-7 (online)

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot

tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206

e-mail: wydawnictwo@ug.edu.pl

www.wyd.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

Druk i oprawa

Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego

ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot

tel. 58 523 14 49; fax 58 551 05 32

„Do czytania, do prawdziwego, płodnego czytania
potrzeba zapewne więcej energii i talentu niż do pisania”.

Sándor Márai, *Dziennik*

Spis treści

Wykaz skrótów	9
Wprowadzenie	11
Rozdział 1. Pojęcia kluczowe	13
1.1. Prawo ubezpieczeniowe – pojęcie i zakres	13
1.2. Interes ubezpieczeniowy	14
1.3. Wypadek ubezpieczeniowy	15
1.4. Ochrona ubezpieczeniowa	17
1.5. Składka ubezpieczeniowa	19
Rozdział 2. Stosunek ubezpieczenia	23
2.1. Podział ubezpieczeń na społeczne i gospodarcze w oparciu o kryterium sposobu nawiązania stosunku ubezpieczenia	23
2.2. Podział ubezpieczeń na ubezpieczenia majątkowe i osobowe w oparciu o kryterium przedmiotu ubezpieczenia	25
2.3. Podział ubezpieczeń na własne i odpowiedzialności cywilnej (<i>first and third party insurance</i>) w oparciu o stosunek ubezpieczającego do przedmiotu ubezpieczenia	27
2.4. Podział ubezpieczeń na morskie i pozostałe z uwagi na odmienny reżim prawny	28
2.5. Umowa ubezpieczenia – definicja i sposoby zawarcia	29
2.6. Zakres podmiotowy stosunku ubezpieczenia – ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony do odszkodowania, uposażony	33
2.7. Cechy umowy ubezpieczenia	37
2.8. Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.	39
2.9. Wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia – sposoby i konsekwencje prawne	40
2.10. Gwarancja ubezpieczeniowa	41
Rozdział 3. Zasady umowy ubezpieczenia	46
3.1. Zasada najwyższego zaufania i wynikające z niej powinności	46
3.2. Zasada zakazu wzbogacenia się i sposoby jej ograniczenia	48
3.3. Zasada adhezyjności i zakres jej zastosowania	52

3.4.	Zasada dobrowolności ubezpieczeń	55
3.5.	Zasada limityzacji odpowiedzialności ubezpieczyciela	57
3.6.	Zasada akcesoryjności w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej	59
3.7.	Europejskie Zasady Prawa Umowy Ubezpieczenia (Principles of European Insurance Contract Law – PEICL)	60
Rozdział 4. Rynek ubezpieczeniowy		63
4.1.	Działalność ubezpieczeniowa – geneza i istota	64
4.2.	Zasady działalności na rynku ubezpieczeniowym	66
4.3.	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny	80
4.4.	Samorząd ubezpieczeniowy	84
4.5.	Pośrednictwo ubezpieczeniowe i reasekuracyjne	84
Rozdział 5. Ochrona klienta		96
5.1.	Klient jako słabsza strona stosunku ubezpieczenia	96
5.2.	Ochrona instytucjonalna	97
5.3.	Dystrybucja ubezpieczeń	99
5.4.	Najlepiej pojęty interes klienta jako zasada ogólna działalności dystrybucyjnej	104
5.5.	Obowiązki dystrybutorów ubezpieczeń na etapie przedkontraktowym	108
5.6.	Ograniczona ochrona dystrybucji ubezpieczeń ryzyk dużych	118
5.7.	Kontrola ogólnych warunków ubezpieczeń jako wzorców umownych	119
5.8.	Procedura reklamacyjna na rynku ubezpieczeniowym	121
Spis rysunków		126

Wykaz skrótów

Źródła prawa

dyrektywa 2009/138/WE	dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłącalność II) (Dz. Urz. UE L 335/1 z 17.12.2009 r.)
dyrektywa IDD	dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26/19 z 2.02.2016 r.)
k.c.	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1145, ze zm.)
k.m.	ustawa z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2175)
u.d.u.r.	ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 381, ze zm.)
u.o.k.k.	ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 369, ze zm.)
u.u.o.	ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2214)

Inne

Dz. U.	Dziennik Ustaw
Dz. Urz. UE	Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej
Dz. Urz. WE	Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich
KRS	Krajowy Rejestr Sądowy
OWU	ogólne warunki ubezpieczenia
SA	Sąd Administracyjny
SN	Sąd Najwyższy
SO	Sąd Okręgowy
tekst jedn.	tekst jednolity
TK	Trybunał Konstytucyjny
TUW	Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
UFG	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
UOKiK	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów

Wprowadzenie

Celem podręcznika jest wprowadzenie do problematyki prawnoubezpieczeniowej poprzez przedstawienie podstawowych zagadnień ubezpieczeniowych z perspektywy prawnej. Autorka opowiada się za szerokim rozumieniem pojęcia prawa ubezpieczeniowego, uwzględniającego wszystkie regulacje odnoszące się do stosowania metody ubezpieczeniowej. Jednak z uwagi na istotne różnice w prawnych metodach wykorzystywania ubezpieczeń do zabezpieczenia społecznego treść podręcznika dotyczy zasadniczo instytucji ubezpieczeniowych związanych z funkcjonowaniem rynku ubezpieczeniowego i dokonywanymi na tym rynku czynnościami. Takie ograniczenie stanowi wyraz dążeń do zachowania jednorodności poruszanych zagadnień i wynika z utrzymującej się na wydziałach prawa tendencji do odrębnej dydaktyki i wiązania zagadnień ubezpieczeń publicznych z prawem pracy.

Struktura opracowania determinowana jest rolą prawodawstwa w rozwoju ubezpieczeń. Przedstawione w pierwszym rozdziale pojęcia stanowią rodzaj kluczy niezbędnych do dalszego wnikania w problematykę prawnoubezpieczeniową – aparat pojęciowy jest nieodzowny dla zrozumienia jej specyfiki. Objasnienie definicji ułatwić ma czytelnikowi analizę zagadnień związanych z kluczową relacją, jaką jest stosunek ubezpieczenia – ujętą w rozdziale drugim. Mając na względzie wagę cywilnoprawnych aspektów ubezpieczeniowych, zdecydowano o wyodrębnieniu zasad, którym poświęcono trzeci rozdział. Działalność na rynku ubezpieczeniowym niesie za sobą konieczność dostrzegania i właściwej interpretacji prywatnych i publicznych norm prawnych. Regulacje dotyczące rynku ubezpieczeniowego charakteryzuje dynamika i zróżnicowanie, na co zwrócono uwagę w rozdziale czwartym.

W ostatnim rozdziale wyeksponowano z kolei problematykę ochrony słabszej strony stosunku ubezpieczeniowego, za którą uważa się klienta ubezpieczeniowego.

Podręcznik adresowany jest do studentów rozpoczynających naukę o ubezpieczeniach. Dla studentów prawa czy administracji może stanowić wprowadzenie do problematyki ubezpieczeniowej, natomiast studentom ekonomii lub finansów może wskazywać rolę norm prawnych w kształtowaniu rynku ubezpieczeniowego i relacji pomiędzy jego uczestnikami. W szczególny sposób dedykowany jest studentom specjalistycznych studiów ubezpieczeniowych kształcących kadry zakładów ubezpieczycieli, pośredników ubezpieczeniowych, aktuariuszy i specjalistów ds. ubezpieczeń. Hasłowy sposób tytułowania przedstawianych zagadnień może okazać się dla nich pomocny w tworzeniu mapy pojęć prawnoubezpieczeniowych, stanowiących dobry punkt wyjścia do pogłębiania wiedzy ubezpieczeniowej. W związku z tym na końcu każdego rozdziału wskazane zostały podstawowe akty normatywne odnoszące się do podejmowanych zagadnień, wybrane orzecznictwo i literatura umożliwiające poszerzenie zasobu wiadomości.

Dorota Maśniak

Rozdział 1

Pojęcia kluczowe

1.1. Prawo ubezpieczeniowe – pojęcie i zakres

DZIEDZINA PRAWA. Kompleksowy charakter prawa ubezpieczeniowego jako odrębnej dziedziny prawa przejawia się w wielości metod prawnego regulowania stosunków ubezpieczeniowych. Prawo ubezpieczeniowe obejmuje zarówno prawo ubezpieczeń gospodarczych, jak i prawo ubezpieczeń społecznych. Pomimo odmienności metody regulacji widoczna jest tendencja do traktowania prawa ubezpieczeniowego jako jednej specjalności naukowej. Prawo ubezpieczeniowe zasługuje na odrębność ze względu na jedność przedmiotową specyficznych stosunków społecznych¹. Działania integracyjne wiążą się z działaniami legislacyjnymi zmierzającymi do zastosowania instrumentów ubezpieczeniowych charakterystycznych dla ubezpieczeń gospodarczych dla celów tradycyjnie wiązanych z ubezpieczeniami społecznymi². W doktrynie coraz częściej podkreśla się znaczenie ubezpieczenia jako metody, która ma podwójne zastosowanie: ubezpieczenie w gospodarce rynkowej i ubezpieczenie w polityce społecznej (zabezpieczeniu społecznym)³. Szerzej na temat różnic i podobieństw między tymi dwoma rodzajami ubezpieczeń zob. poniżej.

ZAKRES. Prawo ubezpieczeniowe obejmuje normy prawa prywatnego (cywilnego, handlowego, pracy) i publicznego (administracyjnego,

¹ Por. W. Warkalło, *Prawo ubezpieczeniowe: zarys wykładu i materiały normatywne*, Warszawa 1974, wyd. 2, s. 13.

² Por. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń 2002, s. 58.

³ Por. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie. W sprawie zastrzeżenia terminologicznego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 1, s. 102.

karnego) dotyczące zasad funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego, publicznego nadzoru nad tym rynkiem, pośrednictwa ubezpieczeniowego, dystrybucji ubezpieczeń i zagadnień wynikających z nawiązania prawnego stosunku ubezpieczenia. Istotą stosunku ubezpieczenia jest odpłatne świadczenie ochrony ubezpieczeniowej. Z perspektywy obcych porządków prawnych zauważalne jest odnoszenie pojęcia prawa ubezpieczeniowego jedynie do ubezpieczeń gospodarczych, w szczególności w krajach zachodnioeuropejskich (*Insurance Law*, *Droit des assurances*, *Versicherungsrechts*)⁴.

1.2. Interes ubezpieczeniowy

INTERES UBEZPIECZENIOWY – ISTOTA. Przyjmując, że ubezpieczenie to urządzenie zapewniające zaspokojenie przyszłych potrzeb majątkowych, potrzebę majątkową konkretnej osoby ująć można jako jej interes. W interesie każdego leży, aby jego majątek i dochody nie uległy zmniejszeniu w wyniku zajścia nieprzewidzianego zdarzenia lub by był w stanie znieść finansowy ciężar skutków powstałych zdarzeń. Z tego względu interes majątkowy stanowi przedmiot ochrony ubezpieczeniowej⁵.

Interes ubezpieczeniowy odnoszony musi być zawsze do podmiotu, który korzysta z ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczonego). Jest to zawsze czyjś interes. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby tego samego dobra dotyczyły interesy wielu podmiotów. W objęciu ochroną lokalu mieszkalnego może mieć interes zarówno jego właściciel, jak i dzierżawca lub najemca. W objęciu ochroną życia lub zdrowia ma interes dana osoba fizyczna, ale też jej wierzyciel (bank, pożyczkodawca), który w razie śmierci lub utraty zdrowia ubezpieczonego będzie narażony na stratę.

W myśl teorii interesu ubezpieczeniowego przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest stosunek wartości łączący człowieka z różnymi rodzajami dóbr. W określonych sytuacjach wyraża się on poprzez po-

⁴ Zob. J. Lowry, P. Rowlings, *Insurance Law. Doctrine & Principles*, Oxford–Portland 2003.

⁵ Szerzej zob. S. Byczko, *Interes ubezpieczeniowy a obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72, s. 79 i n.

trzebę powrotu uszczuplonego (na skutek powstałej szkody) majątku do poprzedniej wartości. Natomiast w razie choroby, wypadku, utraty zdolności zarobkowej, ustania aktywności zawodowej czy też utraty żywiciela sprowadza się on do zapewniania środków na utrzymanie. Interes ubezpieczeniowy stanowi wyrażoną w pieniądzu wartość, która może zostać utracona przez ubezpieczonego w razie utraty lub uszkodzenia danego dobra.

Interes ubezpieczeniowy odróżnia ubezpieczenia od gier i zakładów nastawionych na wzbogacenie się. Ubezpieczalny, czyli możliwy do objęcia ochroną ubezpieczeniową, może być jedynie interes zgodny z prawem (legalny). Za taki interes nie można uznać interesu związanego z nielegalną działalnością gospodarczą czy pracą w tzw. „szarej strefie”. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej nie może być również interes posiadacza rzeczy w złej wierze, np. złodzieja.

1.3. Wypadek ubezpieczeniowy

WYPADEK UBEZPIECZENIOWY JAKO MATERIALIZACJA RYZYKA. Wypadek ubezpieczeniowy stanowi materializację ryzyka zagrażającego interesom lub dobrom ubezpieczonego. Ryzyko rozumiane jest jako prawdopodobieństwo zaistnienia wyniku innego niż oczekiwany, pozostającego poza kontrolą zagrożonego. W odróżnieniu od szansy używane jest dla określenia prawdopodobieństwa powstania w przyszłości zjawisk niekorzystnych, choć w ubezpieczeniach pojęcie ryzyka używane jest również w odniesieniu do prawdopodobieństwa zdarzeń korzystnych (np. ryzyko dożycia określonego wieku lub ryzyko urodzenia dziecka). Ryzyko determinuje istnienie ubezpieczeń uznawanych za optymalny instrument zarządzania ryzykiem⁶. W odróżnieniu od niepewności ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter mierzalny i szacowane jest za pomocą metod aktuarialnych. Stąd kluczowa rola metod statystycznych dla określenia ryzyk ubezpieczeniowych stanowiących przedmiot działalności ubezpieczeniowej, ujętych w grupach i działach (zob. Załącznik

⁶ Por. E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Warszawa 2002.

do ustawy z dnia 11 września 2015 r. Podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 381, ze zm., dalej: u.d.u.r.).

WYPADEK UBEZPIECZENIOWY JAKO ZDARZENIE PRAWNE. Podmiot ma interes ubezpieczeniowy, jeżeli zajście wypadku ubezpieczeniowego może spowodować szkodę. Wypadkiem ubezpieczeniowym (zdarzeniem ubezpieczeniowym) jest określone w umowie ubezpieczenia zdarzenie losowe, którego zajście rodzi po stronie ubezpieczyciela obowiązki wypłaty świadczenia pieniężnego (art. 805 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1145, ze zm., dalej: k.c.). Wynika z tego, że wypadek ubezpieczeniowy jest zdarzeniem prawnym, którego nastąpienie powoduje powstanie określonych skutków prawnych – powstanie obowiązku wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia powodującego przemianę ekspektatywy prawa do świadczenia, które przysługiwało ubezpieczającemu od chwili powstania stosunku ubezpieczenia, w rzeczywiste prawo do świadczenia⁷.

Kluczowe znaczenie ma zdefiniowanie wypadku ubezpieczeniowego w konkretnej umowie ubezpieczenia. Strony umowy mają w tym względzie daleko idącą swobodę, ograniczoną w zasadzie jedynie art. 353¹ k.c. i 58 k.c. Granicami tej swobody umów są: ustawa, natura (właściwość) stosunku prawnego i zasady współżycia społecznego.

WYPADEK JAKO ZDARZENIE LOSOWE. Polski ustawodawca definiuje zdarzenie losowe jako zdarzenie: 1. niezależne od woli ubezpieczającego, 2. niepewne, 3. przyszłe, 4. powodujące uszczerbek w dobrach osobistych lub dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie osoby objętej ochroną ubezpieczeniową (art. 3 ust. 1 pkt 57 u.d.u.r.).

Zdarzenie losowe stanowić może zarówno przejaw działania sił przyrody, jak i wynik zamierzonego działania człowieka. Co do zasady nie może być to jednakże działanie ubezpieczającego (ubezpieczonego) – umyślne wyrządzenie szkody (np. spowodowanie pożaru własnego

⁷ Szerzej na temat wypadku ubezpieczeniowego zob. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834 kc. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 53 i n.

domu). Zasada ta nie ma jednak charakteru bezwzględne. W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej strony umowy ubezpieczenia mogą zdecydować o objęciu ochroną ubezpieczeniową takich wypadków (art. 27 k.c.). Przykładem może być zakres ochrony ubezpieczeniowej posiadacza pojazdu mechanicznego, która obejmuje również odpowiedzialność za wypadki drogowe spowodowane umyślnie (zob. ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2214, dalej: u.u.o.). Za zdarzenia uzależnione w pewnym stopniu od woli ubezpieczonego uznać należy urodzenie dziecka, stanowiące tzw. nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków. Podobnie samobójstwo, jeśli nastąpiło po upływie 2 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie (lub krótszym, jeżeli strony tak postanowiły), stanowi wypadek ubezpieczeniowy w myśl art. 833 k.c.

NIEPEWNOŚĆ WYPADKU. Wypadek może, lecz nie musi nastąpić. Brak ryzyka uniemożliwia świadczenie ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe w chwili jej zawarcia, umowa jest nieważna z mocy prawa (art. 806 k.c.). Jeżeli możliwość zajścia wypadku odpadła w okresie ubezpieczenia – po zawarciu umowy ubezpieczenia – stosunek ubezpieczenia wygasa.

PRZYSZŁY CHARAKTER WYPADKU. Z reguły do wypadku ubezpieczeniowego dochodzi po zawarciu umowy ubezpieczenia. Uznanie za wypadek ubezpieczeniowy zdarzenia przeszłego możliwe jest jedynie wtedy, gdy żadna ze stron umowy ubezpieczenia pomimo dochowania należytej staranności nie miała możliwości dowiedzieć się o jego zajściu (art. 806 § 2 k.c.). Elementy czasowe odróżniają pojęcie wypadku ubezpieczeniowego od pojęcia ryzyka.

1.4. Ochrona ubezpieczeniowa

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA JAKO ŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA. Zgodnie z konwencją ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez ubezpieczyciela stanowi swoisty „towar”, który, choć ma charakter nie-

materialny, posiada określoną wartość i cenę. Towarem tym jest poczucie zabezpieczenia przed określonego rodzaju ryzykiem, a precyzyjniej – uzyskanie gwarancji pokrycia następstw finansowych realizacji tego ryzyka. Rozwój cywilizacji niesie ze sobą wiele udogodnień, które w istotny sposób ułatwiają życie człowiekowi, ich utrata lub zniszczenie prowadzi do zakłóceń skutkujących dyskomfortem, destabilizacją, utratą poczucia bezpieczeństwa. Skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej przez właściciela samochodu lub ruchomości pozostawionych w lokalu mieszkalnym daje pewność wyrównania strat spowodowanych utratą lub zniszczeniem tych rzeczy na skutek zdarzeń i na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia. Ryzyko, czyli możliwa do oszacowania niepewność dotycząca powstania strat, dotyczy ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa nie redukuje poziomu niepewności, ale daje podmiotowi, na rzecz którego jest świadczona, pewność zaistnienia zdarzenia dla niego korzystnego, czyli zapłaty określonej sumy pieniędzy przez ubezpieczyciela – w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Z norm prawa ubezpieczeniowego wyprowadzić można wniosek, że przez ochronę ubezpieczeniową rozumieć należy ryzyko zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (art. 812 § 4, art. 813 § 1, art. 829 § 2 k.c. oraz art. 2 ust.1 pkt. 18, art. 3 ust. 4 pkt 4, art. 12 ust.1, art. 16 ust. 1 i 2 u.d.u.r.). Wypłata świadczenia jest rezultatem świadczenia tak rozumianej ochrony. Na gruncie coraz powszechniej akceptowanej w doktrynie teorii ponoszenia ciężaru niebezpieczeństwa (ryzyka)⁸ istota świadczenia ubezpieczeniowego jest złożona i polega na ponoszeniu ryzyka, czyli przejęciu odpowiedzialności za skutki realizacji ryzyka, czyli na ochronie ubezpieczeniowej.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. Zawarcie umowy ubezpieczenia nie jest równoznaczne z rozpoczęciem świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczyciela. Stąd w ubezpieczeniach odróżnia się formalny początek okresu ubezpieczenia od materialnego. Materialny okres ubezpieczenia to czas, w którym zaangażowana jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. Co do zasady rozpoczyna się on od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następującego po zapłaceniu składki (lub jej pierwszej raty) (art. 814 § 1 k.c.).

⁸ Szerzej zob. M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002, s. 703 i n.

Strony mogą jednak ustalić inny termin rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, np. chwilę zawarcia umowy. Przy spełnieniu określonych ustawowo warunków (art. 806 § 2 k.c.) materialny okres ubezpieczenia rozpoczynać może się przed formalnym początkiem okresu ubezpieczenia.

Odstępstwa od zasad ogólnych wprowadzać mogą przepisy szczególne, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych, których warunki ubezpieczenia uregulowane są obecnie w drodze ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych. W powszechnym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczeniu OC rolników i ubezpieczeniu budynków rolniczych odpowiedzialność ubezpieczyciela (materialny okres ubezpieczenia) rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy.

1.5. Składka ubezpieczeniowa

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO ŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO. Składka ubezpieczeniowa to świadczenie pieniężne ubezpieczającego na rzecz ubezpieczyciela w zamian za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej (ponoszenie ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego).

Z uwagi na odpłatny charakter umowy ubezpieczenia zobowiązanie ubezpieczającego do zapłaty składki stanowi immanentną część każdej umowy ubezpieczenia. Umowa, która nie przewiduje takiego obowiązku po stronie ubezpieczającego, nie może być uznana za umowę ubezpieczenia. Zdarza się, że koszt składki ubezpieczeniowej ukryty jest w cenie towaru, który sprzedawca oferuje wraz z tzw. bezpłatnym ubezpieczeniem. Wówczas składka opłacona jest przez sprzedawcę jako ubezpieczającego.

Ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej zasadniczo pozostaje w gestii ubezpieczyciela. Określenie wysokości składek przez ubezpieczyciela dokonuje się po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie danych statystycznych (art. 33 ust. 1–3 u.d.u.r.), co nie przeszkadza w uwzględnianiu w wysokości składki po-

noszonych przez ubezpieczyciela wydatków – innych niż koszty ochrony ubezpieczeniowej. Pewnym ograniczeniem swobody ubezpieczyciela jest obowiązek zamieszczenia w ogólnych warunkach ubezpieczenia (dalej: OWU) wiążących kryteriów ustalania wysokości składki (art. 16 pkt. 7 u.d.u.r.). Ponadto składki ubezpieczeniowe nie mogą być ustalane na poziomie niezapewniającym bezpieczeństwa finansowego ubezpieczyciela, czyli zapewniającym wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i sfinansowania kosztów wykonywania działalności ubezpieczyciela.

Nawet w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, których warunki określone są ustawowo, ustalenie wysokości składek pozostaje poza zakresem regulacji prawnej (art. 8 u.u.o.). Ubezpieczyciel jest jednak zobowiązany przedstawiać organowi nadzoru informacje o taryfach składek i danych wykorzystywanych do ich ustalania.

ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od rozmiarów ryzyka przejętego przez ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia, zatem w sytuacji zmiany prawdopodobieństwa wypadku po zawarciu umowy ubezpieczenia, w toku trwania stosunku ubezpieczenia, zmianie ulec powinna wysokość składki. Możliwość żądania przez każdą ze stron umowy ubezpieczenia zmiany wysokości składki w razie ujawnienia takich okoliczności przewiduje art. 816 k.c., który ma zastosowania do wszystkich rodzajów ubezpieczeń, z wyjątkiem ubezpieczeń na życie. Z uwagi na przedmiot ochrony w ubezpieczeniach na życie istotna nawet zmiana prawdopodobieństwa wypadku nie może stanowić podstawy dla zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej.

ZWROT SKŁADKI. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (art. 816 k.c.). Jeżeli czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela ulega skróceniu w porównaniu z czasem, za który została skalkulowana składka, to wysokość należnej składki ulegnie stosowanej redukcji. Jeżeli ubezpieczający zapłacił składkę z góry, przysługuje mu żądanie zwrotu składki stanowiącej różnicę między składką zapłaconą a składką należną za okres do momentu wygaśnięcia stosun-

ku ubezpieczenia. Jeżeli składka płatna jest w ratach, ubezpieczyciel nie może żądać zapłaty kolejnych rat składki w takim zakresie, w jakim ich wysokość przewyższa wysokość składki należnej. Wysokość składki zwracanej powinna być proporcjonalna do czasu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa wykorzystana została w całości poprzez wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia do wyczerpania (sumie gwarancyjnej), zwrot składki nie przysługuje. Natomiast częściowe wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej poprzez wypłatę świadczenia pieniężnego w wysokości niewyczerpującej sumy ubezpieczenia nie pozbawia ubezpieczającego prawa do zwrotu składki.

Źródła prawa

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1145, ze zm.)

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 473)

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 381, ze zm.)

Literatura

Byczko S., *Interes ubezpieczeniowy a obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Iuridica” 2013, nr 72.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń 2002.

Kowalewski E., *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Warszawa 2002.

Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834 kc. Komentarz*, Warszawa 2016.

Lowry J., Rowlings P., *Insurance Law. Doctrine & Principles*, Oxford–Portland 2003.

Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002.

Szumlicz T., *Ubezpieczenie. W sprawie zastrzeżenia terminologicznego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 1.

Warkało W., *Prawo ubezpieczeniowe: zarys wykładu i materiały normatywne*, Warszawa 1974, wyd. 2.

Warkało W., *Ubezpieczenia majątkowe*, Warszawa 1971.

Wąsiewicz A., Nowakowski Z.K., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Warszawa 1978.

Rozdział 2

Stosunek ubezpieczenia

2.1. Podział ubezpieczeń na społeczne i gospodarcze w oparciu o kryterium sposobu nawiązania stosunku ubezpieczenia

ASPEKT PRAWNOHISTORYCZNY. Ubezpieczenie społeczne ukształtowało się w nowoczesnej jego postaci dopiero przed stu pięćdziesięcioma laty (w latach 80. XIX w.), czyli w czasach, w których ubezpieczenia nazywane gospodarczymi miały za sobą wielowiekowy okres rozwoju. Ubezpieczenia społeczne stanowią urządzenie społeczne stworzone przez ustawodawców, podczas gdy ubezpieczenia gospodarcze istniały w ciągu stuleci, zanim zostały uregulowane przez ustawodawców. Praktyka wymuszała regulacje prawne. Ustawowe uregulowanie ubezpieczeń gospodarczych stanowiło prawne usankcjonowanie zjawiska od dawna istniejącego. Nazwę ubezpieczenia gospodarcze przyjęto celem przeciwstawienia ich ubezpieczeniom społecznym. Tym samym przez ubezpieczenia gospodarcze prawodawca i doktryna rozumie również ubezpieczenia, których przedmiot nie ma nic wspólnego z działalnością gospodarczą (jak ubezpieczenia na życie, osobowe czy następstw nieszczęśliwych wypadków)

ZAKRES PRZEDMIOTOWY. Ubezpieczenia gospodarcze mogą być majątkowe lub osobowe, ubezpieczenie społeczne jest zawsze osobowe. Ostatnie z wymienionych obejmują ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne.

POWSTANIE STOSUNKU UBEZPIECZENIA. Ubezpieczenia gospodarcze powstają w drodze umowy, natomiast ubezpieczenia społeczne powstają

z mocy prawa – automatycznie z momentem nawiązania stosunku pracy lub podjęcia działalności gospodarczej. Prawny stosunek ubezpieczenia społecznego nawiązywany jest pomiędzy ubezpieczycielem publicznym, należącym do sektora finansów publicznych: Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Narodowym Funduszem Zdrowia a ubezpieczającym swoje życie, zdrowie i zdolność do pracy prywatnym ubezpieczającym. Prawny stosunek ubezpieczenia gospodarczego nawiązywany jest pomiędzy podmiotami prywatnymi, działającymi w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, a ubezpieczającym. Ta różnica determinuje reżim prawny obu rodzajów ubezpieczeń. Prawny stosunek ubezpieczenia gospodarczego to stosunek cywilnoprawny, w odróżnieniu od prawnego stosunku ubezpieczenia społecznego o charakterze administracyjnoprawnym. Ta różnica determinuje odrębność regulacji, co decyduje o utrzymywaniu się omawianego podziału.

RODZAJ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH. Ubezpieczenia gospodarcze zapewniają co do zasady świadczenia pieniężne¹, natomiast znamionną cechą ubezpieczenia społecznego jest tworzenie uprawnień nie tylko do świadczeń pieniężnych (zasiłki, renty, emerytury), ale też do świadczeń rzeczowych, takich jak bezpłatne leczenie czy zaopatrzenie w protezy, aparaty ortopedyczne.

PODOBIENSTWA – CEL. Oba rodzaje ubezpieczeń służą zabezpieczeniu obywateli przed gospodarczo ujemnymi następstwami określonych zdarzeń losowych w ich życiu – służą w szczególności zaspokajaniu potrzeb majątkowych wynikłych: z choroby, utraty zdolności do zarobkowania, utraty żywiciela rodziny. Stanowią metodę tworzenia ze źródeł zdecentralizowanych (ze składek ubezpieczeniowych) funduszu scentralizowanego, przeznaczonego na zaspokajanie potrzeb losowych, co przesądza, że w obu przypadkach mamy do czynienia z ubezpieczeniami. W obu wypadkach chodzi o straty o charakterze losowym. W obu rodzajach ubezpieczeń kompensacja strat losowych dokonywana jest poprzez repartycję na ogół ubezpieczonych.

¹ Co do zasady, ponieważ głoszony jest w doktrynie pogląd, zgodnie z którym świadczenia ubezpieczeniowe przyjmować mogą formę restytucji naturalnej, np. ubezpieczenia *assistance*, szerzej zob. B. Kucharski, *Świadczenie ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia mienia*, Warszawa 2019, s. 507 i n.

Z uwagi na reformę polskiego systemu ubezpieczeń społecznych i oparcie go na trzech filarach, dostrzegalne jest zbliżanie się obu pionów działalności ubezpieczeniowej. Trzeci filar stanowi część wspólną ubezpieczeń społecznych i gospodarczych.

2.2. Podział ubezpieczeń na ubezpieczenia majątkowe i osobowe w oparciu o kryterium przedmiotu ubezpieczenia

PODZIAŁ KODEKSOWY. Podział na ubezpieczenia majątkowe i osobowe przyjęty został jako wiodący przez polskiego prawodawcę, czego wyrazem są przepisy kodeksu cywilnego. Ustawodawca wprowadził odrębne zasady rządzące umowami ubezpieczenia majątkowego i umowami ubezpieczenia osobowego.

UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami kodeksu cywilnego (art. 821 k.c.) przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu.

Przez interes majątkowy rozumieć należy stosunek, dzięki któremu ktoś – na skutek przewidzianego w umowie zdarzenia – może ponieść szkodę². Ubezpieczający może mieć interes w rzeczy (ubezpieczenie mienia), w prawach, w tym w roszczeniach (np. ubezpieczenie mienia lub ubezpieczenia finansowe), ale też w pewnych szansach życiowych, oczekiwanym zysku (ubezpieczenie utraty zysku). Szczególnym rodzajem ubezpieczeń majątkowych są ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W tego rodzaju ubezpieczeniach interes ubezpieczeniowy przejawia się w interesie ubezpieczonego ochrony przed konsekwencjami ciążącej na nim odpowiedzialności. Ubezpieczenie OC chroni przed ryzykiem obciążenia własnego majątku finansowymi konsekwencjami ciążącego długu (roszczeniem odszkodowawczym). Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej może być tylko taki interes majątkowy, który nie jest

² E. Kowalewski, *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, cz. 2, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz–Toruń 1994, s. 78; D. Fuchs, *Wybrane cechy umowy ubezpieczenia majątkowego*, „Prawo Asekuracyjne” 1999, nr 4, s. 46 i n.

sprzeczny z prawem (nie dotyczy nielegalnej działalności gospodarczej czy też zysku z takiej działalności, nielegalnego zatrudnienia, przestępstwa drogowego).

Realizacja funkcji kompensacyjnej w ubezpieczeniach majątkowych sprowadza się do zapewnienia ubezpieczonemu (w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej – poszkodowanemu) odszkodowania, które co do zasady wyrażane jest w pieniądzu. Stąd konieczność oceny przedmiotu tego ubezpieczenia w pieniądzu.

UBEZPIECZENIA OSOBOWE. W odróżnieniu od ubezpieczeń majątkowych celem ubezpieczeń osobowych nie jest ochrona wymiernego interesu majątkowego, lecz ochrona życia i zdrowia ludzkiego poprzez zagwarantowanie świadczeń określonych w postaci sum ubezpieczenia, ustalonych na wypadek śmierci, dożycia określonego wieku lub nastąpienia nieszczęśliwego wypadku. Jest jasne, że będące przedmiotem ubezpieczenia osobowego dobra osobiste o charakterze niemajątkowym, takie jak życie, zdrowie, zdolność do pracy zarobkowej oraz określone w umowie zdarzenia związane z życiem prywatnym i zawodowym ubezpieczonego (np. urodzenie dziecka), nie nadają się do wyceny w pieniądzu.

Polski ustawodawca w art. 829 § k.c. wskazuje w sposób niewyczerpujący możliwe przedmioty umów ubezpieczenia osobowego i na tej podstawie wprowadza podział umów ubezpieczenia osobowego na dwa rodzaje: umowa ubezpieczenia na życie – dotycząca śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku; umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – dotycząca uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Taki podział nie oddaje obecnego stanu rozwoju ubezpieczeń osobowych i ich złożoności. Szczególny charakter prawny mają umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, które charakteryzuje powiązanie elementów cechujących ubezpieczenia na życie z elementami charakterystycznymi dla umowy z instytucją finansową inwestującą środki za pośrednictwem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego³.

³ Zob. szerzej M. Szczepańska-Bębenek, *Charakter prawny ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 5–6, s. 3 i n.

2.3. Podział ubezpieczeń na własne i odpowiedzialności cywilnej (*first and third party insurance*) w oparciu o stosunek ubezpieczającego do przedmiotu ubezpieczenia

UBEZPIECZENIA WŁASNE. Podział, wskazywany jako główny podział ubezpieczeń w literaturze anglosaskiej, opiera się na kryterium stosunku ubezpieczającego do ubezpieczanego interesu. Prostsze i bardziej efektywne w działaniu ubezpieczenia własne to takie ubezpieczenia, w których ktoś obejmuje ochroną własne życie, zdrowie, dom, fabrykę czy samochód lub inaczej – własny interes jako posiadacza tych dóbr.

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ. Drugą grupą ubezpieczeń są ubezpieczenia, w których obok ubezpieczyciela i ubezpieczającego w stosunek ubezpieczenia zaangażowane są inne podmioty. Są to ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w których ubezpieczający ubezpiecza się, aby bronić się przed potencjalną odpowiedzialnością i uszczupleniem majątku z uwagi na obowiązek rekompensaty szkód poszkodowanemu. Do tej grupy należałoby również zaliczyć ubezpieczenia zawierane na rzecz osoby trzeciej, czyli takie, w których dochodzi do rozszczepienia po jednej ze stron umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może zawrzeć umowę, której przedmiotem będzie dobro osobiste lub interes majątkowy innego podmiotu (ubezpieczonego).

TENDENCJA RYNKOWA. Mniejszy koszt i większa efektywność w działaniu własnych ubezpieczeń stanowią czynniki leżące u podstaw zauważalnych zmian na rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych, sprowadzających się do zastępowania systemów ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, budowanych na systemach odpowiedzialności deliktowej, własnymi ubezpieczeniami. Dotyczy to w szczególności obszarów istotnych ze względów społecznych, związanych z ryzykami dotyczącymi życia i zdrowia ludzkiego (ubezpieczenia środowiskowe, ubezpieczenie zdarzeń medycznych) lub zaspokajania podstawowych potrzeb człowieka w trudnych sytuacjach życiowych (ubezpieczenia upraw rolnych, ubezpieczenie budynków rolniczych). Otwarte pozo-

staje pytanie, co do statusu podmiotów przejmujących takie ryzyka, czy mają być to prywatni ubezpieczyciele, czy podmioty publiczne. Za logiczne uznaje się obejmowanie ich zakresem publicznego systemu zabezpieczenia społecznego⁴. Jednakże względy ekonomiczne oraz chęć ochrony środków publicznych stanowią istotne uzasadnienie wykorzystywania rynku ubezpieczeniowego, opartego o prywatne fundusze, do rozwiązywania problemów społecznych⁵.

2.4. Podział ubezpieczeń na morskie i pozostałe z uwagi na odmienny reżim prawny

SPECYFIKA UBEZPIECZEŃ MORSKICH. Choć ubezpieczenia morskie powstały w związku z rozwojem handlu w basenie Morza Śródziemnego, to poprzez ekspansję i dominację angielską, począwszy od XVI w., przysięły w obecnym kształcie wiele rozwiązań inspirowanych doświadczeniami anglosaskiego handlu morskiego. W ten sposób regulacja prawa morskiego wykształciła bardzo nowoczesną i koherentną regulację, także w zakresie ubezpieczeń związanych z żeglugą⁶. Odrębność anglosaskiego systemu prawnego opartego na orzecznictwie (system *common law*) od kontynentalnego systemu prawnego opartego na prawie stanowionym (takim jak ustawy czy rozporządzenia) znalazła swój wyraz w prawie ubezpieczeniowym. Wynika to z różnic pomiędzy prawną kulturą „alpejską”, charakteryzującą system kontynentalny, a prawną kul-

⁴ Zob. J. Birds, *Birds' Modern Insurance Law*, London 2010, 8th ed., s. 3–4.

⁵ Stąd regulacje unijne zobowiązujące państwa członkowskie do zachęcania rolników do ubezpieczenia upraw, zob. D. Maśniak, *Rola pomocy publicznej w rozwoju majątkowych ubezpieczeń rolnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2008, nr 1, s. 31–40, czy też obowiązek zabezpieczeń finansowych sfinansowania kosztów usuwania zanieczyszczeń narzucony przepisami dyrektywy środowiskowej, zob. D. Maśniak, *Aspekty prawne dywersyfikacji ryzyka zanieczyszczenia środowiska pomiędzy sprawcę, państwo i ubezpieczycieli*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2017, t. 38, oraz też, *Ubezpieczenia jako instrument zarządzania katastrofami spowodowanymi przez człowieka – perspektywa unijna*, „Prawo Asekuracyjne” 2014, nr 3, s. 41 i n.

⁶ Na aspekt jednolitości prawa morskiego i jego współczesnych dokonań zwraca uwagę J. Łopuski w: *Prawo morskie*, t. 1, cz. 1, red. J. Łopuski, Bydgoszcz 1996, s. 43 i n.; w zakresie ubezpieczeń morskich por. Z. Brodecki, *Prawo ubezpieczeń morskich*, Sopot 1999, s. 41 i n.

turą morską, charakteryzującą system anglosaski⁷. Stąd w krajowym polskim systemie prawnym odrębna regulacja umowy ubezpieczenia morskiego (Tytuł VIII Dział I ustawy z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski, tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2175, dalej: k.m.) i wyraźne wyłączenie stosowania przepisów kodeksu cywilnego poświęconych umowie ubezpieczenia do stosunków ubezpieczenia morskiego (art. 820 k.c.). W praktyce znaczenie regulacji kodeksu morskiego jest bardzo ograniczone z uwagi na umowne poddanie stosunków ubezpieczenia morskiego regulacjom Marine Insurance Act z 1906 r. (Chapter 41 6 Edw. 7).

UBEZPIECZENIA MORSKIE – POJĘCIE. Za ubezpieczenie morskie należy uznać ubezpieczenie każdego interesu majątkowego związanego z żeglugą morską i dającego się ocenić w pieniądzu, co w szczególności będzie oznaczać: statek, ładunek, fracht, opłatę za przewóz pasażerów, opłatę czarterową, spodziewany zysk na ładunku, prowizję, wydatki awarii wspólnej, zobowiązanie z tytułu odpowiedzialności cywilnej oraz wierzytelność zabezpieczona na statku, ładunku lub frachcie (art. 293 k.m.).

2.5. Umowa ubezpieczenia – definicja i sposoby zawarcia

NAWIĄZANIE STOSUNKU UBEZPIECZENIA. Na polskim rynku ubezpieczeniowym dla powstania stosunku ubezpieczenia i skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej niezbędne jest zawarcie umowy ubezpieczenia, które uregulowane zostało przepisami art. 809–815 k.c. W ograniczonym zakresie zastosowanie mogą mieć odpowiednie przepisy tytułu VIII Działu I k.m. (zob. wyżej podział ubezpieczeń na morskie i pozostałe) regulujące stosunek ubezpieczenia morskiego, których szczegółowa analiza w niniejszym podręczniku została pominięta.

DEFINICJA UMOWY UBEZPIECZENIA. Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej

⁷ Szerzej na temat zob. Z. Brodecki, *Kultura morska versus kultura „alpejska” (refleksja z prawa prywatnego)*, w: *Polskie prawo prywatne w dobie przemian. Księga jubileuszowa dedykowana profesorowi Jerzemu Młynarczykowi*, Gdańsk 2005; oraz tenże, *Prawo integracji – Konstytucja dla Europy*, Warszawa 2011, wyd. 4, s. 130.

sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (tj. do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej) i do zapłaty tej sumy w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. W zamian za udzieloną ochronę ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki. Jest to umowa nazwana uregulowana w kodeksie cywilnym (art. 805–834 k.c.)⁸.

TRYB OFERTOWY. Co do zasady umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie ofertowym prostym, który sprowadza się do złożenia przez potencjalnego ubezpieczającego oferty zawarcia umowy, nazywanej wnioskiem ubezpieczeniowym, i przyjęcia jej przez ubezpieczyciela.

WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY. Z punktu widzenia prawnego impulsu do zawarcia umowy ubezpieczenia daje potencjalny ubezpieczający, konkretyzując interes majątkowy (w ubezpieczeniach majątkowych) lub dobra osobiste (w ubezpieczeniach osobowych), które chciałby ubezpieczyć (uczynić przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej). Przyjęte w praktyce jest składanie oferty ubezpieczycielowi w formie wypełnionego formularza wniosku ubezpieczeniowego (o którym wspomina art. 815 § 1 k.c.). Stosowanie formularza ułatwia ubezpieczycielowi wymuszanie na ubezpieczającym spełnienia obowiązku ujawnienia wszelkich informacji uznanych za niezbędne dla oceny przejmowanego ryzyka.

PRZYJĘCIE OFERTY – ZAWARCIE UMOWY. Zawarcie umowy zależy od jej przyjęcia przez ubezpieczyciela, który ograniczony jest zakresem udzielonego mu przez organ nadzoru zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej (zob. poniżej zasady licencjonowania). Widocznym znakiem przyjęcia oferty przez ubezpieczyciela jest doręczenie dokumentu ubezpieczenia – zwyczajowo nazywanego polisą, rzadziej legitymacją ubezpieczeniową lub certyfikatem. Stanowi on potwierdzenie ubezpieczyciela o przyjęciu oferty, dzięki któremu ubezpieczający dowiaduje się o złożeniu przez ubezpieczyciela tego oświadczenia. W razie wątpliwości do zawarcia umowy ubezpieczenia dochodzi z momentem doręczenia polisy ubezpieczeniowej lub innego dokumen-

⁸ Szerzej na temat umowy ubezpieczenia zob. M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, w: *Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Panowicz-Lipska, Warszawa 2011, wyd. 2, seria System Prawa Prywatnego, t. 8, s. 804 i n.; M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia: art. 805–834 kc. Komentarz*, Warszawa 2004; E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń 2006, wyd. 3 zaktualizowane i rozsz.

tu ubezpieczenia (art. 809 § 2 k.c.). Ów dokument wystawiany jest przez ubezpieczyciela lub działającego w jego imieniu agenta i przez nich może być podpisany. Ubezpieczający swoją wolę wyraża w ofercie (wniosku ubezpieczeniowym).

POLISA UBEZPIECZENIOWA. Polisa to dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, nie powinna być utożsamiana z umową ubezpieczenia. Ze względu na brak wymogu określonej formy dla polisy, może być wystawiana w formie elektronicznej i nie wymaga podpisu ubezpieczyciela. Przesądza o tym również przepis ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 4B u.d.u.r.). Brak polisy na skutek niewystawienia lub następcej utraty (kradzieży, zniszczenia) nie wpływa na skuteczności zawartej umowy. Ma jedynie znaczenie dowodowe. Problem powstać może w razie sporu pomiędzy stronami umowy. Jeśli uzgodnione warunki umowy ujawnione zostały jedynie w polisie (np. wysokość składki czy wysokość sumy ubezpieczenia), jej utrata istotnie utrudnić może postępowanie dowodowe. W dokumencie ubezpieczenia ujawnione są z reguły najbardziej istotne postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia (*essentialia negotii*).

W praktyce ubezpieczeniowej polisa wykorzystywana jest przez ubezpieczycieli nie tylko jako dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia. W jej treści ujmowane są bowiem oświadczenia, których złożenia wymaga ubezpieczyciel od ubezpieczającego, takie jak oświadczenie o otrzymaniu i zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, na podstawie których zawarta jest umowa, potwierdzenie przeprowadzenia analizy wymagań i potrzeb czy zgoda na przetwarzanie danych osobowych. Nie należy ich utożsamiać z oświadczeniami koniecznymi dla skutecznego zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciele stosują jeden formularz dla złożenia oferty przez ubezpieczającego i potwierdzenia jej przyjęcia przez ubezpieczyciela – tzw. wnioskopolisy. Trudno nie zgodzić się, że upraszczają one procedurę zawierania umowy, mogą jednak wzbudzać wątpliwości z uwagi na odmienny charakter obu dokumentów – tu połączonych w jeden. W przeciwieństwie do polisy ubezpieczeniowej wniosek ubezpieczeniowy stanowi treść umowy ubezpieczenia.

KONTROFERTA. W praktyce może dojść do sytuacji, gdy wola ubezpieczającego różni się od woli ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel zain-

interesowany jest udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej na innych warunkach niż zaoferowane przez ubezpieczającego (np. zakres terytorialny ochrony, zakres przedmiotowy, wysokość sumy ubezpieczenia). Dochodzi do złożenia przez ubezpieczyciela kontroferty (zgodnie z treścią art. 68 k.c.). Ubezpieczyciel wystawia polisę zawierającą postanowienia różniące się w swej treści od wniosku ubezpieczeniowego. W takim przypadku celem ochrony interesów ubezpieczającego ustawodawca przewiduje szczególną procedurę. Nakłada na ubezpieczyciela obowiązki informacyjne, których spełnienie warunkuje skuteczność kontroferty, o ile jej treść jest mniej korzystna dla ubezpieczającego niż treść złożonej przez niego oferty (wniosku ubezpieczeniowego). W myśl art. 811 k.c. przy doręczeniu dokumentu ubezpieczenia ubezpieczyciel obowiązany jest, w formie pisemnej, zwrócić ubezpieczającemu uwagę na niekorzystne dla niego różnice, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. Niespełnienie ciążącej na ubezpieczycielu powinności skutkuje zawarciem umowy ubezpieczenia zgodnie z treścią wniosku ubezpieczeniowego z pominięciem postanowień polisy z nim sprzecznych, o ile odbiegają od wniosku na niekorzyść ubezpieczyciela.

TRYB ROKOWAŃ. Prawodawca dopuszcza udzielanie ochrony ubezpieczeniowej poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia w drodze negocjacji. Odstąpienie od trybu ofertowego, stosowania ogólnych warunków ubezpieczenia przychodzi ubezpieczycielom bardzo ciężko. Stąd na wynegocjowanie warunków umowy, typowe dla innych umów cywilnoprawnych, liczyć mogą potencjalni ubezpieczający, reprezentujący interesy majątkowe, których ochroną ubezpieczyciele są szczególnie zainteresowani, najczęściej ze względów finansowych lub prestiżowych.

TRYB PRZETARGOWY. Do obowiązkowego odstąpienia od trybu przetargowego dochodzi w razie zawarcia umowy ubezpieczenia przez podmioty korzystające ze środków publicznych (takie jak jednostki samorządu terytorialnego czy jednostki budżetowe Skarbu Państwa), podlegające regulacjom wynikającym z ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1843) (dalej: p.z.p.). Oferty ubezpieczycieli biorących udział w przetargu mogą być zbieżne ze stosowanymi przez te zakłady ogólnymi warunkami ubezpieczenia albo odbiegać treścią od nich.

2.6. Zakres podmiotowy stosunku ubezpieczenia – ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony do odszkodowania, uposażony

STRONY UMOWY. Stronami umowy ubezpieczenia są ubezpieczyciel i ubezpieczający (art. 805 k.c.) (rys. 1).



Rysunek 1. Strony umowy ubezpieczenia

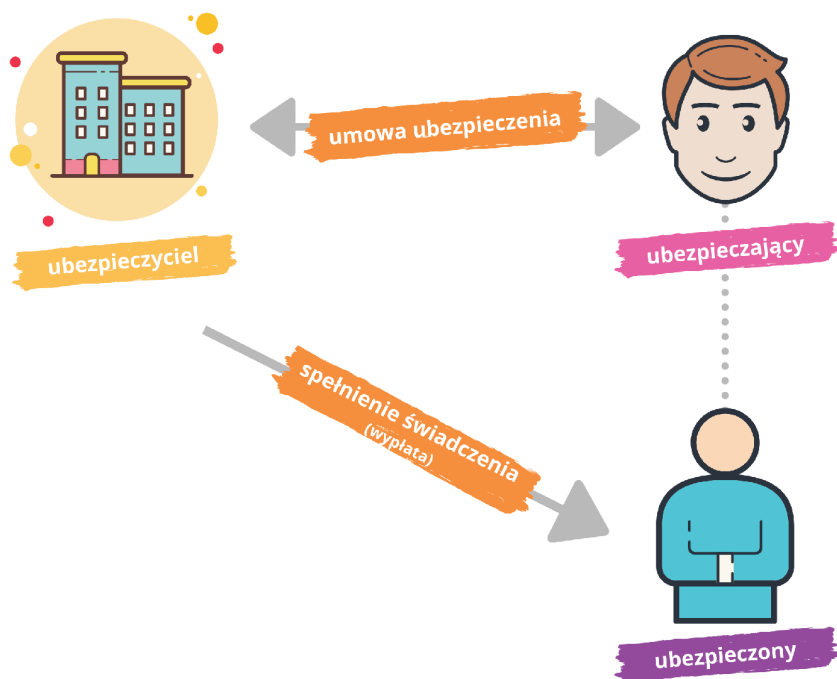
Źródło: jeśli nie zaznaczono inaczej, wszystkie materiały graficzne stanowią efekt opracowania własnego.

UBEZPIECZYCIEL. Ubezpieczyciel (nazywany też zakładem ubezpieczeń) w ramach prowadzonej działalności zobowiązuje się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (np. kradzieży, śmierci, odpowiedzialności cywilnej).

UBEZPIECZAJĄCY. Ubezpieczający to podmiot, który we własnym imieniu przez zawarcie umowy ubezpieczenia zobowiązuje się do zapłaty składki ubezpieczeniowej w zamian za ponoszenie przez ubezpieczyciela ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Zapłata składki to najważniejszy, ale nie jedyny, obowiązek ciążyący na ubezpieczającym. Zarówno na etapie zawierania umowy, jak i jej wykonywania, ciążą na nim powinności (art. 805 § 1, art. 815 § 1 i 2, art. 818 § 1, art. 826 § 1 k.c.). Ich niedopełnienie skutkować może ograniczeniem wysokości wypłacanego świadczenia, a nawet utratą prawa do świadczenia.

Oprócz obowiązków przysługują mu również uprawnienia kształtujące odnoszące się do treści stosunku prawnego ubezpieczenia – rozszerzenia lub zawężenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej czy zmiany wysokości sumy ubezpieczenia. W określonych ustawowo przypadkach ubezpieczający może doprowadzić do wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta umowa (art. 812 § 4, art. 816, art. 830 § 1 k.c.)

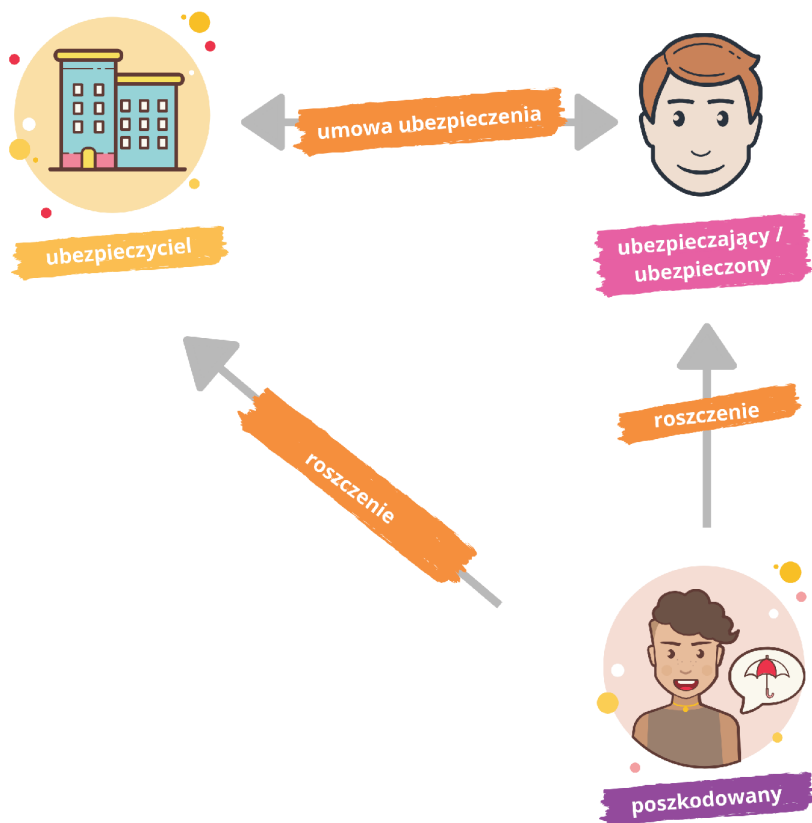
UBEZPIECZONY. Ubezpieczony to podmiot, którego interesu majątkowego lub dobra osobistego dotyczy ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez ubezpieczyciela. Z reguły ubezpieczający i ubezpieczony to ten sam podmiot. Nie zawsze jednak ochroną ubezpieczeniową objęty zostaje interes majątkowy lub dobra osobiste ubezpieczającego. Ubezpieczający może zawrzeć umowę, w której przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej będzie dobro lub odpowiedzialność cywilna innej osoby (rys. 2). Choć



Rysunek 2. Stosunek ubezpieczenia na cudzy rachunek

stroną umowy ubezpieczenia jest ubezpieczający, jednak ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest na rzecz ubezpieczonego i jemu zostanie wypłacone – w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego – świadczenie pieniężne. Na ubezpieczającym ciąży natomiast obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej oraz wskazane poniżej powinności.

POSZKODOWANY. Umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej charakteryzuje i wyróżnia, spośród innych rodzajów ubezpieczeń, występowanie, obok wymienionych podmiotów, poszkodowanego. Jest to podmiot, który poniósł szkodę, za którą odpowiada ubezpieczony (rys. 3). Poszkodowanemu przysługuje roszczenie do ubezpieczonego

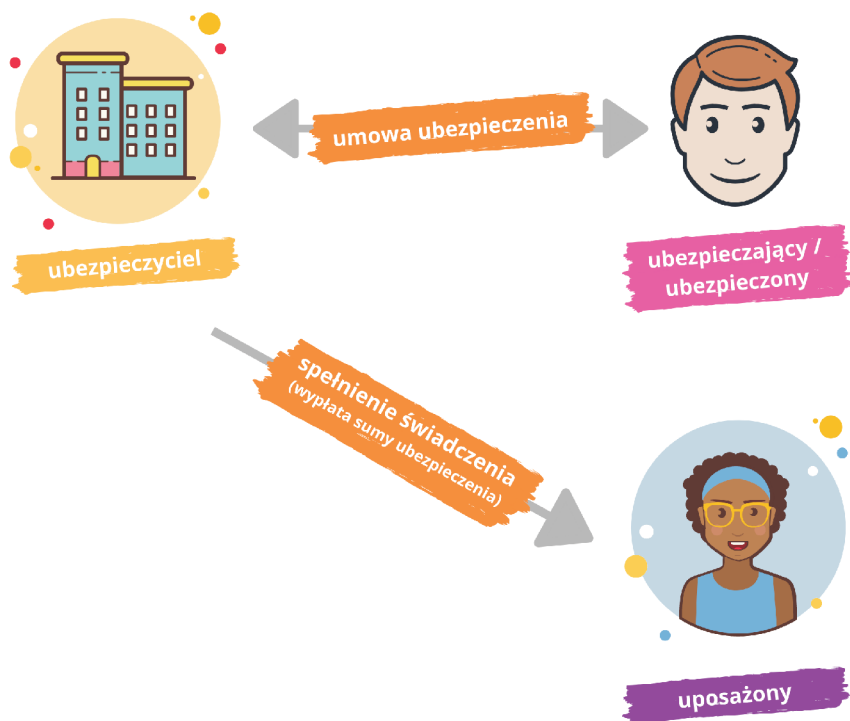


Rysunek 3. Stosunek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

sprawcy szkody na podstawie przepisów (odpowiedzialność deliktowa) lub postanowień umownych (odpowiedzialność kontraktowa). Nie jest stroną umowy ubezpieczenia, ale przysługuje mu roszczenie bezpośrednie od ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego sprawcy, w myśl art. 822 § 4 k.c.

Ze stosunkiem prawnym ubezpieczenia na życie związany jest szczególny podmiot:

UPOSAŻONY. Uposażony to osoba uprawniona do otrzymania sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego (art. 831 § 1 k.c.) (rys. 4). Osoba uposażona występuje wyłącznie w tych rodzajach ubezpieczeń osobowych, w których wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego (ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków obejmujące śmierć ubezpieczonego). Ze



Rysunek 4. Stosunek ubezpieczenia na życie

względów oczywistych ubezpieczonemu nie może przysługiwać świadczenie pieniężne wypłacane przez ubezpieczyciela po jego śmierci. Uposażonym może być podmiot wskazany imiennie lub okaziciel polisy, jeżeli umowa ubezpieczenia przewidywała taki sposób identyfikacji uposażonego.

2.7. Cechy umowy ubezpieczenia

ZOBOWIĄZANIOWY CHARAKTER. Nie budzi wątpliwości charakter zobowiązaniowy umowy ubezpieczenia. Świadczy o nim usytuowanie regulacji w części trzeciej kodeksu cywilnego – Zobowiązaniach. Przede wszystkim jednak o obligacyjnym charakterze świadczy cel umowy, który sprowadza się do powstania między stronami stosunku prawnego, na podstawie którego każda ze stron zobowiązuje się wobec drugiej do spełniania określonego świadczenia, mając jednocześnie prawo do żądania spełniania świadczenia przez drugą stronę.

Każda ze stron umowy (zarówno ubezpieczyciel, jak i ubezpieczający) jest zarazem wierzycielem i dłużnikiem. Ubezpieczyciel jest dłużnikiem z tytułu świadczenia polegającego na ponoszeniu ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (ochrony ubezpieczeniowej), a jeśli dojdzie do wypadku – z tytułu zapłaty określonej sumy pieniężnej. Jednocześnie ubezpieczyciel jest wierzycielem z tytułu zapłaty składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczający jest dłużnikiem z tytułu zapłaty umówionej składki ubezpieczeniowej. Natomiast ma prawo żądania ochrony ubezpieczeniowej, a, co za tym idzie, żądania wypłaty świadczenia w razie zajścia wypadku i z tego tytułu jest wierzycielem. Jest to zatem umowa dwustronnie zobowiązująca (bo wynikają z niej zobowiązania obu stron – ubezpieczyciela i ubezpieczającego). Jest to również umowa odpłatna, na podstawie której obie strony uzyskują korzyści majątkowe.

WZAJEMNY CHARAKTER. Stanowiąca przedmiot świadczenia ubezpieczyciela ochrona ubezpieczeniowa stanowić powinna odpowiednik świadczenia ubezpieczającego, którego przedmiotem jest zapłata składki ubezpieczeniowej. Takim odpowiednikiem nie może być zapłata świad-

czenia pieniężnego w razie realizacji ryzyka w postaci wypadku ubezpieczeniowego, do którego może nie dojść. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela (art. 813 § 1 k.c.) bez względu na to, czy w czasie tym zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Stąd kwalifikacja umowy ubezpieczenia jako umowy wzajemnej.

USŁUGA FINANSOWA. Umowa ubezpieczenia należy do szerszej kategorii umów o usługi finansowe. Uzasadnieniem takiego twierdzenia jest zaklasyfikowanie jej jako usługi finansowej w klasyfikacji działalności gospodarczej przyjętej w Polsce⁹. Prawodawca unijny do kategorii usług finansowych zaliczył również usługi ubezpieczeniowe (obok bankowych, kredytowych, emerytalnych, inwestycyjnych i płatniczych)¹⁰.

KWALIFIKOWANY CHARAKTER. Umowę ubezpieczenia zalicza się do umów kwalifikowanych, ponieważ podmiotem świadczącym ochronę ubezpieczeniową zawsze jest ubezpieczyciel – profesjonalista w zakresie prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Bez jego udziału nie jest możliwe zawarcie jakiejkolwiek umowy ubezpieczenia. Brak statusu zakładu ubezpieczeń po stronie podmiotu przejmującego ryzyko prowadzi do bezwzględnej nieważności umowy ubezpieczenia (art. 58 § 1 k.c.).

UMOWA UBEZPIECZENIA A UMOWA ZAKŁADU. Umowę ubezpieczenia odróżnić należy od zakładu. Zarówno w zakładzie, jak i umowie ubezpieczenia strony dokonują osądu występowania niepewnych zdarzeń (wypadków ubezpieczeniowych), takich jak pożar domu czy wygrana konia w wyścigu. Obie umowy zaliczyć można do umów losowych. Obie czynności prawne odróżnia ubezpieczalny interes. Różnica sprowadza się do faktu, że ryzyko utraty domu przez właściciela istnieje niezależnie od umowy, podczas gdy ryzyko wyniku wyścigów jest kreowane przez umowę. Jeżeli ryzyko jest kreowane przez postanowienia umowy zakładu, bez niej strona umowy nie odczuje żadnej straty. Natomiast w umowie ubezpieczenia ryzyko istnieje bez względu na to, czy została zawarta umowa.

⁹ Powołana do życia rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, ze zm.).

¹⁰ Zgodnie z art. 2 b) dyrektywy 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. dotyczącej sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość oraz zmieniającej dyrektywę Rady 90/619/EWG oraz dyrektywy 97/7/WE i 98/27/WE (Dz. Urz. WE L 271/16 z 9.10.2002 r.).

2.8. Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU JAKO POCZĄTEK BIEGU TERMINU DO WYPŁATY.

Zgodnie z art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku¹¹. Zawiadomienie o wypadku odróżnić należy od zawiadomienia o szkodzie rozumianej jako następstwo wypadku. Dla efektywnego biegu terminu do wypłaty świadczenia nie jest konieczne zawiadomienie ubezpieczyciela o fakcie wystąpienia szkody ani tym bardziej o jej rozmiarach. W konsekwencji, jeżeli ubezpieczycielowi zostanie zgłoszony wypadek ubezpieczeniowy, to na nim będzie spoczywać – w ramach postępowania likwidacyjnego – obowiązek ustalenia faktu zaistnienia szkody i wyliczenia jej wysokości. Gdyby co do zasady ubezpieczyciel zaniechał czynności, które do takich ustaleń miałyby doprowadzić, to naruszałby ciążący na nim obowiązek wynikający z art. 29 u.d.u.r. powiadomienia uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, czy uznaje on swą odpowiedzialność. Jeżeli przyjmuje częściowo na siebie skutki ekonomiczne wypadku ubezpieczeniowego, to jest zobligowany do poinformowania do jakiej wysokości zaspokaja kierowane do niego żądania. Bez ustalenia wysokości szkody nie będzie to możliwe, za wyjątkiem sytuacji, gdy w toku postępowania ubezpieczyciel dojdzie do przekonania, że nie ponosi odpowiedzialności za żadne skutki zgłoszonego wypadku, wówczas wymuszanie na ubezpieczycielu wyliczenia szkody powodowałoby niepotrzebne przedłużenie postępowania, jak również byłoby nieuzasadnione ekonomicznie.

TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA BEZSPORNEGO. Trzydziestodniowy termin do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w praktyce dotyczy bezspornej części świadczenia, czyli takiej, co do której ubezpieczyciel zgadza się z treścią roszczenia uprawnionego (ubezpieczonego, uposażonego lub poszkodowanego). Wynika to z treści art. 817 § 2 k.c. (ostatnie zdanie).

¹¹ Wyrok SA w Krakowie z dnia 20 stycznia 2016 r., I A Ca 1474/15, LEX nr 2005565.

OKOLICZNOŚCI KONIECZNE DO USTALENIA OKOLICZNOŚCI WYPADKU JAKO PRZESŁANKA WYDŁUŻENIA TERMINU. Ustawodawca przesądził, że gdyby wyjaśnienie w terminie 30 dni okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe (art. 817 § 2 k.c.). Ubezpieczyciel zobowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności oraz do zbadania okoliczności dotyczących wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty, w szczególności nie może oczekiwać na wynik postępowania (np. postępowania karnego), w którym badane są okoliczności wypadku.

ODSETKI ZA OPÓŹNIENIE. W razie opóźnienia przez zakład ubezpieczeń wypłaty świadczeń uprawniony do świadczenia będzie mógł dochodzić – obok kwoty głównej świadczenia ubezpieczyciela – również odsetek ustawowych za opóźnienie na podstawie art. 481 k.c. Odsetki naliczane będą od daty, w której – zgodnie z uwagami poprzedzającymi – ubezpieczyciel najpóźniej zobowiązany był wypłacić swoje świadczenie, aż po datę rzeczywistej zapłaty na rzecz uprawnionego.

2.9. Wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia – sposoby i konsekwencje prawne

UPŁYW OKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. Umowy ubezpieczenia co do zasady zawierane są na czas oznaczony (wyjątek kontrowersyjny w doktrynie stanowią ubezpieczenia na życie). Upływ okresu ochrony ubezpieczeniowej stanowi naturalną przyczynę zakończenia bytu stosunku ubezpieczenia.

UNICESTWIENIE PRZEDMIOTU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. Unicestwienie przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej prowadzi do wygaśnięcia interesu ubezpieczeniowego. Ubezpieczenie staje się bezprzedmiotowe, co stanowi przyczynę wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia, o ile unicestwienie przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej nie stanowi jed-

nocześnie wypadku ubezpieczeniowego (np. katastrofa budowlana w ubezpieczeniu budynku czy śmierć w ubezpieczeniu na życie). Wówczas do wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia dojdzie po spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego.

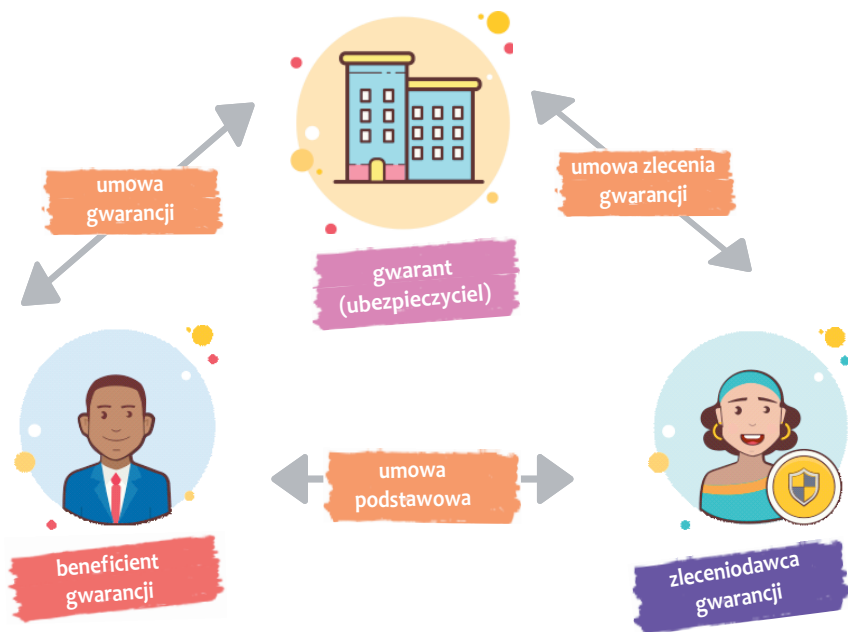
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA. Umowy ubezpieczenia jako umowy zawierane na czas oznaczony powinny charakteryzować się kształtowaniem trwałej, okresowej więzi pomiędzy stronami. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia traktować należy jako wyjątek. Ta cecha charakteryzująca umowy zawierane na czas oznaczony nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do ubezpieczenia z uwagi na specyfikę działalności ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel szacuje przejmowane ryzyko, odnosząc je do czasu udzielanej ochrony. Zgodnie z zasadą swobody umów strony umowy mogą rozwiązać umowę za porozumieniem stron. Ustawodawca przewiduje możliwość jednostronnego zerwania więzi prawnej przez ubezpieczyciela jedynie z ważnych powodów określonych w OWU lub umowie ubezpieczenia (np. gdy zawarta jest w drodze negocjacji) (art. 812 § 4 k.c.) lub gdy taka możliwość wynika wyraźnie z treści ustawy (art. 816 k.c.). Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia bez uzasadnienia w terminie 30 dni (o ile nie jest przedsiębiorcą) lub 7 dni (jeśli jest przedsiębiorcą) od dnia zawarcia umowy. To rozwiązanie ma chronić ubezpieczającego jako słabszą stronę stosunku ubezpieczenia przed tzw. chybioną ochroną ubezpieczeniową (*miseling*) (art. 812 § 1 k.c.). W przypadku ubezpieczeń osobowych ustawodawca gwarantuje ubezpieczającemu możliwość wypowiedzenia umowy również po tym terminie (art. 830 k.c.).

2.10. Gwarancja ubezpieczeniowa

GWARANCJA UBEZPIECZENIOWA JAKO CZYNNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA. Ubezpieczyciele mogą świadczyć ochronę ubezpieczeniową, udzielając gwarancji ubezpieczeniowej, którą należy wyraźnie odróżnić od umowy ubezpieczenia. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekura-

cji z dnia 11 września 2015 r. traktuje umowę gwarancji ubezpieczeniowej jako rodzaj czynności ubezpieczeniowej (art. 4 ust. 7 pkt 1).

CECHY I TREŚĆ GWARANCJI. Treścią gwarancji ubezpieczeniowej jest obowiązek wypłaty przez gwaranta (zakład ubezpieczeń) na rzecz beneficjenta gwarancji określonego świadczenia pieniężnego na wypadek zajścia wymienionego w gwarancji zdarzenia losowego. Cechą charakterystyczną gwarancji jest przejęcie ryzyka transakcji, które ponosi beneficjent. W praktyce gwarancja ubezpieczeniowa udzielana jest zazwyczaj na zlecenie dłużnika (zleceniodawcy gwarancji) w celu wzmocnienia relacji łączącej go z wierzycielem (beneficjentem gwarancji) (rys. 5). W odróżnieniu od umowy ubezpieczenia umowa gwarancji jest umową nienazwaną, która nie została uregulowana w przepisach prawa. Trójstronny stosunek gwarancji wynika z trzech czynności prawnych, kształtujących relację gwarantowania: umowę pomiędzy dłużnikiem – zleceniodawcą gwarancji i wierzycielem – beneficjentem gwarancji,



Rysunek 5. Gwarancja ubezpieczeniowa

umowę łączącą dłużnika i gwaranta (umowa o udzielenie gwarancji, zlecenie wystawienia gwarancji) oraz umowę gwarancji między wierzycielem (beneficjentem) a gwarantem – zakładem ubezpieczeń.

Źródła prawa

Dyrektywa 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. dotycząca sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość oraz zmieniająca dyrektywę Rady 90/619/EWG oraz dyrektywy 97/7/WE i 98/27/WE (Dz. Urz. WE L 271/16 z 9.10.2002 r.)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, ze zm.)

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1145, ze zm.)

Ustawa z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2175)

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 473)

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1843)

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 381, ze zm.)

Orzecnictwo

Wyrok SA w Krakowie z dnia 20 stycznia 2016 r., I A Ca 1474/15, LEX nr 2005565

Wyrok SO w Warszawie z dnia 13 czerwca 2017 r., XXVI GC 291/13, niepubl.

Wyrok SO we Wrocławiu z dnia 6 grudnia 2018 r., I C 1131/18, niepubl.

Literatura

Birds J., *Birds' Modern Insurance Law*, London 2010, 8th ed.

Brodecki Z., *Prawo ubezpieczeń morskich*, Sopot 1999.

Brodecki Z., *Kultura morska versus kultura „alpejska” (refleksja z prawa prywatnego)*, w: *Polskie prawo prywatne w dobie przemian. Księga jubileuszowa dedykowana profesorowi Jerzemu Młynarczykowi*, Gdańsk 2005.

- Brodecki Z., *Prawo integracji – Konstytucja dla Europy*, Warszawa 2011, wyd. 4.
- Brodecki Z., Fuchs D., Glicz M., Janyga B., Kęszycka B., Malinowska K., Nawracała J., Serwach M., Sodolska E., Sukiennik P., Wieczorek E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. 2: *Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, Warszawa 2010, wyd. 2.
- Byczko S., *Interes ubezpieczeniowy a obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72.
- Byczko S., *Interes ubezpieczeniowy. Aspekty prawne*, Warszawa 2013.
- Byczko S., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Warszawa 2013.
- Fuchs B., *Odmowa wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela z uwagi na naprawienie szkody przez inny podmiot*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72.
- Fuchs D., *Wybrane cechy umowy ubezpieczenia majątkowego*, „Prawo Asekuracyjne” 1999, nr 4.
- Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 5: *Zobowiązania. Część szczegółowa*, red. J. Gudowski, Warszawa 2017, wyd. 2.
- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń 2006, wyd. 3 zaktualizowane i rosz.
- Kowalewski E., *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Toruń 2002.
- Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, cz. 2, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz–Toruń.
- Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia: art. 805–834 kc. Komentarz*, Warszawa 2004.
- Kucharski B., *Świadczenie ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia mienia*, Warszawa 2019.
- Łopuski J., w: *Prawo morskie*, t. 1, cz. 1, red. J. Łopuski, Bydgoszcz 1996.
- Maśniak D., *Aspekty prawne dywersyfikacji ryzyka zanieczyszczenia środowiska pomiędzy sprawcą, państwo i ubezpieczycieli*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2017, t. 38.
- Maśniak D., *Rola pomocy publicznej w rozwoju majątkowych ubezpieczeń rolnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2008, nr 1.

- Maśniak D., *Ubezpieczenia jako instrument zarządzania katastrofami spowodowanymi przez człowieka – perspektywa unijna*, „Prawo Asekuracyjne” 2014, nr 3.
- Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, w: *Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Panowicz-Lipska, Warszawa 2011, wyd. 2, seria System Prawa Prywatnego, t. 8.
- Szczepańska-Bębenek M., *Charakter prawny ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 5–6.
- Szczerbowski J., w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Załucki, Warszawa 2019.
- Szpunar A., *Zabezpieczenia osobiste wiarytelności*, Sopot 1987.

Rozdział 3

Zasady umowy ubezpieczenia

3.1. Zasada najwyższego zaufania i wynikające z niej powinności

ZASADA NAJWYŻSZEGO ZAUFAANIA. Umowa ubezpieczenia określana jest jako kontrakt najwyższego zaufania (*contractus uberrimae fides*). Nakłada ona na strony obowiązek szczególnej lojalności i zaufania w wykonywaniu zawartej umowy. Dokonując oceny ryzyka, niezbędnego dla podjęcia decyzji co do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej i kalkulacji składki, ubezpieczyciel opiera się przede wszystkim na informacjach udzielonych przez ubezpieczającego. Idea dobrej wiary, leżąca u podstaw tej zasady, realizuje się w obowiązku działania obu stron umowy w dobrej wierze w stosunku do siebie podczas czynności zmierzających do zawarcia umowy. Objawia się to głównie przez zakaz podawania informacji nieprawdziwych, tzw. *misrepresentation*¹.

POWINNOŚĆ DEKLARACJI RYZYKA. Wyrazem realizacji tej zasady są nakładane na ubezpieczającego powinności, wynikające z norm prawnych. Prawodawca nałożył na niego obowiązek deklaracji ryzyka, który polega na podaniu do wiadomości ubezpieczyciela wszystkich znanych ubezpieczającemu okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku ubezpieczeniowego albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach (zgodnie z art. 815 § 1 k.c.).

POWINNOŚĆ NOTYFIKACJI RYZYKA. Prawodawca dopuszcza również nałożenie na ubezpieczającego w drodze umowy obowiązku notyfika-

¹ K. Malinowska, *Umowa ubezpieczenia w Europie bez granic*, Bydgoszcz–Toruń 2008, s. 159 i n.

cji, polegającego na informowaniu o zmianach okoliczności, o które wcześniej ubezpieczyciel zapytywał. Taki obowiązek może być nałożony na wszystkich ubezpieczających z wyjątkiem ubezpieczającego jako strony umowy na życie (815 § 2 k.c.).

Konsekwencje nadużycia zaufania ubezpieczyciela mogą być szczególnie dotkliwe – w postaci zwolnienia ubezpieczyciela z odpowiedzialności w przypadku wykazania, że niedochowanie przez ubezpieczającego powinności spowodowało powstanie wypadku ubezpieczeniowego (art. 815 § 3 k.c.).

POWINNOŚĆ ZAWIADOMIENIA O WYPADKU. Wyrazem zaufania pomiędzy stronami jest współpraca w zakresie ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego konieczna dla podjęcia przez ubezpieczyciela kroków koniecznych do spełnienia świadczenia pieniężnego. Ustawodawca wskazuje, że ubezpieczyciel ma możliwość zobligowania ubezpieczającego do zawiadomienia w określonym terminie o wypadku ubezpieczeniowym (art. 818 § 1 k.c.). Taką możliwość daje również zasada swobody umów, dlatego znaczenie kodeksowego art. 818 k.c. postrzegać należy raczej jako ograniczenie swobody ubezpieczyciela w ustalaniu sankcji niedochowania wprowadzonego w OWU obowiązku. W myśl art. 818 § 3 k.c. ubezpieczyciel może zmniejszyć wysokość świadczenia ubezpieczeniowego jedynie, „jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku”, oraz ubezpieczającemu, który nie zawiadomił o wypadku w wyznaczonym terminie, wówczas można mu zarzucić winę umyślną lub rażące niedbalstwo.

POWINNOŚĆ RATOWANIA. Poczucie zabezpieczenia wynikające z powstania ochrony ubezpieczeniowej ma wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa szkody. Prowadzi do lekkomyślności przed i po zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Wzrasta obojętność ubezpieczającego w obliczu świadomości, że skutki majątkowe wypadku dotkną ubezpieczyciela, a nie jego². Stąd konieczność mobilizacji ubezpieczającego do zwiększenia dbałości o swoje interesy majątkowe poprzez nałożenie na niego powinności. Zgodnie z treścią art. 826 k.c. jest on zobowiązany w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego „użyćostęp-

² Por. S. Byczko, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Warszawa 2013, s. 141.

nych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów”. Niedochowanie powinności minimalizacji ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub minimalizacji rozmiarów przez ubezpieczającego, który działał umyślnie lub rażąco niedbale, daje ubezpieczycielowi możliwość zwolnienia się z odpowiedzialności za szkody spowodowane niedochowaniem ww. powinności (art. 826 § 3 k.c.). Powinność ratowania spoczywa również na ubezpieczycielu. „Zapobieganie powstawaniu albo zmniejszenie skutków zdarzeń losowych” stanowi czynność ubezpieczeniową (art. 4 ust. 9 pkt 4) u.d.u.r.).

POWINNOŚĆ DORĘCZENIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA.

Choć nie wynika to wprost z przepisów i nie jest podkreślane w doktrynie, zasada najwyższego zaufania dotyczy obu stron kontraktu. Ubezpieczyciel zobowiązany do świadczenia ochrony daje gwarancję, że spełni ciężące na nim świadczenia, kierując się zasadami uczciwej praktyki³. Za wyraz tej zasady uznać można obowiązek doręczenia OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia (art. 384 k.c.), który należy rozumieć jako obowiązek umożliwienia zapoznania się z warunkami przejęcia ryzyka przez ubezpieczyciela.

3.2. Zasada zakazu wzbogacenia się i sposoby jej ograniczenia

ZASADA ZAKAZU WZBOGACENIA SIĘ/ZASADA ODSZKODOWANIA – TREŚĆ.

Odszkodowanie należne od ubezpieczyciela nie może przewyższać wysokości szkody poniesionej przez ubezpieczającego. Zasada odszkodowania, utożsamiana często z zasadą zakazu wzbogacania się, uważana jest za jedną z podstawowych zasad prawa ubezpieczeniowego. Determinuje ona treść pojęciową, zakres i poziom odszkodowania ubezpieczeniowego. Wyrażona w treści art. 824¹ § 1 k.c. stanowi uzasadnienie wielu przepisów prawnych i postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia odnoszących się do nadubezpieczenia czy podwójnego ubezpieczenia (np. art. 824¹ § 2 k.c.). Nadubezpieczenie (występujące w sytuacji,

³ Por. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Toruń 2002, s. 42.

kiedy suma ubezpieczenia wyższa jest od wartości ubezpieczeniowej) nie przynosi ubezpieczonemu żadnych korzyści i nie może on żądać odszkodowania przenoszącego wysokość szkody⁴. Podwójne ubezpieczenie dotyczy sytuacji, w której ten sam przedmiot objęty jest ochroną od tych samych ryzyk przez więcej niż jeden zakład ubezpieczeń.

Zasada odszkodowania dotyczy jedynie ubezpieczeń majątkowych, które zapewniają odszkodowania, nazywane są w literaturze oraz Zasadach Europejskiej Umowy Ubezpieczenia (Principles of European Insurance Contract Law – PEICL) ubezpieczeniami od szkód. Wyrażona została ona w sposób *expressis verbis* we wszystkich niemal systemach prawnych, a przepisy ją wyrażające mają na celu udaremnienie ubezpieczonemu wzbogacenia się ponad konieczną kompensację zdarzeń losowych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony/uprawniony do odszkodowania nie powinien otrzymać więcej, niż wynosi szkoda objęta umową ubezpieczenia. Zasada ta dotyczy również drugiej strony stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie powinien świadczyć mniej niż to, co wynika z treści umowy ubezpieczenia, i mniej niż to, co wynika z kalkulacji składek do wysokości ryzyka.

OGRANICZENIE STOSOWANIA ZASADY ODSZKODOWANIA. Zastosowanie zasady odszkodowania może ulec ograniczeniu poprzez ustalenie przez strony umowy wartości przedmiotu ubezpieczenia, które spowodują, że świadczenie to będzie przewyższać odszkodowanie należne według zasad ogólnych⁵. Jest to dopuszczalne w ubezpieczeniach mienia, gdzie można ustalić wartość przedmiotu ubezpieczenia, która stanowi podstawowy czynnik przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. Wysokość odszkodowania nie może być ustalona dowolnie⁶. Jego granicą jest wartość interesu majątkowego będącego przedmiotem ubez-

⁴ Zob. np. W. Dubis, [komentarz do art. 824¹ k.c.], w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2019, Legalis.

⁵ Tak: A. Raczyński, *Zasada akcesoryjności actio directa w świetle nowelizacji przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2008, nr 4, s. 97.

⁶ Zob. M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, w: *Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Panowicz-Lipska, Warszawa 2011, wyd. 2, seria System Prawa Prywatnego, t. 8, s. 858; M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia: art. 805–834 kc. Komentarz*, Warszawa 2004, art. 824¹ k.c.; H. Ciepla, [komentarz do art. 824¹, pkt 2], w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 5: *Zobowiązania. Część szczegółowa [art. 720–921]*, red. J. Gudowski, Warszawa 2017, wyd. 2; J. Szczerbowski, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Załucki, Warszawa 2019, s. 1693.

pieczenia⁷. W takim ujęciu art. 824¹ § 1 k.c. interpretować należy jako zezwolenie na obejmowanie ochroną ubezpieczeniową różnie określanych interesów ubezpieczeniowych przez wskazywanie różnych następstw szkodowych określonych zdarzeń⁸. Do przekroczenia przez odszkodowanie wysokości szkody może dojść, gdy strony ustaliły przedmiot ubezpieczenia według wartości otaksowanej lub według wartości odtworzeniowej.

WARTOŚĆ OTAKSOWANA. Tak zwane ubezpieczenie w wartości otaksowanej wyraża się w tym, że dla ustalenia wysokości odszkodowania miarodajna jest ustalona przez strony umowy wartość, a nie wartość przedmiotu ubezpieczenia bezpośrednio przed wyrządzeniem szkody. Nie ma natomiast znaczenia, czy rzeczywista wartość ubezpieczonego przedmiotu była wyższa, czy też niższa od wartości otaksowanej⁹. Taki sposób ustalania odszkodowania przyjmuje art. 301 ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2175).

WARTOŚĆ ODTWORZENIOWA/WARTOŚĆ NOWA. Ubezpieczenie w wartości nowej lub odtworzeniowej polega na tym, że w razie zniszczenia ubezpieczonej rzeczy (np. budynku lub pojazdu) ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie umożliwiające jej odtworzenie¹⁰. Ubezpieczyciel pokryje koszty konieczne do odtworzenia rzeczy¹¹. Nowy budynek czy pojazd ma z reguły wyższą wartość niż budynek lub pojazd utracony, który w chwili wypadku ubezpieczeniowego zawsze w jakimś stopniu jest już zamortyzowany. Koszty takiej odbudowy są oczywiście wyższe od wartości ubezpieczonego mienia. Podobnie jak wartość nowego budynku jest wyższa od wartości zużytego technicznie budynku. Wartość

⁷ Zob. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia...*, [art. 824¹, nb 3].

⁸ Zob. M. Orlicki, w: *Prawo zobowiązań...*, s. 858.

⁹ Zob. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia...*, [art. 824¹, nb 4]; M. Serwach, w: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. 2: *Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, red. Z. Brodecki, Warszawa 2010; B. Fuchs, *Odmowa wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela z uwagi na naprawienie szkody przez inny podmiot*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72, s. 108.

¹⁰ M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia...*, [art. 824¹, nb 5].

¹¹ Tak: np. S. Byczko, *Interes ubezpieczeniowy a obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72, s. 92; M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia...*, [art. 824¹, nb 5]; W. Dubis, [komentarz do art. 824¹ k.c., nb 1], w: *Kodeks cywilny. Komentarz...*; J.M. Kondek, [komentarz do art. 824¹ k.c., pkt 3], w: *Kodeks...*, Legalis; A. Raczynski, *Zasada akcesoryjności...*, s. 97.

odtworzeniowa odpowiada bowiem aktualnemu kosztowi nabycia (wytworzenia) przedmiotu o takich samych parametrach jak przedmiot ubezpieczony, bez uwzględniania stopnia faktycznego zużycia¹². W ten sposób na skutek spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela dochodzi obiektywnie do wzbogacenia się ubezpieczonego. Konieczność odbudowy zniszczonego budynku lub nabycia nowego pojazdu stanowi następstwo wypadku ubezpieczeniowego, a tym samym konieczność poniesienia kosztów z tym związanych stanowi szkodę połączoną związkiem przyczynowym z wypadkiem. Służy ona przywróceniu stanu poprzedniego w stosunku do stanu powstałego na skutek wypadku ubezpieczeniowego¹³.

FUNKCJA KOMPENSACYJNA UBEZPIECZEŃ. Zasada zakazu wzbogacenia się pozwoliła na wyodrębnienie umowy ubezpieczenia z umów typowo losowych – gra, zakład lub loteria i określenie społeczno-gospodarczej funkcji – kompensowanie szkód losowych. Zakaz wzbogacenia się jawi się jako czynnik rozstrzygający w zakresie możliwości otrzymania odszkodowania z różnych źródeł. Bez względu na ilość takich źródeł łączne odszkodowanie może wynieść najwyżej tyle, ile wynosi szkoda poniesiona przez poszkodowanego

Ubezpieczenie jest podstawową i zasadniczą metodą łagodzenia następstw niepomyślnych zdarzeń losowych godzących w dobra osobiste (życie i zdrowie człowieka) oraz w jego interesy majątkowe. Zasadniczym celem ubezpieczenia jest wypłata odszkodowań i innych świadczeń w razie nastąpienia zdarzeń losowych, uznanych za wypadki ubezpieczeniowe, finansowana ze scentralizowanych funduszy powstałych ze składek ubezpieczeniowych. Ów cel stanowi jego rację bytu. Dzięki zaspokojeniu określonych potrzeb wynikających ze zdarzeń losowych ubezpieczenie eliminuje, czyli inaczej „kompensuje”

¹² Ubezpieczenie w wartości odtworzeniowej dopuścił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 listopada 2012 r. (V CSK 573/11, niepubl.), stwierdzając, że wobec względnie obojętnego charakteru art. 824¹ § 1 k.c. strony stosunku ubezpieczenia mogą wyłączyć ustawowe ograniczenia wysokości odszkodowania i wprowadzić do umowy ubezpieczenia mienia warunki mające na celu pokrycie strat związanych z powstaniem przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego.

¹³ Zob. też S. Byczko, *Interes ubezpieczeniowy. Aspekty prawne*, Warszawa 2013, s. 166–168; Z. Gawlik, [komentarz do art. 824¹ k.c., pkt 3], w: *Kodeks...*; M. Orlicki, w: *Prawo zobowiązań...*, s. 858.

następstwa tych zdarzeń – godzących w życie lub zdrowie ubezpieczonych lub w ich interesy majątkowe.

Rozwój instytucji ubezpieczeń wynikał z potrzeby minimalizacji społecznych kosztów naprawienia szkód. Ubezpieczenie zdawało się ją zapewniać w sposób niemal doskonały poprzez rozproszenie kosztów indemnizacji w czasie i przestrzeni. Rola ubezpieczeń jest szczególnie istotna w przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe jest świadczeniem jedynym, jakie otrzymuje poszkodowany, co ma miejsce głównie w odniesieniu do szkód przypadkowych wyrządzonych przez czynniki mające charakter siły wyższej.

Funkcja kompensacyjna ubezpieczeń ma na celu realizację idei pełności ochrony ubezpieczeniowej. Odszkodowanie ma wyrównać każdą doznaną stratę albo osiągnąć poziom uważany za niezbędny. Nie osiągnie ono takich rozmiarów jak w ogólnym prawie odszkodowawczym, w którym odszkodowanie powinno zaspokajać całą szkodę poniesioną przez poszkodowanego. Odszkodowanie ubezpieczeniowe ograniczone przez specyficzne instytucje prawa ubezpieczeniowego (takie jak: udział własny, franszyza czy suma ubezpieczenia, zob. szerzej na temat zasady limityzacji ochrony ubezpieczeniowej) nigdy nie będzie spełniać idei pełności ochrony, która pozostanie raczej w sferze postulatów do urzeczywistnienia.

3.3. Zasada adhezyjności i zakres jej zastosowania

ZASADA ADHEZYJNOŚCI. Jak wspomniano wcześniej, z reguły umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie ofertowym. Na złożony przez ubezpieczającego wniosek ubezpieczeniowy (ofertę) ubezpieczyciel odpowiada, doręczając mu ogólne warunki ubezpieczenia. Stanowią one wzorce umowne wydawane na podstawie art. 384 k.c. opracowane przez ubezpieczyciela jako profesjonalistę dla określonego rodzaju ubezpieczeń. Wyjątkiem są ubezpieczenia powszechne, których warunki uregulowane są ustawowo, takie jak ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych czy ubezpieczenia OC rolników.

Potencjalny ubezpieczający zwykle nie negocjuje warunków umowy ubezpieczenia, ograniczając się do akceptacji ich treści, zaproponowanej przez ubezpieczyciela. Swoboda ubezpieczającego w kwestii ukształtowania umownego stosunku ubezpieczenia jest w takiej sytuacji ograniczona do minimum, gdyż może on jedynie zawrzeć umowę o narzuconej z góry treści albo zrezygnować z jej zawarcia. Wynika to z potrzeby standaryzacji treści umowy ubezpieczenia zawieranej głównie w obrocie masowym. Adhezyjność, sprowadzająca się do przystąpienia do umowy, stanowi warunek skutecznej, rentownej i racjonalnej działalności ubezpieczyciela.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA. Instrumentem realizacji zasady adhezyjności są ogólne warunki ubezpieczenia, które stanowią oświadczenie woli ubezpieczyciela i, jeśli zostaną zaakceptowane przez ubezpieczającego, kształtują skutecznie jego sytuację prawną, określając jego prawa i obowiązki¹⁴. Ogólne warunki ubezpieczenia nie mają charakteru normatywnego, ponieważ zgodnie z art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.) (dalej: Konstytucja RP) nie należą do źródeł powszechnie obowiązującego prawa. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego poświęconymi umowie ubezpieczenia (tytuł XXVII) są nieważne, chyba że same te przepisy przewidują wyjątki (art. 807 § 1 k.c.).

ZAKRES ZASTOSOWANIA. Zastosowanie zasady adhezyjności nie ma charakteru absolutnego. W przypadku, gdy prawa i obowiązki stron umowy zostały określone w sposób odbiegający od treści ogólnych warunków ubezpieczenia, umowa indywidualna (wynegocjowane klauzule odbiegające od treści OWU) ma priorytet przez wzorcem (art. 385 § 1 k.c.). Jak wspomniano powyżej, do zawarcia umowy ubezpieczenia w drodze rokowań dochodzi zazwyczaj w przypadku umów ubezpieczenia dużych ryzyk.

¹⁴ W doktrynie trwa spór co do sposobu inkorporacji postanowień wzorca. W zależności od przyjętej koncepcji odnoszącej się do źródła związania wzorcem można mówić o inkorporacji jego postanowień do treści stosunku prawnego lub wprost do treści umowy, zob. E. Łętowska, *Ochrona niektórych praw konsumentów. Komentarz*, Warszawa 2001, wyd. 3 zaktual. i uzup., s. 81–84.

Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, wiążą one ubezpieczającego, jeżeli zostały mu doręczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia (art. 384 § 1 k.c.). Wynika z tego, że niedoręczenie tekstu OWU skutkuje tym, że na ubezpieczającego nie są nałożone jakiejkolwiek powinności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia, a przewidziane w ich treści ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej nie mają zastosowania.

Jeśli umowa ubezpieczenia zawierana jest bez udziału konsumentów, dopuszczalne jest przyjęcie, że ogólne warunki ubezpieczenia wiążą ubezpieczającego również wtedy, gdy mógł się z łatwością dowiedzieć o ich treści (art. 384 § 2 k.c.), o ile posługiwanie się wzorcem było zawarte w stosunkach między ubezpieczycielem a ubezpieczającym (nie konsumentem, czyli przed wszystkim przedsiębiorcą). Oznacza to wyłączenie obowiązku doręczenia OWU przedsiębiorcom i pozostałym ubezpieczającym niemającym statusu konsumenta (np. stowarzyszeniom, fundacjom lub osobom fizycznym prowadzącym działalność gospodarczą) w sytuacji zawierania umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia na podstawie OWU obowiązujących w poprzednim okresie ubezpieczenia. Wówczas wystarczające jest udostępnienie OWU w lokalu ubezpieczyciela lub na jego stronie internetowej. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest z ubezpieczającym działającym jako konsument, OWU będą kształtować treść stosunku ubezpieczenia tylko w przypadku doręczenia ich osobiście lub w postaci elektronicznej.

OWU W POSTACI ELEKTRONICZNEJ. Coraz powszechniejsze staje się posługiwanie wzorcami umownymi w postaci elektronicznej. Ustawodawca dopuszcza taką możliwość (art. 384 § 4 k.c.). Nie zmieniając terminu doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia w takiej postaci, doprecyzowuje sposób doręczenia. Doręczenie zostanie uznane za skuteczne, jeżeli ubezpieczający będzie miał możliwość przechowywania wzorca i odtwarzania go w zwykłym toku czynności, czyli np. w poczcie elektronicznej. W razie sporu na ubezpieczyciela ciążyć będzie obowiązek udowodnienia faktu udostępnienia treści wzorca w powyższy sposób.

NIEZGODNOŚĆ WNIOSKU Z OWU. Za konsekwencję zastosowania zasady adhezyjności uznać można nałożenie na ubezpieczyciela obowiązku informacyjnego sprowadzającego się do przedstawienia ubez-

pieczającemu w formie pisemnej różnic pomiędzy OWU a treścią indywidualnej umowy ubezpieczenia (czyli przede wszystkim treści wniosku ubezpieczeniowego). Jeśli dochodzi do ustaleń, które w swej treści odbiegają od treści stosowanych dla danego rodzaju ubezpieczeń przez ubezpieczyciela wzorców umownych, w myśl art. 812 § 8 k.c. jest on zobowiązany zadbać, aby ubezpieczający wiedział, jakie postanowienia odbiegają od OWU oraz wyjaśnić, na czym ta różnica polega. W razie niewywiązania się z powyższego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnice niekorzystne dla ubezpieczającego. Za niekorzystne dla ubezpieczającego należy uznać takie różnice, które rozszerzają zakres jego obowiązków lub zawężają zakres jego uprawnień. Omawiany obowiązek nie ma zastosowania w razie zawierania umowy w drodze negocjacji, stanowiącej odstępstwo od stosowania zasady adhezyjności.

3.4. Zasada dobrowolności ubezpieczeń

ZASADA SWOBODY UMÓW. Stosunek ubezpieczeniowy jest stosunkiem cywilnoprawnym, czyli opartym na zasadzie swobody umów art. 353¹ k.c.: „Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego”.

PRZYMUS UBEZPIECZENIOWY JAKO OGRANICZENIE ZASADY DOBROWOLNOŚCI UBEZPIECZEŃ. Istnienie ubezpieczeń obowiązkowych stanowi formę ograniczenia zasady dobrowolności ubezpieczeń. Kierując się ochroną dobra społecznego (np. ochroną ofiar wypadków drogowych lub ofiar powodzi) lub ochroną grupy pomiotów, których szkody mogą nie zostać zrekompensowane z uwagi na brak możliwości finansowych sprawcy szkody (np. klientów radcy prawnego lub lekarza), ustawodawca narzuca obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych ubezpieczeniami obowiązkowymi mogą być jedynie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczenia mienia (art. 3 u.u.o.).

Ubezpieczenia uznawane są za ubezpieczenia stricte obowiązkowe podlegające szczególnym rygorom wynikającym z tej ustawy, takim jak bardziej rygorystyczny termin wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych. Ograniczenie swobody w nawiązywaniu stosunku ubezpieczenia dotyczy zarówno potencjalnego ubezpieczającego, jak i ubezpieczyciela, który nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego (art. 5 ust. 2 u.u.o). Dominującym rodzajem ubezpieczeń obowiązkowych są ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z uwagi na ich szczególnie charakter. Są to ubezpieczenia, których przedmiotem jest interes ubezpieczonego w ochronie jego majątku przed uszczupleniem na skutek kompensacji szkód, których naprawa stanowi obowiązek ciążyący na ubezpieczonym. Są to ubezpieczenia prowadzące do współistnienia odpowiedzialności sprawczej (ubezpieczonego) i gwarancyjnej (ubezpieczyciela), dające poszkodowanemu możliwość dochodzenia roszczeń zarówno od sprawcy (ubezpieczonego), jak i ubezpieczyciela. Tym samym ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej chronią nie tylko interes majątkowy ubezpieczonego sprawcy, ale również poszkodowanego (np. ofiarę wypadku drogowego czy pacjenta), stwarzając mu dodatkowe, najczęściej pewniejsze, źródło finansowania doznanych szkód. To właśnie interes poszkodowanego stanowi przyczynę ograniczania swobody umów poprzez narzucanie obowiązku skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej.

Zauważalna jest jednak również tendencja do wprowadzania obowiązkowych ubezpieczeń mienia celem bardziej efektywnego pozyskania źródła finansowania szkód, które w innym razie rekompensowane byłyby ze środków publicznych, obowiązkowe od początku istnienia rynku ubezpieczeniowego w RP (ubezpieczenie budynków rolniczych oraz stanowiące wyraz implementacji prawa unijnego ubezpieczenie upraw rolnych).

INNE FORMY PRZYMUSU UBEZPIECZENIOWEGO. Przymus ubezpieczeniowy może przybierać również inne formy niż ubezpieczenia obowiązkowe. Ochrona ubezpieczeniowa może stanowić warunek podjęcia określonej działalności lub wydania zezwolenia przez organy administracji publicznej (np. możliwość wymagania przez organy ochrony środowiska zabezpieczenia finansowego sfinansowania kosztów usuwania

zanieczyszczeń). Z uwagi na zawężenie przez ustawodawcę katalogu ubezpieczeń obowiązkowych do ubezpieczeń mienia i OC (art. 3 u.u.o.) ubezpieczenia osobowe, co do których ustawodawca narzuca obowiązek ochrony ubezpieczeniowej, nazywane są ubezpieczeniami przymusowymi (np. ubezpieczenie NNW sportowców).

3.5. Zasada limityzacji odpowiedzialności ubezpieczyciela

LIMITYZACJA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA – ISTOTA. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres determinowane są rodzajem ryzyka przejmowanego przez ubezpieczyciela. Ryzyko ze swej istoty jest szacowane za pomocą narzędzi aktuarialnych, co stanowi podwaliny gwarancji bezpieczeństwa finansowego po stronie ubezpieczyciela. Rodzi jednak jednocześnie konieczność limityzacji ochrony ubezpieczeniowej, co odróżnia odpowiedzialność gwarancyjną od odpowiedzialności sprawczej. Sprawca w odróżnieniu od ubezpieczyciela odpowiada za pełną szkodę (zob. szerzej na temat zasady zakazu wzbogacenia się). Charakteryzuje ona wszystkie ubezpieczenia (zarówno majątkowe, jak i osobowe), nie tylko ubezpieczenia o charakterze odszkodowawczym.

SUMA UBEZPIECZENIA. Suma ubezpieczenia jest najbardziej charakterystycznym sposobem limityzacji ochrony ubezpieczeniowej. Odnosi się do wszystkich ubezpieczeń: majątkowych i osobowych. Jest to kwota pieniężna stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, czyli górną granicę wysokości świadczenia ubezpieczyciela w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. W ubezpieczeniach osobowych strony umowy ubezpieczenia (często ubezpieczyciele narzucają treść OWU) ustalają w sposób dowolny sumę ubezpieczenia, mając na uwadze, że jej wysokość wpływa na wysokość składki ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia odzwierciedla bowiem zakres ryzyka przejmowanego przez ubezpieczyciela. W ubezpieczeniach na życie wypłacane w przypadku śmierci ubezpieczonego świadczenie odpowiada wysokości sumy ubezpieczenia. W ubezpieczeniach mienia suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości ubezpieczanego mienia (art. 824 k.c.).

Z uwagi na brak możliwości przewidzenia wysokości szkody, za którą potencjalnie odpowiadać może ubezpieczony w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, w tego rodzaju ubezpieczeniach suma ustalana jest umownie i nosi nazwę sumy gwarancyjnej.

SUMA UBEZPIECZENIA NA JEDNO ZDARZENIE. Suma ubezpieczenia wyznacza granicę pojedynczego świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela dotyczącego każdego z wypadków ubezpieczeniowych, które mogą zajść w czasie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli OWU lub strony w toku negocjacji nie doprecyzowały, czy ustalona kwota stanowi limit wyczerpujący się poprzez wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, przyjąć należy, że ubezpieczyciel odpowiada do pełnej wysokości sumy ubezpieczenia za szkodę/szkody wywołane każdym z wypadków ubezpieczeniowych.

SUMA UBEZPIECZENIA DO WYCZERPANIA. Jest to kwota limitująca sumę wszystkich wypłat ubezpieczeniowych świadczeń pieniężnych. Każda dokonana przez ubezpieczyciela wypłata powoduje zmniejszenie limitu.

FRANSZYZA INTEGRALNA. Jest to możliwa do przewidzenia w ogólnych warunkach ubezpieczenia klauzula eliminująca wypłatę świadczeń pieniężnych o niewielkiej wysokości. Jej celem jest uniknięcie drobnych postępowań likwidacyjnych, których przeprowadzenie byłoby kosztowniejsze niż wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody, których wysokość jest niższa od ustalonej franszyzy. Szkody przekraczające wysokość franszyzy integralnej rekompensowane są w pełnej wysokości.

FRANSZYZA REDUKCYJNA I UDZIAŁ WŁASNY. Franszyza redukcyjna polega na obniżeniu każdego wypłacanego świadczenia odszkodowawczego o z góry ustaloną kwotę lub określony procentowo ułamek – bez względu na wysokość tego świadczenia. Klauzula udziału własnego prowadzi do takiego samego skutku jak franszyza redukcyjna, czyli naprawy szkody zarówno przez ubezpieczonego, jak i ubezpieczyciela. Jednakże udział własny odnosi się do podziału ryzyka, czyli prowadzi do pozostawienia części ryzyka po stronie ubezpieczonego. Konsekwencją ustalenia udziału własnego jest ustalenie składki ubezpieczeniowej w niższej wysokości – odpowiednio do przejmowanego ryzyka.

Zarówno ubezpieczyciele, jak i Rzecznik Finansowy¹⁵ utożsamiają ze sobą oba instrumenty ograniczania ochrony ubezpieczeniowej. Oba mają charakter prewencyjny, mobilizując ubezpieczonego do zapobiegania powstaniu wypadku ubezpieczeniowego.

3.6. Zasada akcesoryjności w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej

ZASADA AKCESORYJNOŚCI ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko wtedy i maksymalnie w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony. Brak odpowiedzialności ubezpieczonego sprawcy szkody oznacza, że ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do jej naprawienia. Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela nie może być w żadnym wypadku szerszy od zakresu odpowiedzialności ubezpieczonego. Natomiast zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela jest co do zasady węższy od zakresu odpowiedzialności sprawcy, z uwagi na obowiązywanie zasady limitacji ochrony ubezpieczeniowej oraz ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel co do zasady nie odpowiada za szkody spowodowane przez ubezpieczonego działającego umyślnie, choć wyjątkowo ustawodawca dopuszcza taką możliwość (art. 827 k.c.). Taka sytuacja ma miejsce w ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie zasada akcesoryjności ma zastosowanie w najszerszym zakresie. Ustawodawca enumeratywnie wylicza tylko cztery okoliczności wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela, różniując tym samym zakres odpowiedzialności gwarancyjnej i sprawczej (art. 38 u.u.o.).

¹⁵ C. Orłowski, *Co to jest franszyza, co to znaczy udział własny?*, https://rf.gov.pl/czesto-zadawane-pytania/ubezpieczenia-malych-i-srednich-przedsiębiorstw/Co_to_jest_franszyza_co_to_znaczy_udzial_wlasny__20332 [dostęp: 1.04.2020].

3.7. Europejskie Zasady Prawa Umowy Ubezpieczenia (Principles of European Insurance Contract Law – PEICL)

WZÓR EUROPEJSKIEJ UMOWY UBEZPIECZENIA. Zasady europejskiego prawa umowy ubezpieczenia (PEICL) stanowią efekt prac kilkunastu ekspertów z zakresu prawa ubezpieczeniowego z całej Europy. Można je uznać za „zasady konstrukcyjne”, które konkretyzują idee wyrażone w formule maksym. Wykorzystując tradycję systemów prawnych obowiązujących w państwach członkowskich, opracowali oni zestaw zasad, których treść obejmuje definicje, wyjaśnienia zakresu obowiązkowego charakteru reguł zawierania umów (w tym obowiązków informacyjnych, okresu ubezpieczenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela za swoich agentów, obowiązków ubezpieczającego, zapłaty składki i podjęcia środków zapobiegawczych), szczególne zasady odnoszące się do ubezpieczeń szkód i ubezpieczeń na ustaloną sumę ubezpieczenia. Wykorzystując rozwiązania przyjęte w systemach prawnych państw członkowskich twórcy PEICL stworzyli ramy, w których strony stosunku ubezpieczenia mogłyby kształtować swoje relacje. Aktualnie owe zasady nie mają charakteru wiążącego, mogą stanowić wzorzec dla prawodawców państw członkowskich, inspirację w rozwoju prawa ubezpieczeniowego oraz tzw. model opcjonalny, na którego stosowanie do umowy zdecydować się mogą strony umowy ubezpieczenia¹⁶.

Źródła prawa

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.)

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1145, ze zm.)

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 473)

¹⁶ Więcej zob. D. Maśniak, Z. Brodecki, *Principles of European Insurance Contract Law jak element zintegrowanego systemu prawnego*, w: *Współczesne problemy prawa zobowiązań*, red. A. Olejniczak, J. Haberko, A. Pyrzyńska, D. Sokołowska, Warszawa 2015.

Orzecznictwo

Wyrok SN z dnia 29 listopada 2012 r., V CSK 573/11, niepubl.

Literatura

Birds J., *Birds' Modern Insurance Law*, London 2010, 8th ed.

Brodecka-Chamera A. i in., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. 2: *Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, Warszawa 2010, wyd. 2.

Byczko S., *Interes ubezpieczeniowy a obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72.

Byczko S., *Interes ubezpieczeniowy. Aspekty prawne*, Warszawa 2013.

Byczko S., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Warszawa 2013.

Dubis W., [komentarz do art. 824¹ k.c.], w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2019, Legalis.

Fuchs B., *Odmowa wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela z uwagi na naprawienie szkody przez inny podmiot*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 2013, nr 72.

Kodeks cywilny. Komentarz, t. 5: *Zobowiązania. Część szczegółowa*, red. J. Gudowski, Warszawa 2017, wyd. 2.

Kodeks cywilny. Komentarz, red. M. Załucki, Warszawa 2019.

Kowalewski E., *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Toruń 2002.

Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, cz. 2, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz–Toruń 1994.

Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia. Komentarz*, Warszawa 2004.

Kucharski B., *Świadczenie ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia mienia*, Warszawa 2019.

Łętowska E., *Ochrona niektórych praw konsumentów. Komentarz*, Warszawa 2001, wyd. 3 zaktual. i uzup.

Malinowska K., *Umowa ubezpieczenia w Europie bez granic*, Bydgoszcz–Toruń, 2008.

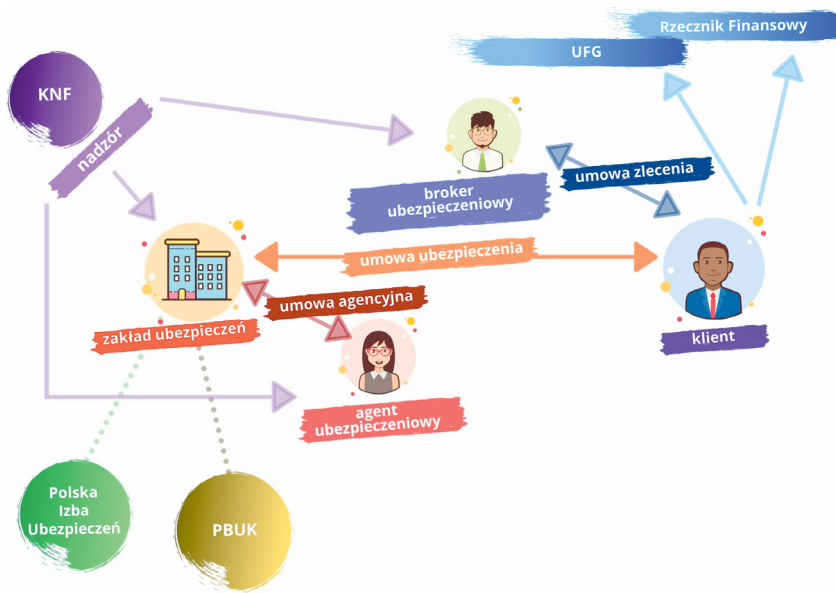
Maśniak D., Brodecki Z., *Principles of European Insurance Contract Law jako element zintegrowanego systemu prawnego*, w: *Współczesne pro-*

- blemy prawa zobowiązań*, red. A. Olejniczak, J. Haberkowicz, A. Pyrzyńska, D. Sokołowska, Warszawa 2015.
- Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, w: *Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Panowicz-Lipska, Warszawa 2011, wyd. 2, seria System Prawa Prywatnego, t. 8.
- Orłowski C., *Co to jest franszyza, co to znaczy udział własny?*, https://rf.gov.pl/czesto-zadawane-pytania/ubezpieczenia-malych-i-srednich-przedsiębiorstw/Co_to_jest_franszyza_co_to_znaczy_udzial_wlasny___20332.
- Raczyński A., *Zasada akcesoryjności actio directa w świetle nowelizacji przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2006, nr 4.
- Szpuniar A., *Zabezpieczenie osobiste wierzytelności*, Sopot 1987.

Rozdział 4

Rynek ubezpieczeniowy

RYNEK UBEZPIECZENIOWY – POJĘCIE. Jest to sektor rynku finansowego, który stanowi część rynku rozumianego jako miejsce obrotu towarami i świadczenia usług polegającego na prawom podaży i popytu. W ujęciu przedmiotowym wyróżnia go świadczenie usług ubezpieczeniowych. W ujęciu podmiotowym obejmuje podmioty zaangażowane w dystrybucję usług ubezpieczeniowych oraz podmioty zrzeszające uczestników rynku oraz nadzorujące działalność na rynku (rys. 6).



Rysunek 6. Rynek ubezpieczeń w ujęciu podmiotowym

4.1. Działalność ubezpieczeniowa – geneza i istota

GENEZA. Idea macierzysta ubezpieczeń wyraża się we wspólnym ponoszeniu ryzyka – w repartycji doznanych strat pomiędzy członków możliwie jak najszerzego, w tym celu zorganizowanego, grona osób narażonych na to samo ryzyko (na przykład kradzieży ruchomości mieszkaniowych, odpowiedzialności za błąd lekarski). Tak rozumiana idea ubezpieczenia należy do najstarszych przejawów kultury ludzkiej i wynika z samego instynktu samozachowawczego, który pobudza osoby zagrożone do łączenia swych wysiłków w obronie przed niebezpieczeństwem i do wzajemnej pomocy przy niwelowaniu skutków jego realizacji. Idea ta realizowała się niejako samoczynnie już w okresie społeczności pierwotnej – w ramach wspólnot rodowych i rodzinnych. Pojawienie się pieniądza i powstanie stosunków towarowo-pieniężnych sprzyjało wykreowaniu idei podziału ryzyka pomiędzy członków określonej wspólnoty. Idea rozwijała się szczególnie tam, gdzie ryzyko było trudne do zapobieżenia, a jego realizacja groziła poważnymi stratami, czyli wśród uczestników podróży morskich czy karawan zagrożonych napaścią czy klęską żywiołową¹.

DZIAŁALNOŚĆ TYPU WZAJEMNEGO – GENEZA. Za prototyp ubezpieczeń typu wzajemnego uznaje się instytucję prawa morskiego znaną jako *lex Rhodia de iactu*. Stanowiła ona wyraz solidarnego podziału strat powstałych na skutek wyrzucenia do morza części przewożonych towarów celem ratowania statku przed zatonięciem. Jest ona do dzisiaj znana polskiemu prawodawstwu pod nazwą awarii wspólnej². Prototyp ubezpieczeń osobowych odnajdujemy natomiast w starożytnym Rzymie jako ubezpieczenia na wypadek śmierci. Sfinansowanie kosztów pogrzebu zapewniały stowarzyszenia zrzeszające niezamożnych ludzi (*collegia funeratica*, *collegia tenuiorum*).

¹ Por. S. Byczko, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Warszawa 2013, s. 33 i n.

² Zgodnie z art. 250 § 1 ustawy z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2175): „Awarię wspólną stanowią nadzwyczajne poświęcenia lub wydatki poniesione rozmyślnie i rozsądnie w celu ratowania statku, ładunku na nim przewożonego oraz frachtu ze wspólnego dla nich niebezpieczeństwa”.

DZIAŁALNOŚĆ TYPU KOMERCYJNEGO – GENEZA. Wraz z rozwojem gospodarki towarowo-pieniężnej doskonalily się stosunki kredytu pieniężnego, zawierające w sobie elementy działalności zarobkowej. Nastawienie na zysk leży u podstaw drugiego wariantu podziału ryzyka, któremu początek dała instytucja pożyczki morskiej. Pożyczkodawca finansujący wyprawę morską zastrzegał sobie wysokie odsetki, dużo wyższe niż inny pożyczkodawca, zwalniając jednocześnie pożyczkobiorcę (armatora, kupca nabywającego towar z zamorskiego kraju) od obowiązku zwrotu pożyczki i zapłaty odsetek w razie utraty statku i/lub ładunku, np. w razie napaści piratów albo zatonięcia statku na skutek burzy. Pożyczkodawca ponosił ryzyko utraty statku i ładunku, nabytych za pożyczone środki pieniężne. Przejmował ryzyko dla zysku, pobierając wynagrodzenie w postaci odsetek od pożyczki. Omawiana instytucja stanowi prototyp ubezpieczeń typu komercyjnego, lecz o odwrotnych niż obecnie warunkach płatności. Obecnie podmiot przekazujący ryzyko (armator, właściciel przewożonego towaru) opłaca składkę z góry, a nie z dołu w postaci procentów od pożyczki, a ubezpieczyciel wypłaca świadczenie (odszkodowanie ubezpieczeniowe) dopiero po powstaniu szkody. Pomimo różnic w technice rozliczeń obopólnych świadczeń efekt pozostaje taki sam – przejęcie ryzyka za odpowiednią opłatą.

Z form pożyczki morskiej wyłoniły się już w XIV w. morskie ubezpieczenia transportowe jako samodzielne instytucje prawne. Za najstarsze polisy ubezpieczeniowe uznaje się dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia statku (*casco*) oraz ładunku (*cargo*) wystawione we Włoszech w Genui – 23 października 1347 r. oraz 13 stycznia 1348 r. Początkowo rolę ubezpieczycieli pełniły pojedyncze osoby lub grona osób fizycznych, które z czasem zostały zastąpione przez wyspecjalizowane przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe. Ten typ ubezpieczeń dominuje do dzisiaj na wszystkich rynkach ubezpieczeniowych, z wyjątkiem rynku brytyjskiego, gdzie przoduje Lloyd's. Lloyd's of London to jedyny tego rodzaju międzynarodowy rynek ubezpieczeń. Uczestniczą w nim ubezpieczyciele z całego świata, angażując się kapitałowo w two-

rzenie pojemności ubezpieczeniowej dla ryzyk specjalistycznych i nietypowych³.

DZIAŁALNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA – DEFINICJA. Działalność ubezpieczeniowa polega na przyjmowaniu ryzyka zagrażającego ubezpieczonemu przez ubezpieczyciela w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Przejmowanie ryzyka opiera się na zapewnieniu pokrycia strat (ubezpieczenia majątkowe) lub wsparciu finansowym (ubezpieczenia osobowe) na wypadek materializacji ryzyka, czyli powstania wypadku ubezpieczeniowego. Działalność ubezpieczeniowa sprowadza się do wykonywania czynności ubezpieczeniowych, do których przede wszystkim zaliczamy umowę ubezpieczenia i gwarancję ubezpieczeniową (art. 3 ust. 1 i 3 u.d.u.r.).

4.2. Zasady działalności na rynku ubezpieczeniowym

4.2.1. Zasada podziału sektorowego

ZASADA PODZIAŁU SEKTOROWEGO – TREŚĆ. Prawodawca unijny wprowadził w latach 70. ubiegłego wieku i utrzymuje do tej pory zakaz łączenia działalności ubezpieczeniowej, której celem jest ochrona na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku, z pozostałą działalnością ubezpieczeniową. Wynika to z różnic w ocenie ryzyka w ubezpieczeniach na życie i pozostałych ubezpieczeniach, a wiąże się ze stawianiem dodatkowych wymogów finansowych ubezpieczycielom prowadzącym działalność w zakresie ubezpieczeń na życie. Z uwagi na konieczność powołania osobnego podmiotu, odrębnie zarządzanego i wyposażonego w niezależny kapitał, ewentualne nadwyżki wygospodarowane w działale ubezpieczeń na życie dzięki wieloletnim okresom ubezpieczenia nie mogą być przekazywane na dofinansowywanie innych działów lub rodzajów ubezpieczeń. Wprowadzony przez prawodawcę unijnego podział na sektor ubezpieczeń na życie (*life insurance*) i pozostałych

³ Lloyd's jako rynek ubezpieczeniowy jest regulowany ustawą z 1871 r. i składa się z dwóch zasadniczych części: Korporacji oraz tzw. Marketu, szerzej zob. W. Janusz, *Rynek światowy – na przykładzie Lloyd's*, w: *Kontrakty na rynku ubezpieczeń. Komentarz do przepisów i warunków ubezpieczenia*, red. D. Fuchs, K. Malinowska, D. Maśniak, Warszawa 2020, s. 40 i n.

(*non-life insurance*) obowiązuje na unijnym rynku ubezpieczeniowym⁴. Wyrazem tego podziału jest przedmiotowa klasyfikacja rynku na dwa działy. Zgodnie z załącznikiem do polskiej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ustawodawca wprowadził „Podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń”. Zakład ubezpieczeń może prowadzić działalność ubezpieczeniową w Dziale I: „Ubezpieczenia na życie” lub Dziale II: „Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe”. Wyjątek od zasady stanowią ubezpieczenia wypadkowe (następstw nieszczęśliwych wypadków – NNW) i chorobowe, które mogą stanowić przedmiot działalności wszystkich zakładów ubezpieczeń, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku zakładów ubezpieczeń z Działu I tego rodzaju ubezpieczenia muszą stanowić uzupełnienie ubezpieczeń innego rodzaju (grupa 5).

4.2.2. Zasada jednolitej licencji

ZASADA JEDNOLITEJ LICENCJI – DEFINICJA. Każdy zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji, który ustanawia swoją siedzibę na terytorium państwa członkowskiego UE, występuje do organu nadzoru państwa siedziby o zezwolenie na prowadzenie działalności, umożliwiającej temu zakładowi ubezpieczeń lub zakładowi reasekuracji działalność na terytorium całej Unii Europejskiej.

ZASADA JEDNOLITEJ LICENCJI – GENEZA. Prawodawca unijny uznał, że ułatwieniu i podejmowaniu działalności ubezpieczeniowej służy wyeliminowanie najistotniejszych różnic w przepisach prawa poszczególnych państw członkowskich, odnoszących się do ubezpieczycieli (zakładów ubezpieczeń) i reasekuratorów (zakładów reasekuracji). Na szczęblu Unii ustanowiono ramy prawne, które umożliwiają podejmowanie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej na całym rynku wewnętrznym, ułatwiając tym samym wymienionym instytucjom finansowym mającym siedzibę na terytorium UE przejęcie ryzyk umiejscowionych na terytorium UE. Podejmowanie działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej powinno być uzależnione od uprzedniego

⁴ Zob. Załącznik I i II do dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyplacalność II) (Dz. Urz. UE L 335/1 z 17.12.2009 r.).

uzyskania zezwolenia. W związku z tym za konieczne uznano określenie warunków i procedury zarówno udzielenia takiego zezwolenia, jak również odmowy jego udzielenia.

Dyrektywa 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. stanowi zasadniczy instrument służący urzeczywistnieniu jednolitości na rynku wewnętrznym Unii Europejskiej. Zgodnie z obowiązującą zasadą jednolitej licencji zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji, którym udzielono zezwolenia w państwie członkowskim siedziby, powinny być uprawnione do prowadzenia części lub całości swojej działalności na terytorium całej Unii Europejskiej poprzez tworzenie oddziałów lub świadczenie usług. Wymagało to doprowadzenia do harmonizacji w stopniu koniecznym i wystarczającym do wzajemnego uznawania zezwoleń oraz systemów nadzoru, a tym samym do uzyskania systemu jednego zezwolenia ważnego w całej Unii.

WARUNKI UZYSKANIA JEDNOLITEJ LICENCJI. Przepisami art. 18 dyrektywy 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. narzucone zostały jednolite warunki, których spełnienie umożliwiać powinno ubieganie się o udzielenie jednolitej licencji na terytorium Unii Europejskiej. Prowadzi to do ujednolicenia warunków podjęcia działalności ubezpieczeniowej na terytorium UE. Zezwolenie nie jest wydawane na działalność ubezpieczeniową jako taką, lecz na jej prowadzenie w zakresie jednej lub kilku grup ubezpieczeń albo jednego lub kilku rodzajów ubezpieczeń, wymienionych w załączniku nr 1 do dyrektywy 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r., które implementowane zostało do porządków prawnych innych państw. Ubezpieczyciel nie może łączyć działalności ubezpieczeniowej w grupach ubezpieczeń innych niż na życie z grupami ubezpieczeń na życie.

4.2.3. Zasada nadzoru państwa macierzystego

ZASADA NADZORU PAŃSTWA MACIERZYSTEGO – TREŚĆ. Działalność ubezpieczeniowa ze względu na swoje społeczne i gospodarcze znaczenie została poddana nadzorowi wyspecjalizowanego organu administracji państwowej, jakim w Polsce jest Komisja Nadzoru Finansowego. Nadzór nad działalnością reasekuracyjną powinien uwzględniać szczególnie charakter działalności reasekuracyjnej, zwłaszcza jej globalny charakter.

Głównym celem nadzoru zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji jest odpowiednia ochrona ubezpieczających i beneficjentów. Pojęcie beneficjent ma obejmować dowolną osobę fizyczną lub prawną, której zgodnie z umową ubezpieczenia (lub gwarancji ubezpieczeniowej) przysługuje dane prawo. Inne cele nadzoru zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, takie jak stabilność finansowa oraz uczciwe i stabilne rynki, również powinny być wzięte pod uwagę, ale jedynie wtedy, gdy nie dochodzi do podważenia głównego celu. Nadzór finansowy nad ubezpieczycielami i reasekuratorami, w tym nad działalnością, którą prowadzą one przez swoje oddziały albo w ramach swobody świadczenia usług, stanowi wyłączną odpowiedzialność państwa członkowskiego siedziby ubezpieczyciela/reasekuratora. Kompetencje organów państwa goszczącego ograniczone są do informowania organu nadzoru państwa siedziby o nadużyciach lub nieprawidłowościach w działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej.

4.2.4. Zasada wypłacalności

ZASADA WYPŁACALNOŚCI UBEZPIECZYCIELI – ISTOTA. Wypłacalność to zdolność podmiotu do spłaty zobowiązań w terminie, która stanowi podstawowe kryterium oceny kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji. Nadzór finansowy obejmuje sprawdzenie, w odniesieniu do całej działalności ubezpieczyciela lub reasekuratora, jego stopnia wypłacalności, tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, jego aktywów i dopuszczonych środków własnych, zgodnie z ustanowionymi zasadami lub praktyką stosowaną w państwie członkowskim siedziby zakładu ubezpieczeń. Dyrektywa 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. narzuciła państwom członkowskim obowiązki dotyczące gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń, których celem jest wzmocnienie ochrony ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia.

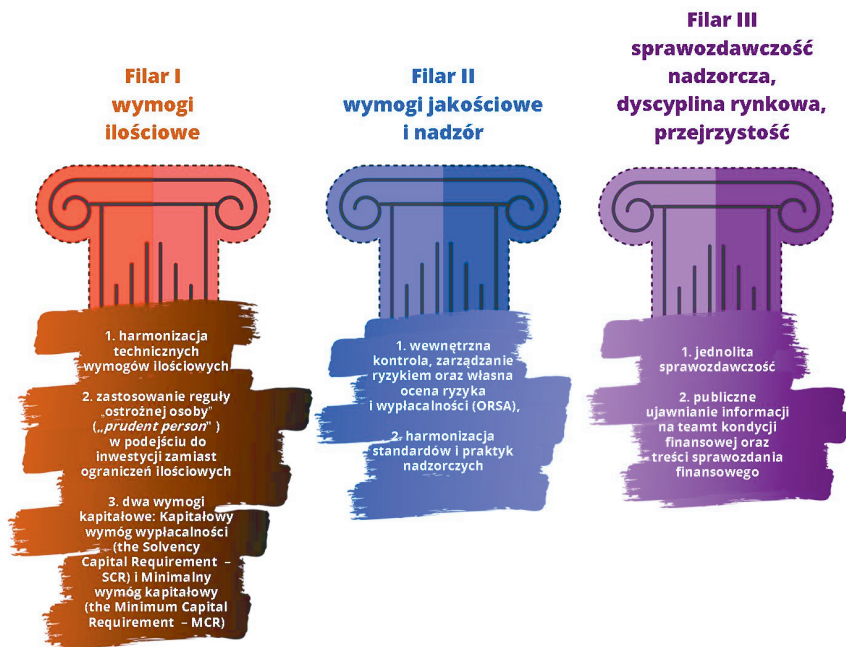
Organy nadzoru państw członkowskich powinny mieć zatem do dyspozycji wszystkie środki, które są niezbędne do zapewnienia prawidłowego prowadzenia działalności przez ubezpieczycieli i reasekuratorów na całym terytorium Unii Europejskiej, niezależnie od tego, czy jest ona prowadzona w ramach korzystania ze swobody przedsiębior-

czości, czy swobody świadczenia usług. Celem zapewnienia efektywności nadzoru wszystkie działania podejmowane przez organy nadzoru powinny być proporcjonalne do charakteru i złożoności ryzyk właściwych dla działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej, niezależnie od znaczenia danego podmiotu dla ogólnej stabilności finansowej rynku.

Implementacja dyrektywy 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. oznaczała dla państw członkowskich i uczestników rynku ubezpieczeniowego koncepcyjną i praktyczną zmianę w ocenie kondycji finansowej opartej jedynie na wymogach ilościowych, czego wymagały wcześniej obowiązujące przepisy (tzw. Wyplącalność I – Solvency I), na bardziej skomplikowaną ocenę rozbudowaną o wymogi wskazane we wszystkich trzech filarach. Dyrektywa Solvency II zastąpiła trzynaście odrębnie funkcjonujących dyrektyw ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych⁵. Najważniejszym zagadnieniem w niej uregulowanym jest harmonizacja systemów wypłacalności zakładów ubezpieczeń i reasekuracji prowadzących działalność na terytorium Unii Europejskiej. Przełomową reformą w systemie wypłacalności zakładów ubezpieczeń jest powiązanie wymogów kapitałowych z faktycznie występującym całkowitym ryzykiem działalności. Szacowanie całkowitego ryzyka działalności obejmuje parametry jakościowe, ilościowe oraz przejrzystość prowadzonej działalności (rys. 7).

WYMOGI ILOŚCIOWE. Punktem wyjścia dla odpowiednich wymogów ilościowych w sektorze ubezpieczeń jest kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR). Standardowa formuła kapitałowego wymogu wypłacalności powinna odzwierciedlać profil ryzyka większości ubezpieczycieli i reasekuratorów. Do wyznaczenia wysokości SCR zakłady ubezpieczeń będą mogły wykorzystać formułę standardową lub zaakceptowane przez właściwy organ nadzoru modele wewnętrzne. Opracowane przez ubezpieczycieli i reasekuratorów modele wewnętrzne umożliwiają lepsze dopasowanie kapitałowego wymogu wypłacalności do profilu prowadzonej przez nie działalności niż formuła standardowa.

⁵ Zob. G. Grzeszczak, *Implementacja dyrektywy Wypłacalność II – perspektywa prawa europejskiego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 1, s. 3.



Rysunek 7. Nadzór ubezpieczeniowy w UE oparty na trzech filarach

WYMOGI JAKOŚCIOWE. Niektóre ryzyka mogą być właściwie uwzględnione jedynie poprzez wymogi dotyczące zarządzania, a nie poprzez wymogi ilościowe wyrażone w postaci kapitałowego wymogu wypłacalności. System zarządzania obejmuje funkcję zarządzania ryzykiem, zgodności z regulacjami prawnymi, audytu wewnętrznego oraz funkcję aktuarialną. Funkcja to administracyjna zdolność podjęcia poszczególnych zadań z zakresu zarządzania. Określenie konkretnej funkcji nie stanowi dla zakładu przeszkody w swobodnym decydowaniu o sposobie jej zorganizowania w praktyce, chyba że przepisy dyrektywy Solvency II stanowią inaczej. Nie powinno to powodować nadmiernej uciążliwości wymogów, gdyż należy uwzględnić charakter, złożoność i skalę działalności zakładu. Funkcje te mogą więc być wykonywane przez własny personel lub oparte na doradztwie ze strony ekspertów zewnętrznych, mogą też być zlecone ekspertom w drodze outsourcingu w granicach określonych w dyrektywie. Wszystkie zakłady ubezpieczeń i zakłady

reasekuracji powinny dokonywać regularnej oceny swoich ogólnych potrzeb w zakresie wypłacalności, przy uwzględnieniu własnego specyficznego profilu ryzyka (własna ocena ryzyka i wypłacalności – ORSA – Own Risk and Solvency Assessment). Praktyka ta powinna stanowić integralną część ich strategii działalności.

PRZEJRZYSTOŚĆ. W celu zagwarantowania przejrzystości zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji powinny co najmniej raz w roku ujawniać publicznie podstawowe informacje na temat ich wypłacalności i kondycji finansowej przez bezpłatne udostępnianie ich ogółowi społeczeństwa w formie drukowanej lub elektronicznej. Zakłady powinny mieć również możliwość dobrowolnego publicznego ujawniania dodatkowych informacji. Organy nadzoru powinny mieć możliwość uzyskania od zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji informacji koniecznych do celów nadzoru, w tym, w stosownych wypadkach, informacji ujawnianych publicznie przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji w ramach sprawozdawczości finansowej, wykazów i innych wymogów prawnych lub regulacyjnych.

ZASADA NADZORU ZINTEGROWANEGO NAD RYNKIEM FINANSOWYM. Rynek finansowy Unii Europejskiej ujmowany jest w znaczeniu podmiotowym, nie zaś wyłącznie jako miejsce zawierania transakcji mających za przedmiot szeroko rozumiany kapitał pieniężny. W tym ujęciu istotne jest, kto organizuje transakcje instrumentami finansowymi, stąd rynek finansowy klasyfikuje się z punktu widzenia instytucji finansowych (w szerokim rozumieniu), które świadczą usługi finansowe i pełnią rolę pośredników finansowych: świadczących usługi bankowe – instytucji kredytowych (w tym banków); świadczących usługi ubezpieczeniowe – zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji; świadczących usługi inwestycyjne na rynku kapitałowym – instytucji inwestycyjnych (firm i funduszy inwestycyjnych). W takim rozumieniu z reguły mówi się o rynkach finansowych, a nie o jednym rynku finansowym, ponieważ wyróżnia się jego trzy sektory (segmenty) – w tym znaczeniu trzy rynki: bankowy, ubezpieczeniowy i kapitałowy.

W dyrektywach UE nie zdefiniowano pojęcia rynku finansowego, określony jest jednak zakres podmiotowy sektora finansowego. Zgodnie z postanowieniami dyrektywy 2002/87/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie dodatkowego nadzoru nad

instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń oraz firmami inwestycyjnymi konglomeratu finansowego (Dz. Urz. UE L 35/1 z 11.02.2003 r., s. 1) sektor finansowy⁶ składa się z jednej lub wielu:

- a) instytucji kredytowych, instytucji finansowych lub przedsiębiorstw pomocniczych usług bankowych w rozumieniu dyrektywy 2006/48/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 czerwca 2006 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności przez instytucje kredytowe (wersja przeredagowana) (Dz. Urz. UE L 177 z 30.6.2006 r., s. 1) (sektor bankowy);
- b) zakładów ubezpieczeń, zakładów reasekuracji lub ubezpieczeniowych grup kapitałowych w rozumieniu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 98/78/WE z dnia 27 października 1998 r. w sprawie dodatkowego nadzoru nad zakładami ubezpieczeń w grupach ubezpieczeniowych (Dz. Urz. WE L 330 z 5.12.1998 r., s. 1) (sektor ubezpieczeń);
- c) firm inwestycyjnych lub instytucji finansowych w rozumieniu dyrektywy 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych zmieniająca dyrektywę Rady 85/611/EWG i 93/6/ EWG i dyrektywę 2000/12/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylająca dyrektywę Rady 93/22/EWG (Dz. Urz. UE L 145 z 30.4.2004 r., s. 1) (sektor usług inwestycyjnych);
- d) finansowych spółek holdingowych o działalności mieszanej.

Istotnym procesem obserwowanym od ponad dwóch dekad jest integracja rynków finansowych w Unii Europejskiej, zarówno w ujęciu transgranicznym, jak i transsektorowym⁷. Z jednej strony bowiem na

⁶ Sektor finansowy i sektory: bankowy, ubezpieczeniowy i usług inwestycyjnych, w znaczeniu segmentów rynku finansowego, zdefiniowano także w polskiej w ustawie z dnia 15 kwietnia 2005 r. o nadzorze uzupełniającym nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń, zakładami reasekuracji i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratów finansowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2146, ze zm.), która implementuje postanowienia dyrektywy 2002/87/WE z dnia 16 grudnia 2002 r.

⁷ Szerzej na temat integracji rynku finansowego Unii Europejskiej: M. Markiewicz, U. Opacka, *Integracja rynków finansowych w Unii Europejskiej*, w: *Finanse*, red. Z. Brodecki, Warszawa 2004, s. 48 i n.; M. Iwanicz-Drozdowska, *Integracja rynków finansowych – jej rodzaje i znaczenie*, w: *Integracja rynków finansowych w Unii Europejskiej od A do Z*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Warszawa 2009 [przedruk w: „Bank i Kredyt” 2007, nr 1, s. 3 i n.]; T. Nieborak, *Nowe podejście do kwestii nadzoru finansowego*, „Prawo Bankowe” 2006, nr 5, s. 21–36.

rynku wewnętrznym UE urzeczywistniona została swoboda przepływu usług finansowych i kapitału, co umożliwia „tworzenie się całości z części” i „scalanie” rynków finansowych poszczególnych krajów członkowskich (integracja transgraniczna rynków finansowych). Z drugiej zaś strony dochodzi do zbliżania instytucji i usług finansowych działających w różnych segmentach rynku finansowego, tj. banków, zakładów ubezpieczeń (w ramach tzw. *bancassurance*), firm inwestycyjnych, co ma miejsce przy tworzeniu konglomeratów finansowych (integracja międzysektorowa).

NADZÓR ZINTEGROWANY – CHARAKTERYSTYKA. Nadzór zintegrowany polega na całkowitym lub częściowym łączeniu funkcji nadzorczych nad wszystkimi bądź niektórymi sektorami rynku finansowego w jednej instytucji nadzorczej o charakterze „supernadzorcy”. Zintegrowany nadzór finansowy jest modelem dominującym w instytucjonalnej architekturze nadzoru finansowego w państwach członkowskich UE⁸, również w Polsce. Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 180, ze zm.) (dalej: u.n.r.f.) wprowadziła zintegrowany nadzór finansowy nad całym rynkiem finansowym oraz ustanowiła nowy organ właściwy w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym: Komisję Nadzoru Finansowego (KNF). Nadzór nad działalnością Komisji Nadzoru Finansowego sprawuje Prezes Rady Ministrów.

4.2.5. Zasada jednorodności działalności ubezpieczeniowej

ZAKAZ ŁĄCZENIA DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ Z INNĄ DZIAŁALNOŚCIĄ. Prawodawca unijny narzucił ubezpieczycielom działającym na unijnym rynku zakaz łączenia działalności ubezpieczeniowej z inną działalnością, o ile nie jest to działalność bezpośrednio związana z działalnością ubezpieczeniową. Tym samym wszyscy ubezpieczyciele unijni nie mogą podejmować innej działalności gospodarczej, takiej jak działalność bankowa czy działalność inwestycyjna. O ile mają siedzibę w Polsce, obowiązuje ich art. 4 ust. 3 u.d.u.r. Zakaz ów, ograni-

⁸ Według danych na koniec 2008 r.: *Instytucjonalna organizacja nadzoru finansowego w krajach Unii Europejskiej*, NBP, Departament Systemu Finansowego, Warszawa, 6 listopada 2009 r.

czający swobodę działalności ubezpieczyciela jako przedsiębiorcy, ma na celu ochronę klientów ubezpieczeniowych poprzez wzmacnianie bezpieczeństwa finansowego ubezpieczycieli. Dzięki narzuconej jednorodności prowadzonej przez ubezpieczyciela działalności klienci ubezpieczeniowi nie muszą konkurować z innymi klientami w przypadku niedoboru środków zgromadzonych przez ubezpieczyciela.

WYJĄTKI OD ZAKAZU JEDNORODNOŚCI DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ. Oprócz działalności ubezpieczeniowej ubezpieczyciele mogą prowadzić działalność reasekuracyjną, stąd funkcjonowanie na rynku zakładów ubezpieczeń i reasekuracji. Ponadto ustawodawca dopuścił sytuację, w której ubezpieczyciel jest pośrednikiem finansowym działającym w imieniu lub na rzecz banków lub innych instytucji kredytowych (np. SKOK) oraz funduszy inwestycyjnych (art. 4 ust. 4 w zw. z ust. 1 u.d.u.r.).

4.2.6. Zasada ograniczonych form organizacyjnychprawnych

ZASADA OGRANICZONYCH FORM PRAWNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ. Polski ustawodawca ograniczył formy organizacyjnychprawne, w których prowadzona może być działalność ubezpieczeniowa. Z uwagi na ujednolicenie unijnego rynku ubezpieczeniowego (zgodnie z zasadą jednolitego rynku ubezpieczeniowego) przy jednoczesnym uwzględnieniu suwerenności państw członkowskich w zakresie kształtowania form działalności gospodarcze prawo unijne dostosowane zostało w tym zakresie do ustawodawstw krajowych⁹. Stąd różnice pomiędzy państwami członkowskimi co do form dopuszczalnych na rynku. Formy dopuszczalne na polskim rynku odpowiadają dwóm głównym nurtom rozwoju ubezpieczeń: wzajemnym i komercyjnym.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH – TUV. Formą charakterystyczną tylko dla rynku ubezpieczeniowego jest Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych. Jest to podmiot zrzeszający dobrowolnie członków, których celem jest zaspokojenie swoich potrzeb dotyczących uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. W odróżnieniu od spółki akcyjnej TUV jest oparty na członkostwie i nie jest nastawiony na zysk. Co

⁹ Zgodnie z Załącznikiem III: Forma prawa zakładów do Dyrektywy Parlamentu i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r.

do zasady ubezpieczeni są jednocześnie członkami, czyli powstają dwa stosunki prawne: członkostwa i ubezpieczenia. Składki od osób niebędących członkami towarzystwa nie mogą przekraczać określonej części przypisu brutto towarzystwa. Członkowie mają wpływ na działalność towarzystwa. Jest to preferowana forma dla ochrony ubezpieczeniowej ryzyk niepopularnych, trudnych do oszacowania, mało znanych, a istotnych ze względów społecznych, zagrażających rozpoznawalnym grupom (np. rolnikom, notariuszom). Tak samo jak spółki akcyjne są przedsiębiorcami wpisanymi do rejestru (KRS).

SPÓŁKA AKCYJNA. Spółka akcyjna jest to forma prowadzenia działalności ubezpieczeniowej dominująca na rynku ubezpieczeniowym. Spółki kapitałowe nabywają osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru (KRS). Podstawowym celem działania spółki akcyjnej jest maksymalizacja wartości przedsiębiorstwa dla akcjonariuszy, którzy, posiadając akcje, odpowiadają za zobowiązania spółki tylko do wysokości zainwestowanego przez siebie kapitału. Spółki kapitałowe, których częścią są spółki akcyjne, ze względu na łatwość pozyskiwania kapitału są najbardziej rozpowszechnionymi formami prowadzenia działalności gospodarczej w warunkach współczesnej gospodarki światowej. O przystosowaniu tej formy do prowadzenia komercyjnej działalności ubezpieczeniowej świadczy przypis składki brutto generowany we wszystkich krajach członkowskich przez spółki akcyjne w porównaniu do innych form działalności ubezpieczeniowej. Kluczowa rola spółek akcyjnych wynika przede wszystkim z łatwości kumulacji kapitału. Spółka może w łatwy sposób zarówno zebrać kapitał zakładowy (akcyjny), jak i go szybko podwyższyć w drodze nowych emisji akcji. Akcje są papierami wartościowymi, same w sobie inkorporują określone prawa i mogą podlegać obrotowi na giełdach. Z posiadanych akcji akcjonariusze czerpią dochód w postaci wypłacanych przez firmę dywidend albo liczą na zyski kapitałowe osiągane po sprzedaży akcji po wyższej cenie niż cena zakupu. Ustrój ubezpieczeniowej spółki akcyjnej jest uregulowany zarówno w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, jak i ustawie z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 505, ze zm.) (dalej: k.s.h.), z zastrzeżeniem pierwszeństwa regulacji ubezpieczeniowej przed przepisami kodeksu. Występuje

wiele cech szczególnych odróżniających ubezpieczeniową spółkę akcyjną od pozostałych spółek akcyjnych. Po pierwsze, statut przed zarejestrowaniem wymaga zatwierdzenia przez organ nadzoru. Dotyczy to również jego zmian. Po drugie, minimalny wymagany kapitał zakładowy jest wyższy niż określony w kodeksie spółek handlowych i ma on charakter gwarancyjny. Oblicza się go jako sumę najwyższych wysokości minimalnego kapitału gwarancyjnego wymaganego dla grup ubezpieczeń, w zakresie których zakład posiada zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej¹⁰. Wymagane jest pokrycie kapitału zakładowego wkładem pieniężnym, który podlega wpłaceniu w całości przed zarejestrowaniem w Krajowym Rejestrze Sądowym. Środki na opłacenie kapitału nie mogą pochodzić z kredytu, pożyczki lub być w inny sposób obciążone. Po trzecie, gospodarka akcjami jest o wiele bardziej rygorystycznie regulowana niż w zwykłej spółce akcyjnej.

EUROPEJSKA SPÓŁKA UBEZPIECZENIOWA. Spółka europejska jest formą prowadzenia działalności gospodarczej o zasięgu europejskim. Działa na terenie całej Unii Europejskiej. Jest odpowiednikiem polskiej spółki akcyjnej. Jej działalność jest oparta na prawie unijnym¹¹ i jest identyczna we wszystkich państwach UE. Akcjonariuszami mogą być tylko spółki kapitałowe pochodzące z różnych państw członkowskich Unii Europejskiej (co najmniej dwóch). Europejska spółka ubezpieczeniowa prowadzi ubezpieczeniową działalność transgraniczną.

4.2.7. Zasada dywersyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego

REASEKURACJA. Reasekuracja jest typowym sposobem dywersyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego przejętego przez ubezpieczyciela, nazywanym ubezpieczeniem pośrednim lub ubezpieczeniem ubezpieczyciela. Dochodzi do niej poprzez umowę zawartą pomiędzy ubezpieczycielem (jako cedentem) a reasekuratorem (jako cesjonariuszem), na mocy której

¹⁰ Zob. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2015 r. w sprawie szczegółowego sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego (Dz. U., poz. 2338).

¹¹ Zob. rozporządzenie Rady nr 2157/2001/WE z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (Dz. Urz. WE L 294/1 z 10.11.2001 r.) oraz uzupełniająco dyrektywa Rady 2001/86/WE z dnia 8 października 2001 r. uzupełniająca statut spółki europejskiej w odniesieniu do uczestnictwa pracowników (Dz. Urz. WE L 294/22 z 10.11.2001 r.).

drugi z nich za odpowiednią opłatą przejmuje część lub całość ryzyk oraz zobowiązuje się zwrócić ubezpieczycielowi (po wypłacie uprawionemu świadczenia ubezpieczeniowego) część lub całość wypłaconych kwot z tytułu zaistniałych wypadków ubezpieczeniowych (rys. 8). Umowa reasekuracji nazywana jest umową dalszego podziału ryzyka ubezpieczeniowego. W odróżnieniu od umowy ubezpieczenia jest to umowa nienazwana, niewyodrębniona redakcyjnie w kodeksie cywilnym. Pomimo podobieństwa pomiędzy obiema umowami polski ustawodawca wyraźnie zastrzegł, że przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia nie mają zastosowania do umów reasekuracji¹². Z uwagi na typowy międzynarodowy charakter umów reasekuracji oparte są one na zwyczajach międzynarodowych. Nie zmienia ona zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec uprawnionych z umów ubezpieczenia. Umożliwia jedynie ubezpieczycielowi, który wypłacił odszkodowanie, zwrot wypłaconych kwot (lub ich części) od reasekuratora zgodnie z zasadą „cesjonariusz dzieli los cedenta”. Ubezpieczyciel może dywersyfikować jedno ryzyko ubezpieczeniowe, zawierając kilka umów reasekuracji.

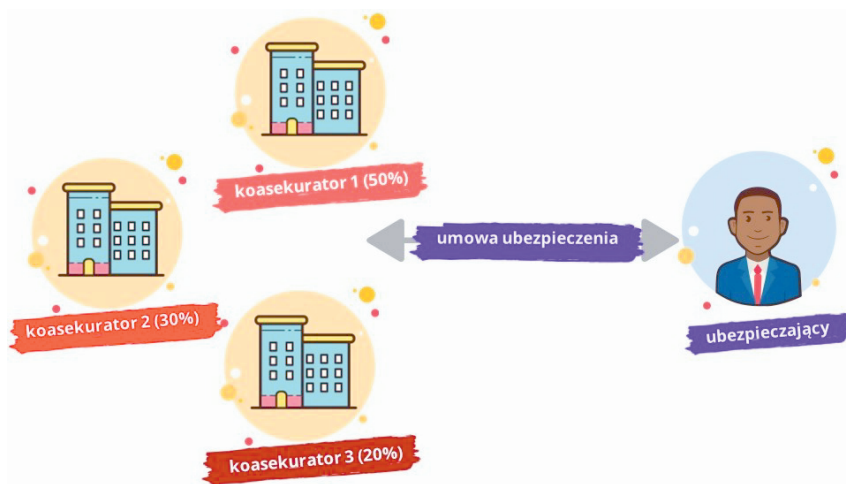


Rysunek 8. Reasekuracja

KOASEKURACJA – POJĘCIE. Dywersyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego osiągnięta może być również bez dalszego podziału ryzyka ubezpieczeniowego, przy rozproszeniu ryzyka ubezpieczeniowego poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia z kilkoma zakładami ubezpieczeń (koasekuratorami). Koasekuratorzy przejmują ryzyko ubezpieczeniowe w określonych (najczęściej procentowo) częściach (rys. 9). Sposób wzajemnego

¹² Szerzej na temat podobieństw i różnic zob. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń 2002, s. 323–325.

rozliczania pomiędzy koasekuratorami określa porozumienie koasekuracyjne, tzw. pool koasekuracyjny. Porozumienie koasekuracyjne dopuszczane jest w ramach swobody umów, co skutkuje różnorodnością rozwiązań dotyczących relacji pomiędzy koasekuratorami oraz relacji koasekuratorów z ubezpieczającym. Według podstawowego podziału koasekurację dzieli się na zewnętrzną i wewnętrzną w oparciu o kryterium odpowiedzialności wobec ubezpieczonego.



Rysunek 9. Koasekuracja

KOASEKURACJA ZEWNĘTRZNA. Każdy z koasekuratorów odpowiada wobec ubezpieczonego bezpośrednio odpowiednio do przyjętego ryzyka ubezpieczeniowego, któremu odpowiada ustalona suma ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty części składki każdemu z koasekuratorów. W razie wypadku ubezpieczeniowego uprawniony z umowy ubezpieczenia dochodzi wypłaty części świadczenia od każdego z koasekuratorów w granicach przyjętych udziałów. Uzyskanie całości należnego świadczenia wymaga przeprowadzenia postępowań likwidacyjnych przez wszystkich koasekuratorów.

KOASEKURACJA WEWNĘTRZNA. Tylko jeden z koasekuratorów (koasekurator główny) odpowiada wobec ubezpieczającego za całe ryzyko. Po-

zostali koasekuratorzy odpowiadają do wysokości swoich udziałów wobec koasekuratora głównego zgodnie z postanowieniami porozumienia koasekuracyjnego. Porozumienie pomiędzy koasekuratorami przybiera formę konsorcjum. Ubezpieczający płaci całość składki koasekuratorowi głównemu i od niego dochodzi całości należnego świadczenia. Prowadzone jest jedno postępowanie likwidacyjne przez koasekuratora głównego.

4.3. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

FUNDUSZ UPADŁOŚCIOWY – FUNKCJA ZABEZPIECZAJĄCA. Inaczej niż na rynku bankowym i kapitałowym, wciąż poza unijnymi regulacjami, pozostaje problem ubezpieczonych, uprawnionych z umowy ubezpieczenia, którzy skorzystali z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez zakłady ubezpieczeń, które stały się niewypłacalne, ogłosiły upadłość, uległy likwidacji. Powoływane są one celem ochrony ubezpieczonych przed skutkami upadłości zakładów ubezpieczeń¹³. W Polsce rolę funduszu upadłościowego – funduszu ochrony ubezpieczonych – pełni Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (dalej: UFG), który jednocześnie jest funduszem komunikacyjnym (o czym szerzej w kolejnych akapitach niniejszego rozdziału). Ustawodawca precyzyjnie określił rodzaje ubezpieczeń podlegających gwarancji ze środków Funduszu (art. 98 ust. 2 u.u.o.). Do osób uprawnionych należą jedynie te osoby, które łączy z upadłym lub likwidowanym zakładem ubezpieczeń stosunek prawny powstający z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązkowego oraz umowy ubezpieczenia na życie. Na pełną rekompensatę roszczeń mogą liczyć jedynie osoby poszkodowane przez posiadacza pojazdu lub rolnika, którzy ubezpieczyli swoją odpowiedzialność cywilną w upadłym lub likwidowanym zakładzie ubezpieczeń, oraz sam rolnik co do szkód rekompensowanych na podstawie obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych. Roszczeń z tytułu pozostałych

¹³ W UE brakuje ujednoliconego systemu funduszy upadłościowych, charakteryzujących rynek bankowy czy kapitałowy. Działanie takiego funduszu w każdym państwie członkowskim pozostaje w sferze postulatów, zob. *Biała Księga w sprawie ubezpieczeniowych systemów gwarancyjnych*, KOM(2010)370, Bruksela 2010.

umów ubezpieczenia obowiązkowego oraz z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą dochodzić jedynie osoby fizyczne i nie mogą liczyć na pełną rekompensatę (50% wierzytelności do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości).

FUNKCJA POMOCOWA. Wzorem rozwiązań przyjętych na rynku bankowym (Bankowy Fundusz Gwarancyjny) UFG ma możliwość udzielania zwrotnej pomocy finansowej zakładowi ubezpieczeń, który przejął portfel obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego lub obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolnika w przypadku zagrożenia wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Dotychczas w historii polskiego rynku ubezpieczeniowego kilka razy doszło do przejęcia portfela wyżej wymienionych ubezpieczeń obowiązkowych. Pomoc finansowa jest udzielana na wniosek przejmującego portfel zakładu ubezpieczeń w drodze cywilnoprawnej umowy pożyczki, której warunki powinny być korzystniejsze od ogólnie stosowanych (oferowanych przez bank). Poza tym ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych wprowadza ograniczenie co do wysokości pożyczki (maksymalnie wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wynikających z przejmowanego portfela ubezpieczeniowego) oraz przeznaczenia przenoszonych pieniędzy na ściśle określony cel, jakim jest zaspokojenie interesów uprawnionych z umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (oraz OC rolników)¹⁴.

FUNDUSZ KOMUNIKACYJNY. W wielu krajach wypłacanie świadczeń odszkodowawczych z tytułu umów ubezpieczenia zawartych z niewypłacalnym zakładem ubezpieczeń pozostaje najczęstszą dodatkową prerogatywą komunikacyjnych funduszy gwarancyjnych, stanowiących fundusze ochrony ofiar wypadków drogowych, których powołanie we wszystkich państwach członkowskich zostało narzucone trzecią dyrektywą unijną (jedną z pięciu tzw. dyrektyw komunikacyjnych skonsoli-

¹⁴ Zob. D. Maśniak, *Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych*, w: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. 1: *Komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń*, red. Z. Brodecki, M. Serwach, M. Glicz, Warszawa 2010, wyd. 2, s. 997–999.

dowanych w jedną dyrektywę¹⁵). Prawo unijne narzuca jedynie minimalny zakres kompetencji komunikacyjnych funduszy gwarancyjnych. Pozwala to państwom członkowskim powierzać im różnorodne zadania, nawet tak szczególne jak w Hiszpanii, w której fundusz może pełnić rolę ubezpieczyciela, świadcząc ochronę ubezpieczeniową.

FUNKCJA UZUPEŁNIAJĄCA. Jako fundusz komunikacyjny UFG pełni funkcję uzupełniającą w sytuacji braku możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności ubezpieczyciela. Pierwsza taka sytuacja ma miejsce, gdyby niemożliwe okazało się ustalenie tożsamości posiadacza pojazdu lub kierującego nim – zbiegł z miejsca wypadku. Poszkodowany jest uprawniony do otrzymania pełnego wyrównania ze środków UFG za szkody na osobie – w granicach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń – oraz za szkody na mieniu, o ile towarzyszy im znacząca szkoda na osobie. Polski ustawodawca „znaczącą” szkodę osobową określił jako szkodę, która spowodowała naruszenie czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia na okres dłuższy niż 14 dni (art. 98 ust. 1 u.u.o.). Ograniczenia rekompensaty szkód na mieniu wiążą się z zagrożeniem wyłudzenia odszkodowań ubezpieczeniowych. Zidentyfikowanie pojazdu, którym dokonano szkody, nie pozbawia poszkodowanego prawa do dochodzenia roszczenia, o ile nie towarzyszy mu brak możliwości identyfikacji sprawcy. Zasadniczo ustalenie pojazdu umożliwia identyfikację jego posiadacza. Wówczas będzie zaangażowana odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, o ile została z nim zawarta umowa ubezpieczenia OC posiadacza pojazdów mechanicznych. Ów zakład ubezpieczeń będzie również zobowiązany do wypłaty świadczenia w przypadku szkody wyrządzonej przez złodzieja¹⁶. Ustawodawca skorzystał z możliwości ograniczenia wysokości należnego świadczenia odszkodowawczego, wprowadzając franszyzę redukcyjną w wysokości 300 euro. Poszukujący pełnej rekompensaty poszkodo-

¹⁵ Zob. dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (Dz. Urz. UE L 263/11 z 7.10.2009 r.).

¹⁶ Nie straciła na aktualności teza orzeczenia SN z dnia 15 lutego 2002 r., III CZP 85/01, „Wokanda” 2002, nr 4, poz. 8, zgodnie z którą „zakład ubezpieczeń odpowiada [...] za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów oraz za szkody wyrządzone w mieniu przez nieznanego sprawcę kierującego skradzionym pojazdem mechanicznym, którego posiadacz korzystał z ochrony ubezpieczeniowej”.

wany będzie zmuszony dochodzić roszczeń zarówno przeciwko UFG, jak i przeciwko sprawcy co do uzupełnienia odszkodowania o 300 euro. Drugim przypadkiem realizacji funkcji uzupełniającej działalność ubezpieczeniową jest rekompensata szkód spowodowanych ruchem pojazdu, którego posiadacz nie dopełnił obowiązku ubezpieczenia. W takim przypadku poszkodowany może dochodzić rekompensaty szkód zarówno na osobie, jak i na mieniu. Prawodawca unijny zakazał stosowania ograniczeń w postaci fransyz lub udziałów własnych w odniesieniu do szkód spowodowanych przez ruch takiego pojazdu. Analogiczną rolę odgrywa UFG w przypadku niedopełnienia obowiązku ubezpieczenia przez rolnika (art. 98 ust. 1 pkt 3c)).

Uzupełniający charakter odpowiedzialności UFG podkreśla roszczenie zwrotne Funduszu do posiadacza pojazdu, który nie dopełnił ciążącego na nim obowiązku ubezpieczenia i sprawcy wypadku (art. 110 u.u.o.). Ponadto dochodzi do ustawowego uzależnienia zakresu odpowiedzialności UFG od zapewniania we własnym zakresie przez poszkodowanego ochrony ubezpieczeniowej. Podstawowy cel systemu ochrony poszkodowanych ma zostać osiągnięty przy jak najmniejszym zaangażowaniu środków UFG. Zasoby UFG mają charakter uzupełniający, można sięgnąć po nie wtedy, gdy szkody nie mogą być zrekompensovane w inny sposób – przez zakład ubezpieczeń obejmujący ochroną uszkodzone mienie (ubezpieczenie mienia, AC) lub nie zostały zrekompensovane przez sprawcę szkody (posiadacza pojazdu, kierującego).

Stosowanie tej zasady przez UFG do szkody jedynie w części niezaspokojonej z ubezpieczenia dobrowolnego nie może prowadzić do dysproporcji między poszkodowanymi. Istotne jest ustalenie zakresu niezaspokojonej części szkody. Obejmuje ona utracone zniżki składek (np. z tytułu bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia AC), jak również prawa do takich zniżek w przyszłości. Z praktyki wynika, że taka utracona zniżka może oznaczać konieczność zapłaty zwiększonej składki (zwyżki), co wymaga uwzględnienia i rekompensaty przez UFG. Tak samo należy potraktować przypadek opłacenia składki celem przywrócenia wysokości obowiązującej przed wypadkiem sumy ubezpieczenia (do wyczerpania)¹⁷.

¹⁷ Por. A. Wąsiewicz, w: tegoż, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, oprac. M. Orlicki, M. Wąsiewicz, Bydgoszcz–Toruń 2001, s. 125.

4.4. Samorząd ubezpieczeniowy

POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ. Samorząd ubezpieczycieli zrzesza ubezpieczycieli mających siedzibę w danym państwie. Członkostwo w Polskiej Izbie Ubezpieczeń ma charakter obowiązkowy i powstaje z mocy prawa z chwilą podjęcia działalności ubezpieczeniowej na terenie Polski, tym samym zrzeszając nie tylko krajowe zakłady ubezpieczeń, ale również zagraniczne zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność ubezpieczeniową w naszym kraju. Izba reprezentuje interesy swoich członków przed organami władzy, opiniuje projekty aktów prawnych z zakresu ubezpieczeń i współdziała przy ich uchwalaniu. Do jej zadań należy również współdziałanie ze stowarzyszeniami i instytucjami krajowymi w zakresie problematyki ubezpieczeniowej. Do zadań Izby należy również edukacja ubezpieczeniowa, realizowana poprzez organizację konferencji, seminariów i koordynowanie szkoleń oraz doskonalenia zawodowego kadr ubezpieczeniowych.

4.5. Pośrednictwo ubezpieczeniowe i reasekuracyjne

ISTOTA. Ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona przez ubezpieczycieli nie bezpośrednio, ale przez pośredników ubezpieczeniowych (rys. 10).



Rysunek 10. Pośrednictwo ubezpieczeniowe

Podobnie ochrona reasekuracyjna może być świadczona za pośrednictwem pośredników reasekuracyjnych (rys. 11).

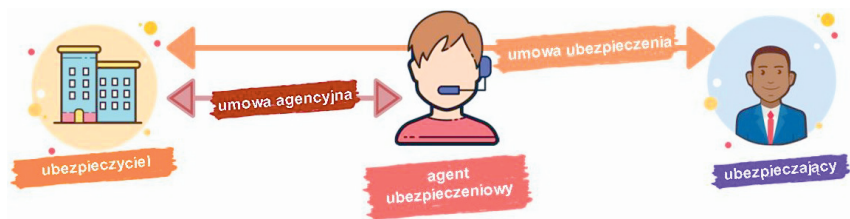


Rysunek 11. Pośrednictwo reasekuracyjne

Pośrednictwo ubezpieczeniowe (reasekuracyjne) to czynności związane z prezentacją, informowaniem, składaniem ofert lub wykonywaniem prac przygotowawczych do zawierania umowy ubezpieczenia (reasekuracji) lub zawarcie umowy ubezpieczenia (reasekuracji) bądź udział w administrowaniu takich umów, w szczególności w razie powstania szkody, o ile nie są podejmowane przez ubezpieczyciela (reasekuratora), jego pracownika lub podmiot działający w ramach outcoursingu. Pośrednictwo ubezpieczeniowe w UE reguluje dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26/19 z 2.02.2016 r.) (dalej: dyrektywa IDD), której implementację stanowią przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1881) (dalej: u.d.u.).

ZASADA REJESTRACJI. W odniesieniu do pośredników ubezpieczeniowych treść zasady jednolitej licencji oddaje zasada rejestracji. Prawodawca unijny przewidział, że rejestracja we właściwym organie państwa członkowskiego miejsca zamieszkania lub siedziby pośrednika umożliwia mu prowadzenie działalności na terytorium innych państw członkowskich zgodnie z zasadami swobody przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług. Polski ustawodawca dopuszcza rejestrację przez polski organ nadzoru (KNF) pośredników ubezpieczeniowych działających jedynie w dwóch dopuszczalnych formach organizacyjno-prawnych: agentów i brokerów ubezpieczeniowych.

AGENT UBEZPIECZENIOWY – DEFINICJA. Agent ubezpieczeniowy to pośrednik ubezpieczeniowy wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych. Agent ma status przedsiębiorcy, czyli zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 2168, ze zm.) (dalej: u.s.d.g.) jest osobą fizyczną, osobą prawną i jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą. Nie jest pracownikiem zakładu ubezpieczeń (rys. 12).



Rysunek 12. Agent ubezpieczeniowy

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZycIELA ZA AGENTA WYŁĄCZNEGO. Za szkodę wyrządzoną przez tzw. wyłącznego agenta ubezpieczeniowego, czyli agenta działającego na rzecz jednego zakładu ubezpieczeń, w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych odpowiada zakład ubezpieczeń, na rzecz którego taki agent działa (art. 20 u.d.u.). Odpowiedzialność ubezpieczyciela za agenta jest niezależna od tego, czy ubezpieczyciel ponosi winę w wyborze agenta, na co wskazuje wyraźne wyłączenie stosowania art. 429 k.c. Z mocy omawianego przepisu zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność niezależnie od zawartej umowy, przede wszystkim wtedy, gdy do zawarcia umowy nie dojdzie, w związku z tym między zakładem ubezpieczeń¹⁸ a niedoszłym ubezpieczającym nie istnieje żadne zobowiązanie. Odpowiedzialność deliktowa dotyczy szkód wyrządzonych przez agenta, niezależnie od istnieją-

¹⁸ B. Kucharski, *Odpowiedzialność ubezpieczyciela za czynności agenta*, „Przegląd Sądowy” 2018, nr 2.

cego uprzednio stosunku prawnego pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym.

CZYNNOŚCI AGENCYJNE A DZIAŁALNOŚĆ AGENCYJNA. Działalność agencyjną należy odróżnić od czynności agencyjnych. Działalność agencyjna jest pojęciem szerszym, ponieważ obejmuje swym zakresem czynności agencyjne oraz organizowanie i nadzorowanie czynności agencyjnych i jest związana z faktem prowadzenia przez agenta ubezpieczeniowego działalności gospodarczej. Ze względu na wykonywanie działalności agencyjnej w różnych formach organizacyjno-prawnych można wyróżnić agenta indywidualnego oraz agenta instytucjonalnego¹⁹. Agentem ubezpieczeniowym indywidualnym jest osoba fizyczna, która jest stroną umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i jednocześnie podmiotem osobiście wykonującym czynności agencyjne. Natomiast agent instytucjonalny to osoba fizyczna, prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, ale posiadająca zdolność prawną, która wprawdzie jest stroną umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń, ale czynności agencyjne wykonuje przy pomocy osób fizycznych niebędących formalnie agentami (tzw. Osób Fizycznych Wykonujących Czynności Agencyjne – OFWCA).

CZYNNOŚCI AGENCYJNE – WARUNKI. Do przesłanek pozytywnych dotyczących wykonywania czynności agencyjnych przez osoby fizyczne należą:

- a) posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych,
- b) dawanie rękojmi należytego wykonywania czynności agencyjnych²⁰,
- c) posiadanie co najmniej średniego wykształcenia,
- d) zdanie egzaminu przeprowadzonego przez zakład ubezpieczeń.

Jeśli dana osoba zamierza wykonywać czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń (zob. szerzej zagadnienie multi-agenta), powinna ona zdać egzamin w każdym z tych zakładów. Czynności agencyjne może wykonywać wyłącznie osoba, która nie była

¹⁹ E. Wieczorek, *Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Komentarz do ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym*, w: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych...*, t. 1, s. 1097.

²⁰ Jest to typowy zwrot nieostry, zawierający w swojej treści zwrot szacujący „należyte”. Zob. więcej na ten temat: M. Szaraniec, *Klauzula interesu publicznego i określenia nieostre – próba wyodrębnienia tych pojęć na gruncie ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze. Wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnela, Warszawa 2011.

skazana prawomocnie za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, wymiarowi sprawiedliwości, ochronie informacji, wiarygodności dokumentów, mieniu, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi oraz przestępstwo skarbowe (przesłanka negatywna) (art. 19 ust. 1 u.d.u.). Czynności agencyjne mogą być wykonywane wyłącznie przez osoby fizyczne spełniające wymogi ustawowe, jak i przez samego agenta prowadzącego jednoosobową działalność gospodarczą. Agent ubezpieczeniowy (przedsiębiorca) prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą (działalność agencyjną) ma obowiązek spełniać takie wymogi, jakie dotyczą osób fizycznych wykonujących czynności agencyjne. Wymogi te powinny spełniać także osoby fizyczne będące współnikami agentów ubezpieczeniowych działających w formie osobowej spółki handlowej, a gdy współnikami tych spółek są osoby prawne – przez co najmniej połowę ich członków zarządu oraz przez co najmniej połowę członków zarządu agenta ubezpieczeniowego będącego osobą prawną (art. 19 ust. 3 u.d.u.).

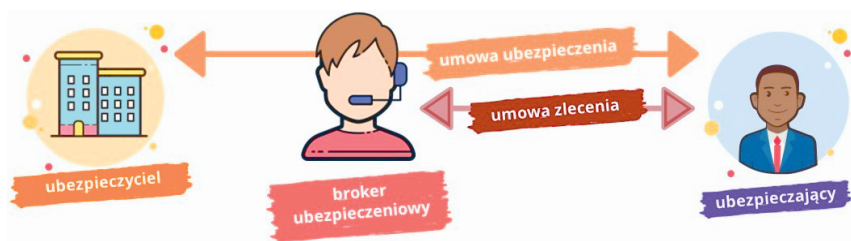
MULTIAGENT. Prawo nie zabrania prowadzenia działalności agencyjnej na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w ramach tego samego działu ubezpieczeń (zob. rozważania na temat Zasady sektorowego podziału rynku ubezpieczeniowego). Istotna różnica dotyczy odpowiedzialności za szkody spowodowane przez takiego agenta przy wykonywaniu czynności agencyjnych. Podobnie jak broker jest on zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody spowodowane przez agenta w związku z wykonywaniem działalności agencyjnej. Ubezpieczyciel, w imieniu którego czynności agencyjne wykonuje multiagent, nie odpowiada za takie szkody.

AGENT OFERUJĄCY UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCE. Ustawodawca wyodrębnia kategorię agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, który jako agent wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń, podlegając jednocześnie wpisowi do rejestru agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające. W przypadku tego agenta dystrybucja ubezpieczeń jest działalnością uboczną prowadzoną za wynagrodzeniem. Dla zakwalifikowania dystrybutora ubezpieczeń do tej kategorii muszą być spełnione łącznie do-

datkowe warunki: dystrybucja ogranicza się do ubezpieczenia uzupełniającego dostarczane towary lub świadczone usługi i nie odnosi się do umowy ubezpieczenia na życie lub umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, chyba że taka umowa jest uzupełnieniem dostarczanych towarów lub świadczonych usług w ramach podstawowej działalności przedsiębiorcy. Pomimo spełnienia powyższych warunków agentem oferującym ubezpieczenia uzupełniające nie jest instytucja kredytowa (bank lub SKOK) lub firma inwestycyjna. Agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające nie ma kompetencji do dystrybucji ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym (art. 4 ust. 7 u.d.u.). Ustawodawca w niewielkim stopniu różnicuje zakres obowiązków spoczywających na agentach. W odróżnieniu od agenta ubezpieczeniowego agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające nie ma obowiązku informować klienta ubezpieczeniowego o posiadaniu akcji zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu. Nie dotyczy go również obowiązek doskonalenia zawodowego.

BROKER UBEZPIECZENIOWY – DEFINICJA. Broker ubezpieczeniowy to pośrednik ubezpieczeniowy, który w ramach prowadzonej przez siebie działalności brokerskiej wykonuje czynności w imieniu lub na rzecz klienta ubezpieczeniowego, działając przy tym na podstawie zezwolenia wydanego przez organ nadzoru oraz wpisu do rejestru brokerów. Zakres usług świadczonych przez brokera wyznacza przede wszystkim umowa brokerska. W odróżnieniu od umowy agencyjnej nie jest to umowa nazwana uregulowana w kodeksie cywilnym. Przypomina umowę zlecenia. Broker posiada status przedsiębiorcy jako osoba fizyczna lub osoba prawna prowadząca działalność gospodarczą, jaką jest pośrednictwo ubezpieczeniowe, we własnym imieniu. W odróżnieniu od agentów ubezpieczeniowych nie przewidziano wykonywania działalności brokerskiej przez przedsiębiorców mających postać tzw. ułomnych osób prawnych (jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi) (rys. 13).

CZYNNOŚCI BROKERSKIE A DZIAŁALNOŚĆ BROKERSKA. Podobnie jak w odniesieniu do działalności agencyjnej również działalności brokerskiej nie należy utożsamiać z czynnościami brokerskimi. Działalność brokerska stanowi rodzaj pośrednictwa ubezpieczeniowego obejmujący



Rysunek 13. Broker ubezpieczeniowy

poza wykonywaniem czynności brokerskich również organizowanie i nadzorowanie wykonywania tych czynności. Jest to działalność licencjonowana, a wymogiem uzyskania zezwolenia jest spełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej brokera. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje rekompensatę szkód wyrządzonych klientowi, osobie uprawnionej z umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, zakładowi ubezpieczeń lub zakładowi reasekuracji, w tym także szkody wyrządzone przez osoby fizyczne, przy pomocy których broker ubezpieczeniowy lub broker reasekuracyjny wykonuje czynności brokerskie w zakresie ubezpieczeń lub w zakresie reasekuracji (art. 28 u.d.u.). Zgodnie z treścią art. 29 i 58 u.d.u. wpisem do rejestru objęci są nie tylko brokerzy – przedsiębiorcy, ale również wszystkie osoby, przy pomocy których brokerzy ci wykonują czynności brokerskie, a także członkowie zarządu brokerów będących osobami prawnymi, których połowa musi spełniać wymagania konieczne do wykonywania czynności brokerskich. Różnica między tymi trzema kategoriami sprowadza się do tego, że osoby, przy pomocy których broker wykonuje czynności brokerskie oraz członkowie zarządu brokera będącego osobą prawną same nie składają wniosku o wpis. Zgodnie z art. 29 ust. 2 u.d.u. robi to za nie broker – przedsiębiorca chcący we własnym imieniu podjąć działalność brokerską.

CZYNNOŚCI BROKERSKIE – WYMOGI. Czynności brokerskie (podobnie jak czynności agencyjne) wykonywane być mogą jedynie przez osoby fizyczne, spełniające wymogi ustawowe (art. 34 ust. 4 pkt 1 lit a) – e) u.d.u.), to jest:

a) mające pełną zdolność do czynności prawnych,

- b) niemogące być prawomocnie skazane za umyślne przestępstwo przeciwko: życiu i zdrowiu, wymiarowi sprawiedliwości, ochronie informacji, wiarygodności dokumentów, mieniu, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, skarbowe,
- c) dające rękojmię należytego wykonywania działalności brokerskiej odpowiednio w zakresie ubezpieczeń lub reasekuracji,
- d) posiadające co najmniej wykształcenie średnie lub średnie branżowe, które zdały egzamin przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych odpowiednio do zakresu działalności albo uzyskały odpowiednie zwolnienie z egzaminu.

Zgodnie z art. 34 ust. 8 u.d.u. warunku zdania egzaminu nie stosuje się do osób fizycznych, które:

- a) co najmniej przez 5 lat wykonywały u jednego lub większej liczby brokerów ubezpieczeniowych czynności bezpośrednio związane z czynnościami brokerskimi w zakresie ubezpieczeń w okresie 10 lat bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku,
- b) posiadają pozytywne opinie brokerów ubezpieczeniowych, pod kierunkiem których wykonywały czynności, o których mowa w pkt a,
- c) na wniosek jednostek organizacyjnych uczelni uprawnionych do nadawania stopnia naukowego doktora nauk ekonomicznych lub doktora nauk prawnych (wydziały prawa i/lub wydziały ekonomii i/lub wydziały zarządzania uniwersytetów) Komisja Egzaminacyjna dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych uczelni uznaje studia wyższe za równorzędne, jeżeli zakresem kształcenia obejmują one zakres tematów egzaminu dla brokerów ubezpieczeniowych lub zakres tematów egzaminu dla brokerów reasekuracyjnych. Komisja Egzaminacyjna, na wniosek osoby fizycznej, zwalnia ją z egzaminu, jeżeli osoba ta ukończyła uznane przez Komisję studia wyższe, o których mowa powyżej, oraz zdała egzaminy na tych studiach przeprowadzone w formie pisemnej, a od ukończenia studiów nie upłynęło więcej niż 3 lata.

BROKER UBEZPIECZENIOWY JAKO POŚREDNIK NIEZALEŻNY. Działając na rzecz klienta, broker powinien pozostawać niezależny od zakładu ubezpieczeń. Niezależność tę mają zagwarantować regulacje art. 31 u.d.u. dotyczące zakazów powiązań między brokerem a zakładem ubezpieczeń. Ów zakaz obejmuje również zakaz powiązań pomiędzy brokerami

ubezpieczeniowymi a agentami ubezpieczeniowymi, działającymi w imieniu zakładów ubezpieczeń. Zakaz pozostawania w stałym stosunku umownym z zakładem ubezpieczeń obejmuje wszystkie stosunki umowne z wyjątkiem wyraźnie wyłączonych. Zakazane jest bycie członkiem organów zarządzających, przez które należy rozumieć uczestnictwo w zarządzie lub radzie nadzorczej spółki kapitałowej będącej zakładem ubezpieczeń, lub agentem, a także w zarządzie spółki partnerskiej będącej agentem. Zakaz posiadania akcji lub udziałów zakładów ubezpieczeń przez agentów dotyczy wszelkich akcji poza notowanymi na rynku regulowanym. Pojęcie rynku regulowanego należy rozumieć zgodnie z przepisami art. 21 i n. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 89, ze zm.) (dalej: u.o.i.f.). Obejmuje ono rynek giełdowy prowadzony przez Spółkę Papierów Wartościowych S.A. oraz rynek pozagiełdowy prowadzony przez spółkę BondSpot S.A. Zgodnie z art. 30 ust. 5 u.o.i.f. nabycie akcji lub udziałów należy każdorazowo zgłaszać organowi nadzoru. Ponadto zakazano pozostawania przez brokera z zakładem ubezpieczeń lub agentem w innych relacjach, które mogłyby zagrażać wykonywaniu działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń z zachowaniem obowiązku postępowania uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie.

Źródła prawa

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/39/WE z dnia 21 kwietnia 2004 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych zmieniająca dyrektywę Rady 85/611/EWG i 93/6/EWG i dyrektywę 2000/12/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylająca dyrektywę Rady 93/22/EWG (Dz. Urz. UE L 145 z 30.4.2004 r.)
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2006/48/WE z dnia 14 czerwca 2006 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności przez instytucje kredytowe (Dz. Urz. UE L 177 z 30.6.2006 r.)
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności (Dz. Urz. UE L 263/11 z 7.10.2009 r.)

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz. Urz. UE L 335/1 z 17.12.2009 r.)
- Dyrektywa Rady 2001/86/WE z dnia 8 października 2001 r. uzupełniająca statut spółki europejskiej w odniesieniu do uczestnictwa pracowników (Dz. Urz. WE L 294/22 z 10.11.2001 r.)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2015 r. w sprawie szczegółowego sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego (Dz. U., poz. 2338)
- Rozporządzenie Rady 2157/2001/WE z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE) (Dz. Urz. WE L 294/1 z 10.11.2001 r.)
- Ustawa z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2175)
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 2168, ze zm.)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o nadzorze uzupełniającym nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń, zakładami reasekuracji i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratów finansowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2146, ze zm.)
- Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 180, ze zm.)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2015 r. o obrocie instrumentami finansowymi (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 89, ze zm.)
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 381, ze zm.)
- Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1881)

Orzecznictwo

- Orzeczenie SN z dnia 15 lutego 2002 r., III CZP 85/01, „Wokanda” 2002, nr 4, poz. 8

Literatura

- Bagińska E., *Wpływ klauzul generalnych na proces zawierania umowy ubezpieczenia w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2019, nr 3.
- Biała Księga w sprawie ubezpieczeniowych systemów gwarancyjnych, KOM(2010)370, Bruksela 2010.
- Byczko S., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Warszawa 2013.
- Fras M., Kucharski B., Malinowska K., Maśniak D., Szaraniec M., *Dystrybucja ubezpieczeń. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Grzeszczak G., *Implementacja dyrektywy Wyplącalność II – perspektywa prawa europejskiego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 1.
- Iwanicz-Drozdowska M., *Integracja rynków finansowych – jej rodzaje i znaczenie*, w: *Integracja rynków finansowych w Unii Europejskiej od A do Z*, Warszawa 2009 [przedruk w: „Bank i Kredyt” 2007, nr 1].
- Kontrakty na rynku ubezpieczeń. Komentarz do przepisów i warunków ubezpieczenia*, red. D. Fuchs, K. Malinowska, D. Maśniak, Warszawa 2020.
- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń 2002.
- Kucharski B., *Odpowiedzialność ubezpieczyciela za czynności agenta*, „Przegląd Sądowy” 2018, nr 2.
- Markiewicz M., Opacka U., *Integracja rynków finansowych w Unii Europejskiej*, w: *Finanse*, red. Z. Brodecki, Warszawa 2004.
- Maśniak D., *Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych*, w: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. 1: *Komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń*, red. Z. Brodecki, M. Serwach, M. Glicz, Warszawa 2010, wyd. 2.
- Nieborak T., *Nowe podejście do kwestii nadzoru finansowego*, „Prawo Bankowe” 2006, nr 5.
- Szaraniec M., *Klauzula interesu publicznego i określenia nieostre – próba wyodrębnienia tych pojęć na gruncie ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze. Wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnela, Warszawa 2011.
- Wąsiewicz A., *Ubezpieczenia komunikacyjne*, oprac. M. Orlicki, M. Wąsiewicz, Bydgoszcz–Toruń 2001.

Wieczorek E., *Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Komentarz do ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym*, w: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. 1: *Komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń*, red. Z. Brodecki, M. Glicz, M. Serwach, Warszawa 2010.

Rozdział 5

Ochrona klienta

5.1. Klient jako słabsza strona stosunku ubezpieczenia

KLIENT – POJĘCIE. Klient jest adresatem zabiegów dystrybutora nakierowanych na zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia. Pojęcie to obejmuje nie tylko stronę umowy ubezpieczenia (ubezpieczającego), beneficjenta ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczonego), ale i potencjalnego ubezpieczającego, któremu proponowany jest produkt ubezpieczeniowy jeszcze przed zawarciem umowy (art. 3 ust. 1 pkt 10) u.d.u.).

KONSUMENT A KLIENT – ZAKRES OCHRONY. Celem wprowadzenia pojęcia klienta było rozszerzenie ochrony na podmioty korzystające lub rozważające korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej. Generalnie w obrocie gospodarczym szczególnie chroniony jest konsument jako słabsza strona stosunku prawnego. Zgodnie z art. 22¹ k.c. konsumentem jest osoba fizyczna, dokonująca z przedsiębiorcą czynności prawnej, niezwiązana bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową tej osoby. Zastąpienie pojęcia konsument dużo szerszym pojęciem klient stanowi o zmierzchu konsumenckiej ochrony na rynku ubezpieczeniowym. Prawodawca unijny, a za nim prawodawca krajowy, uznał wszystkie podmioty bez względu na ich formę organizacyjnoprawną i związek z działalnością gospodarczą za słabsze strony stosunku ubezpieczenia. Zakres ochrony rozszerzył jeszcze bardziej, obejmując nią również potencjalnego ubezpieczającego czy podmiot niedokonujący jeszcze czynności prawnej (umowy ubezpieczenia).

ZMIANA PARADYGMATU OCHRONY KONSUMENTA USŁUG UBEZPIECZENIOWYCH. W ostatniej dekadzie zauważalne jest odejście od modelu konsumenta racjonalnego na rzecz modelu konsumenta nieostrożnego

i mało spostrzegawczego, które stało się fundamentem ochrony przez informację¹. Doprowadziło ono do przeciążenia informacyjnego, którego konsument usług ubezpieczeniowych stał się świetnym przykładem². To spowodowało zmianę myślenia. Zaczęto podkreślać, że celem ochrony nie powinno być jedynie przekazanie wiedzy i umiejętności, lecz wykształcenie zdolności świadomego z nich korzystania, umożliwiającego podejmowanie właściwych decyzji w odniesieniu do zarządzania środkami finansowymi³. Tak należy również interpretować odniesienie do świadomości klienta w treści art. 8 ust. 1 u.d.u.

5.2. Ochrona instytucjonalna

URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTA (UOKiK). Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta jest centralnym organem administracji państwowej. Do podstawowych kompetencji Prezesa należy kształtowanie polityki ochrony konsumentów. Organ powołany jest do ochrony interesów wszystkich konsumentów, czyli również konsumentów usług ubezpieczeniowych. Z tego punktu widzenia do istotnych uprawnień zaliczyć należy przede wszystkim prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Postępowania takie mogą zakończyć się odpowiednio nakazem zaniechania kwestionowanych działań, nakazem usunięcia trwających skutków naruszenia, a także nałożeniem kary pieniężnej. Prezes UOKiK uprawniony jest jeszcze przed rozstrzygnięciem sprawy do wydania decyzji tymczasowej, w której może zobowiązać przedsiębiorcę (ubezpieczyciela) do zaniechania określonych działań w celu zapobieżenia

¹ Szerzej zob. D. Cyman, *Kierunki zmian ochrony konsumenta usług finansowych w Unii Europejskiej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Oeconomia” 2016, vol. 50, no. 4, s. 42 i n.

² D. Maśniak, *Doinformowanie czy przeciążenie informacyjne w stosunkach bancassurance, czyli o zakresie informowania ubezpieczonych*, w: *Informacja w prawie ubezpieczeń gospodarczych*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Warszawa 2015, s. 222–232.

³ Zob. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego 2011/C 318/04 z dnia 29 października 2011 r. w sprawie edukacji finansowej i odpowiedzialnego wykorzystywania produktów finansowych (opinia z inicjatywy własnej) (Dz. Urz. UE C 318/24 z 29.10.2011 r.).

poważnym i trudnym do usunięcia zagrożeniom dla konsumentów. Ponadto Prezes UOKiK może prowadzić postępowania w sprawie uznania postanowień wzorca umownego (ogólnych warunków ubezpieczenia) za niedozwolone (zob. poniżej zagadnienie abstrakcyjnej kontroli ogólnych warunków ubezpieczenia), a także podawać do publicznej wiadomości, w tym na stronie internetowej urzędu, ostrzeżenia konsumenckie. Ostrzeżenia takie mogą być wystosowane, jeżeli istnieje szczególnie uzasadnione podejrzenie, że przedsiębiorca (dystrybutor ubezpieczeń) dopuszcza się praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, mogącej spowodować znaczne straty lub niekorzystne skutki dla szerokiego kręgu konsumentów. Dodatkową formą ostrzegawczo-informacyjną są bezpłatne komunikaty dotyczące zachowań i zjawisk, które mogą istotnie zagrażać interesom konsumentów, na mocy art. 31c ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 369, ze zm.) (dalej: u.o.k.k.). Prezes UOKiK zgodnie z art. 31d u.o.k.k. w interesie publicznym ma możliwość wyrażenia istotnego poglądu w indywidualnej sprawie przed sądem powszechnym w zakresie ochrony konkurencji i konsumentów, pełniąc rolę *amicus curiae*, czyli „przyjaciela sądu”⁴.

RZECZNIK FINANSOWY. Celem działalności Rzecznika Finansowego jest wspieranie klientów usług finansowych (w tym klientów ubezpieczeniowych) w sporach z podmiotami rynku finansowego, do których zalicza się dystrybutorów ubezpieczeń. Na każdym etapie można zasięgnąć porady Rzecznika. W przypadku ustalenia, że zgłoszony problem się powtarza i dotyczy wielu osób, Rzecznik informuje KNF. Ma prawo kierować do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powództwo o uznanie postanowień OWU za niedozwolone. Występuje do ministerstwa o zmiany w prawie lub do Sądu Najwyższego o uchwałę

⁴ M. Sieradzka, B. Kotowicz, *Prezes UOKiK – uprawnienie do występowania w roli amicus curiae*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2016, nr 5(815), s. 19; jak podkreślają M. Sieradzka i B. Kotowicz, „określenie to przysługuje osobie lub organizacji, niebędącej stroną w postępowaniu sądowym i dobrowolnie, z własnej inicjatywy, oferując sądowi niewiążącą opinię prawną lub inną dotyczącą przedmiotu postępowania. Opinia ta ma na celu wsparcie sądu w rozstrzygnięciu rozpatrywanej przezeń sprawy. Instytucja «przyjaciela sądu» była już znana w prawie rzymskim. *Amicus curiae* występuje również w systemie *common law* oraz w prawie Unii Europejskiej – ze szczególnym wskazaniem na unijne prawo konkurencji”.

rozstrzygającą różnice w orzecznictwie. Ponadto Rzecznik interweniuje w przypadku negatywnej odpowiedzi na reklamację (zob. szerzej zagadnienie procedury reklamacyjnej) i pełni rolę mediatora w postępowaniu polubownym oraz ma możliwość wyrażenia istotnego poglądu w indywidualnej sprawie przed sądem powszechnym.

KOMISJA NADZORU FINANSOWEGO (KNF). Nadzór ubezpieczeniowy, który bezpośrednio dotyczy działalności dystrybutorów ubezpieczeń, sprawowany jest celem ochrony klientów. Ochrona wypłacalności zakładów ubezpieczeń ma na celu zagwarantowanie spełnienia świadczeń ubezpieczeniowych. Stąd duży nacisk na administracyjnoprawne narzędzia ochrony klienta na unijnym rynku finansowym, w tym klienta ubezpieczeniowego. Owa tendencja uwidacznia się w zwiększaniu kompetencji organu nadzoru w stosunku do dystrybutorów ubezpieczeń, obejmująca kontrolę ich działań również w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia. Do najdotkliwszych środków nadzorczych stosowanych przez KNF należą kary pieniężne nakładane na ubezpieczycieli z uwagi na niedochowanie obowiązków, np. obowiązków informacyjnych lub opóźnienia w spełnianiu świadczeń ubezpieczeniowych (art. 84 u.d.u.).

5.3. Dystrybucja ubezpieczeń

ZASADA RÓWNEGO TRAKTOWANIA KLIENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH. Celem zrównania poziomu ochrony wszystkich podmiotów korzystających z ochrony ubezpieczeniowej, bez względu na sposób zawarcia umowy ubezpieczenia, prawodawca unijny jednym aktem (dyrektywą o dystrybucji ubezpieczeń – tzw. IDD) uregulował działalność pośredników ubezpieczeniowych i zakładów ubezpieczeń w relacji do podmiotu korzystającego z usługi ubezpieczeniowej (potencjalnego ubezpieczającego).

DYSTRYBUCJA UBEZPIECZEŃ – ISTOTA. Wprowadzenie do języka prawnego pojęcia dystrybucji ubezpieczeń wynika z wiernej transpozycji dyrektywy IDD do polskiego systemu prawnego (art. 4 ust. 1 u.d.u.). Prawodawca unijny posłużył się pojęciem „dystrybucja produktów

ubezpieczeniowych”, chcąc objąć jednym pojęciem (jedną regulacją) jak najszerszy zakres czynności podejmowanych przez uczestników rynku ubezpieczeniowego celem udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Wspólną cechą dla działań zakładów ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych jest kontakt z klientem nacechowany ww. celem. Co istotne, tak rozumiana „dystrybucja” obejmuje czynności faktyczne i prawne dokonywane przed zawarciem umowy ubezpieczenia (czy gwarancji ubezpieczeniowej), utrudniając tym samym wykorzystanie cywilistycznego aparatu pojęciowego związanego z czynnością prawną, jaką jest umowa ubezpieczenia. Pojęcie dystrybucji łączy działania ubezpieczycieli i pośredników i wykracza swym zakresem poza zawieranie umowy ubezpieczenia (gwarancji ubezpieczeniowej).

CZYNNOŚCI PRZYGOTOWAWCZE ZMIERZAJĄCE DO ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA. Motorem rozwoju rynku ubezpieczeniowego stał się etap poszukiwania potencjalnego ubezpieczającego. Niestety nadmierne dążenie do osiągnięcia zysków spowodowało nieprawidłowości przybierające postać zachęcania do skorzystania z ochrony nieodpowiadającej potrzebom, zbytecznej. Zdaniem organów unijnych nieprawidłowe praktyki ułatwiał brak sformalizowania czynności przygotowawczych do zawarcia umowy, poprzedzających procedurę zawierania umowy. Istotną cechą takich czynności jest nakierowanie na zawarcie umowy ubezpieczenia (gwarancji ubezpieczeniowej). Stąd przez dystrybucję rozumieć należy: proponowanie, zachęcanie, nakłanianie do zawarcia umowy, selekcję i dobór klientów, spotkania i kontakt osobisty lub za pomocą środków porozumiewania się na odległość, który zmierza do zawarcia umowy. Do takich czynności zaliczyć należy również negocjowanie warunków umowy czy objaśnianie klauzul wzorców umownych (OWU).

DORADZANIE JAKO CZYNNOŚĆ PRZYGOTOWAWCZA A PORADA BROKERSKA. Dyrektywa IDD posługuje się dwoma pojęciami: „doradzanie” i „doradztwo”. Pierwsze z nich użyte jest w definicji pojęcia „dystrybucja” jako przykład czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umowy ubezpieczenia. Może być utożsamiane z czynnościami charakteryzującymi działalność każdego z dystrybutorów dokonujących analizy wymagań i potrzeb klienta i udzielających w jej konsekwencji odpo-

wiednich informacji. Doradztwo to nie tylko udzielanie informacji, ale rekomendowanie, czyli dokonanie wyboru przez dystrybutora, z którego klient może skorzystać⁵. Prawodawca unijny zakłada, że tak rozumiane „doradztwo” charakteryzuje działalność jedynie części z dystrybutorów. Korzystając ze swobody pozostawionej przez prawodawcę unijnego, polski ustawodawca powiązał „doradztwo” jedynie z działalnością brokerską.

ZAWIERANIE UMOWY UBEZPIECZENIA JAKO CZYNNOŚĆ DYSTRYBUCYJNA. Czynności dystrybucyjne koncentrują się wokół kluczowej dla działalności ubezpieczeniowej czynności prawnej, jaką stanowi umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia to podstawowy sposób korzystania z ochrony ubezpieczeniowej na rynku ubezpieczeniowym (szerzej zob. rozważania na temat umowy ubezpieczenia). Ustawodawca uwzględnia rolę pośredników w procedurze zawierania umowy ubezpieczenia, podkreślając jednocześnie konieczność równego traktowania klientów bez względu na sposób dotarcia do nich z ochroną (bezpośrednio czy przez pośredników). Dotyczy to również drugiego sposobu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jakim jest umowa gwarancji ubezpieczeniowej (zob. gwarancja ubezpieczeniowa).

DYSTRYBUCJA PRZEZ STRONĘ INTERNETOWĄ. Idąc z postępem, prawodawca unijny podkreślił znaczenie stron internetowych jako sposobu dotarcia do klienta. Jednocześnie wyraźnie odróżnił wykorzystywanie stron internetowych dla celów marketingowych czy reklamowych od takiego konstruowania stron internetowych czy innych mediów, które umożliwiają klientowi zawarcie umowy⁶. Tym samym przegładarki in-

⁵ Nieco inaczej: M. Szaraniec, *Przyszły model pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce w zakresie świadczenia usługi doradztwa – propozycje na tle dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (IDD)*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2, s. 32–43.

⁶ Zob. motyw 12 preambuły dyrektywy IDD: „Niniejsza dyrektywa powinna mieć zastosowanie do osób, których działalność polega na udzielaniu informacji na temat umowy lub umów ubezpieczenia w odpowiedzi na kryteria wybrane przez klienta, za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów, lub na udostępnianiu rankingów produktów ubezpieczeniowych lub zapewnianiu zniżki od ceny umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy klient jest w stanie bezpośrednio lub pośrednio zawrzeć umowę ubezpieczenia na końcowym etapie tego procesu. Niniejsza dyrektywa nie powinna mieć zastosowania do stron internetowych zarządzanych przez organy publiczne lub stowarzyszenia konsumentów, niesłużących zawarciu jakiejkolwiek umowy, a jedynie porównaniu produktów ubezpieczeniowych dostępnych na rynku”.

ternetowe⁷ służące jedynie do porównywania produktów ubezpieczeniowych dostępnych na rynku nie będą traktowane jako dystrybucja ubezpieczeń. Istotne jest, czy klient jest w stanie za pomocą danego medium zawrzeć umowę ubezpieczenia (gwarancji ubezpieczeniowej). Zatem jeżeli ranking stawek ubezpieczeniowych (bonusów i malusów) umożliwia klientowi przekierowanie do strony ubezpieczyciela, gdzie klient może sfinalizować zawarcie umowy ubezpieczenia, traktować to należy jako dystrybucję ubezpieczeń.

CZYNNOŚCI DYSTRYBUCYJNE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ. Ustawodawca odróżnia pojęcie dystrybucji od pojęcia czynności dystrybucyjnych, które odnoszone są do konkretnych pracowników zakładu ubezpieczeń. Nie wprowadza definicji pracownika, co uzasadnia odwołanie do definicji „pracownika” przyjętej w art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1040, ze zm.) (dalej: k.p.)⁸. Mając na uwadze, że pracownikiem jest osoba pozostająca w stosunku pracy, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, osoby współpracujące z zakładem ubezpieczeń, wykonujące powierzone zadania w oparciu o umowę zlecenia, o dzieło lub inne umowy cywilnoprawne nie są uprawnione do wykonywania czynności dystrybucyjnych. Uprawnienie do wykonywania czynności dystrybucyjnych, najczęściej określonych rodzajowo, wynikać powinno z treści umowy o pracę lub innych dokumentów stanowiących źródło stosunku pracy.

CZYNNOŚCI DYSTRYBUCYJNE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ JAKO CZYNNOŚCI UBEZPIECZENIOWE. Pomimo wprowadzenia pojęcia dystrybucji ubezpieczeń odnoszonej do działalności wszystkich przedsiębiorców działających na rynku ubezpieczeniowym prawodawcy zarówno unijni, jak i krajowi zwracają uwagę na różnice pomiędzy czynnościami dystrybucyjnymi pośredników i ubezpieczycieli. W odniesieniu do ubezpieczycieli dochodzi do podwójnej regulacji, co utrudniać może ustalenie zakresu obowiązków ubezpieczycieli i zależności pomiędzy normami

⁷ P. Kukuryk, *Uwagi o statusie prawnym internetowych porównywarek ubezpieczeniowych*, w: *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych: wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnella, M. Szaraniec, Warszawa 2017, s. 283–297.

⁸ Jest to tożsame z wykładnią przyjętą w uzasadnieniu do projektu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zgodnie z którym „projekt ustawy w ślad za dyrektywą posługuje się pojęciem pracowników zakładów ubezpieczeń zakładów reasekuracji, dokonując w ten sposób ograniczenia form zatrudnienia do form opartych na stosunku pracy”.

wynikającymi z ustawy o dystrybucji ubezpieczeń i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Działalność ubezpieczeniowa sprowadza się do dokonywania „czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych” (art. 4 ust. 1 u.d.u.r.). Ta szeroka definicja pozwala na uznanie czynności dystrybucyjnych zakładu ubezpieczeń za czynności ubezpieczeniowe⁹.

CZYNNOŚCI DYSTRYBUCYJNE W UBEZPIECZENIACH GRUPOWYCH.

Z uwagi na brak szczegółowych uregulowań dotyczących ubezpieczeń grupowych w doktrynie toczy się spór o ich charakter prawny. Dotyczy on w szczególności kwalifikacji prawnej ubezpieczającego i osób działających w jego imieniu (tzw. zosiek)¹⁰. Są to osoby, które najczęściej na podstawie umowy zlecenia lub innej umowy cywilnoprawnej organizują i administrują przystępowanie do umowy ubezpieczenia grupowego. Rozszerzając zakres podmiotowy stosunku ubezpieczenia po stronie ubezpieczającego poprzez przystępowanie ubezpieczonych do umowy ubezpieczenia, osoby organizujące i administrujące przystępowanie nie powinny być utożsamiane z ubezpieczycielem. Za takim rozumowaniem przemawia zakaz ich wynagradzania przez ubezpieczyciela przewidziany w art. 18 ust. 1 u.d.u.r. Niestety zakaz ów został istotnie osłabiony wyjątkiem dopuszczalności takiego wynagrodzenia z tytułu „umów zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych” (art. 18 ust. 3 u.d.u.r.). Stąd narzucenie ubezpieczającemu na cudzy rachunek obowiązków charakterystycznych dla dystrybutorów (art. 18 ust. 4 i 5 u.d.u.r.). Ze względu na specyfikę ubezpieczeń grupowych rola ubezpieczającego

⁹ Tak; też D. Maśniak, K. Malinowska, *Czynności dystrybucyjne w nowym reżimie zawierania umów ubezpieczenia – wybrane aspekty implementacji dyrektywy nr 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2, s. 9

¹⁰ Por. M. Orlicki, *Kilka uwag o przepisach dotyczących ubezpieczeń na cudzy rachunek w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*, „Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 1, s. 14; tenże, *O pojęciu „grupy” w ubezpieczeniach grupowych*, „Prawo Asekuracyjne” 2014, nr 1, s. 5; M. Fras, *O dwóch typach umowy ubezpieczenia grupowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 3, s. 32; tenże, *Umowa ubezpieczenia grupowego: aspekty prawne*, Warszawa 2015, s. 178–179.

ulega zmianie z uwagi na brak możliwości przeprowadzenia przez dystrybutorów analizy wymagań i potrzeb (zob. szerzej zagadnienie analizy wymagań i potrzeb) podmiotów korzystających z ochrony ubezpieczeniowej – ubezpieczonych. Przystępujący do umowy ubezpieczenia ubezpieczony może być anonimowy. Z uwagi na stosunki prawne łączące ubezpieczającego z przystępującymi do umowy ubezpieczonymi i pozostawanie z nimi w bezpośredniej relacji ubezpieczający w stosunkach ubezpieczenia grupowego pełni rolę dystrybutora. Co oczywiste, ani on, ani jego pracownicy nie wykonują czynności dystrybucyjnych zakładu ubezpieczeń¹¹.

5.4. Najlepiej pojęty interes klienta jako zasada ogólna działalności dystrybucyjnej

NAJLEPIEJ POJĘTY INTERES KLIENTA JAKO KLAUZULA GENERALNA. Prawodawca unijny narzucił dystrybutorom obowiązek kierowania się najlepiej pojętym interesem klienta (art. 7 u.d.u.). Klauzule generalne nadają stosowaniu przepisów bezpośredni sens aksjologiczny, odsyłają do systemu pozaprawnych ocen moralnych, służą wypełnianiu prawa, gdyż odwołują się do powszechnie uznanych w kulturze naszego społeczeństwa wartości, które są jednocześnie dziedzictwem wartości i składnikiem kultury europejskiej. Niejednokrotnie Trybunał Konstytucyjny zwracał uwagę na konieczność rozwagi i roztropności w zakresie korzystania z nich¹². Klauzule generalne nabierają normatywnego znaczenia dopiero w konkretnych sytuacjach. Dlatego istotne jest intepretowanie „najlepiej pojętego interesu” w konkretnym kontekście. W znalezieniu normatywnego znaczenia – indywidualizacji normy prawnej – istotną rolę odgrywa ust. 2 art. 8 u.d.u. odnoszący ową klauzulę generalną do

¹¹ Tak też: Komentarz do art. 4, w: *Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz*, red. P. Machulak, J. Ziemia, Warszawa 2018, Legalis.

¹² Przykładowo: wyrok TK z dnia 17 października 2000 r. (SK 5/99, OTK 2000/7/254) kluczowy dla interpretacji klauzul z art. 5 k.c.; szerzej zob. M. Śliwka, *Znaczenie zwrotów nie-dookreślonych na tle orzecznictwa polskiego Trybunału Konstytucyjnego*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2010, nr 13, s. 261–272.

sposobu wynagradzania dystrybutora – do zakazu *misselingu*, czyli „chybionej dystrybucji”.

NAJLEPIEJ POJĘTY INTERES KLIENTA A WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA.

Podobnie jak prawodawca unijny ustawodawca powiązał powinność kierowania się najlepiej pojętym interesem ze sposobem wynagradzania dystrybutora. W szczególności dystrybutor ubezpieczeń nie może dokonywać jakichkolwiek ustaleń dotyczących wynagrodzeń, celów sprzedaży lub innych kwestii, które mogłyby stanowić zachętę dla niego lub jego pracowników do rekomendowania klientowi konkretnego produktu ubezpieczeniowego, w sytuacji gdy dystrybutor ubezpieczeń mógłby zaoferować inny produkt ubezpieczeniowy, który lepiej odpowiadałby potrzebom klienta. Za przykład powyżej wskazanej, zakazanej praktyki służyć może uzyskiwanie przez brokerów dodatkowego wynagrodzenia określanego jako „nadprowizja”. Jest ona traktowana w praktyce jako składnik wynagrodzenia przyznawany brokerowi za osiągnięcie określonych przychodów z umów ubezpieczenia zawartych za jego pośrednictwem lub w przypadku niskiej szkodowości klientów. Takie ustalenia uznać należy za sprzeczne z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów nałożonym na wszystkich dystrybutorów w myśl ust. 2 art. 8 u.d.u.¹³

NAJLEPIEJ POJĘTY INTERES KLIENTA A KATEGORIE DYSTRYBUTORÓW.

Zakres podmiotowy obowiązku kierowania się najlepiej pojętym interesem klienta obejmuje wszystkich dystrybutorów, czyli zarówno pośredników ubezpieczeniowych, jak i zakłady ubezpieczeń. Interpretacja tego obowiązku różni się w zależności od kategorii dystrybutora. W przypadku pośrednika ubezpieczeniowego mamy do czynienia z podmiotem, który nie działa we własnym interesie, we własnym imieniu lub na własną rzecz, lecz reprezentuje interes jednej ze stron umowy i jako taki nie ma swojego własnego interesu w zawieranej umowie. Pośrednik realizuje interes strony umowy (mocodawcy), co determinuje sposób realizacji obowiązku kierowania się najlepiej pojętym interesem klienta. Pośrednik wykonuje obowiązek o treści tożsamej do obowiązku

¹³ Szerzej na temat relacji pomiędzy dystrybutorami zob. K. Malinowska, *Broker a ubezpieczyciel*, w: *Broker w świetle prawa i praktyki ubezpieczeniowej*, red. M. Serwach, Łódź 2012, s. 139.

obciążającego jego mocodawcę¹⁴. Podział polskiego rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego oparty na kryterium powiązania ze stroną umowy ubezpieczenia skutkuje różnicą w interpretacji obowiązku kierowania się najlepiej pojętym interesem klienta. Inaczej rozumiany być powinien w przypadku agentów ubezpieczeniowych, a inaczej w przypadku brokerów.

NAJLEPIEJ POJĘTY INTERES KLIENTA PRZEZ BROKERA. Broker jako pośrednik działający w imieniu i na rzecz klienta jest związany z nim obowiązkiem lojalności wynikającym z natury łączącego ich stosunku prawnego, stąd kierowanie się „najlepiej pojętym interesem klienta” stanowi ogólny wymóg, na którego konkretyzację składają się szczegółowe obowiązki ciążące na brokerze. Obowiązek lojalności wobec klienta to jeden z podstawowych obowiązków pośrednika. Oznacza on obowiązek dbałości o interesy mocodawcy (*duty of care*) i obowiązek zapewnienia jak najlepszej porady¹⁵ (zob. niżej zagadnienie porady brokerskiej).

NAJLEPIEJ POJĘTY INTERES KLIENTA PRZEZ AGENTA. Na agencie ciąży obowiązek lojalności wobec drugiej strony umowy ubezpieczenia – zakładu ubezpieczeń – wynikający ze stosunku agencyjnego uregulowanego przepisami kodeksu cywilnego odnoszącymi się do umowy agencyjnej. Zgodne z art. 760 k.c. każda ze stron umowy agencyjnej jest zobowiązana do lojalności wobec drugiej¹⁶. Postępowanie agentów (w tym agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające) powinno być uczciwe, rzetelne, profesjonalne i zgodne z najlepiej pojętym interesem klientów, ale jednocześnie musi ono być lojalne wobec zakładu ubezpieczeń. Ów obowiązek lojalności nie stoi w sprzeczności z obowiązkiem kierowania się najlepiej pojętym interesem klienta. Lojalność agenta nie polega bowiem na zapewnieniu ubezpieczycielowi dochodów poprzez łamanie prawa, wprowadzanie klientów w błąd, oferowanie im umów dla nich zbędnych, bezużytecznych lub niekorzystnych¹⁷.

¹⁴ Zob. K. Malinowska, *Najlepszy interes klienta – rozważania na tle regulacji o dystrybucji ubezpieczeń*, w: *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych...*, s. 113.

¹⁵ Por. tamże, s. 118.

¹⁶ Por. J. Pokrzywniak, Obowiązek lojalności jako element stosunku obligacyjnego, „Monitor Prawniczy” 2003, nr 19, s. 885 i n.; K. Górny, w: *Kodeks cywilny*, t. 2: *Komentarz. Art. 450–1088*, red. M. Gutowski, Warszawa 2016, Legalis.

¹⁷ Tak: K. Malinowska, *Najlepszy interes klienta...*, s. 114.

NAJLEPIEJ POJĘTY INTERES KLIENTA PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ. Obowiązek kierowania się najlepiej pojętym interesem ciąży również na zakładach ubezpieczeń. Obowiązek ten należy rozumieć w sposób podobny jak w przypadku agenta ubezpieczeniowego. Co istotne, komentowany obowiązek ciąży zarówno na zakładzie ubezpieczeń, jak i na jego pracownikach wykonujących czynności dystrybucyjne. Ciążący na nim obowiązek dbania o dobro zakładu pracy (zgodnie z art. 100 § 2 pkt 4 k.p.) nie stoi w sprzeczności z obowiązkiem kierowania się najlepiej pojętym interesem klienta, o ile przez dobro ubezpieczyciela nie będziemy rozumieć osiągania dochodów kosztem klienta¹⁸.

OBOWIĄZEK PROFESJONALIZMU, RZETELNOŚCI I UCZCIWOŚCI. Narzucony przez ustawodawcę obowiązek (art. 7 ust. 1 u.d.u.) wiązać należy z obowiązkiem należytej staranności, która w przypadku przedsiębiorców, jakimi są wszyscy dystrybutorzy ubezpieczeń, oceniana jest przez pryzmat prowadzonej działalności gospodarczej wymagającej profesjonalizmu¹⁹ w określonej dziedzinie, tu dystrybucji ubezpieczeń. Jako kryterium staranności przedsiębiorcy przyjmuje się uczciwość obrotu, dotycząca świadczenia usług ubezpieczeniowych lub usług pośrednictwa ubezpieczeniowego. Staranność należy wiązać z działalnością konkretnego dystrybutora. Nie ma również sprzeczności między wymogiem profesjonalizmu w postępowaniu agenta a jego lojalnością wobec ubezpieczyciela²⁰. Profesjonalizm, uczciwość i rzetelność stanowią fun-

¹⁸ Inaczej M. Orlicki, który twierdzi, że pracownicy ubezpieczyciela (podobnie jak agenci ubezpieczeniowi) obowiązani są do przedkładania interesu swojego pracodawcy ponad interes kontrahentów, tenże, *Aksjologia dystrybucji ubezpieczeń – kryteria uznawania działań dystrybutora za zgodne z prawem i etyczne w: Dystrybucja usług ubezpieczeniowych...*, s. 22.

¹⁹ Ocena należytej staranności w prowadzonej działalności gospodarczej jest oczywiście surowsza od staranności ogólnie wymaganej, ponieważ w istotę działalności gospodarczej wkomponowane jest wymaganie niezbędnej wiedzy fachowej, obejmującej nie tylko czysto formalne kwalifikacje, ale także doświadczenie wynikające z praktyki zawodowej oraz ustalone zwyczajowo standardy wymagań, na co wielokrotnie zwracał uwagę Sąd Najwyższy w orzeczeniach, por. wyrok SN z dnia 22 września 2005 r., IV CK 100/05, niepubl.; wyrok SN z dnia 7 maja 2004 r., I CK 625/03, LEX nr 479 350; wyrok SN z dnia 25 lipca 2013 r., II CSK 613/12, niepubl.

²⁰ Tak: K. Malinowska, *Najlepszy interes klienta...*, s. 114–117; autorka z zasady dobrej wiary (najwyższego zaufania) wyprowadza obowiązek lojalności ubezpieczyciela wobec klienta. Zdaniem autorki lojalność ta jest niczym więcej jak kierowaniem się najlepiej pojętym interesem.

damenty długotrwałej współpracy zgodnej z zasadą dobrej wiary, zwaną też zasadą najwyższego zaufania (zob. szerzej zagadnienie zasady najwyższego zaufania). W interesie ubezpieczyciela leżeć powinna długotrwała współpraca. W odniesieniu do brokera – profesjonalisty na rynku ubezpieczeniowym, pretendującego do miana zawodu, wymóg uczciwości dotyczy w szczególności zakresu tzw. podwójnego umocowania wynikającego z wynagradzania brokera nie przez osobę reprezentowaną przez brokera (ubezpieczającego), ale przez drugą stronę umowy (ubezpieczyciela).

5.5. Obowiązki dystrybutorów ubezpieczeń na etapie przedkontraktowym

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB – CEL. Narzucony przez prawodawcę unijnego i implementowany przepisami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń obowiązek analizy wymagań i potrzeb klienta ma na celu zaktywizować dystrybutora ubezpieczeń na wstępnym etapie zawierania umowy ubezpieczenia – ustalania istnienia, zakresu i rodzaju ryzyka ubezpieczeniowego po stronie potencjalnego ubezpieczającego.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB – ADRESAT OBOWIĄZKU. Obowiązek analizy wymagań i potrzeb ciąży na tym dystrybutorze, który wykonuje czynności przygotowawcze zmierzające do zawarcia umowy ubezpieczenia (art. 8 ust. 1 u.d.u.) Może się zdarzyć, że takie czynności w odniesieniu do jednej usługi ubezpieczeniowej świadczone konkretnemu klientowi wykonywać będzie więcej niż jeden dystrybutor. Może to mieć miejsce wówczas, gdy zakład ubezpieczeń niektóre czynności z zakresu dystrybucji wykonuje samodzielnie, a niektóre przy wykorzystaniu agenta ubezpieczeniowego, jak również wtedy, gdy klienta reprezentuje broker ubezpieczeniowy. Dlatego w przypadku korzystania z usług brokera to na nim ciążyć będzie omawiany obowiązek, jako na podmiocie pozostającym w bezpośrednim kontakcie z klientem. Bezpośrednia komunikacja z klientem stanowić będzie kryterium wyboru podmiotu, na którym ciąży obowiązek przeprowadzenia analizy. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem

agenta ubezpieczeniowego (bez udziału brokera) to on co do zasady będzie bezpośrednio kontaktował się z klientem, co umożliwi mu przeprowadzenie analizy wymagającej poznania wymagań i potrzeb klienta. Bez względu na sytuację obowiązek analizy wymagań i potrzeb ciążyć będzie tylko na jednym dystrybutorze.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB – ZAKRES PRZEDMIOTOWY. Obowiązek przeprowadzania analizy dotyczy wszystkich rodzajów ryzyk ubezpieczeniowych, w tym dużych ryzyk. Obowiązek analizy stanowi pierwszy etap procedury zawierania umowy, na którym brak jeszcze kwalifikacji ryzyka. Dopiero po tym etapie dystrybutor decyduje, czy ryzyko grożące potencjalnemu ubezpieczającemu stanowi ryzyko masowe czy duże (szerzej na temat ryzyk dużych poniżej). W przypadku kwalifikacji ryzyka jako ryzyka dużego jego powinność sprowadza się do zaproponowania umowy zgodnej z wymaganiami i potrzebami klienta stosownie do art. 8 ust. 3 u.d.u. Nie ma również znaczenia kanał dystrybucji ubezpieczeń (kontakt bezpośredni, telefoniczny, e-mailowy, internetowy).

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB – TREŚĆ I FORMA. Analiza powinna być dokonana przed zawarciem umowy ubezpieczenia, czyli w zgodzie z przepisami kodeksu cywilnego przed doręczeniem polisy ubezpieczeniowej, o ile z treści ustaleń nie wynika inny moment zawarcia umowy ubezpieczenia (art. 809 § 2 k.c.). Zatem może być przeprowadzona w ramach formułowania treści wniosku ubezpieczeniowego. Nie ma przeszkód, aby formularz wniosku ubezpieczeniowego służył do przeprowadzenia analizy. Przepisy nie narzucają formy, w jakiej wykonana ma być analiza, dlatego może być ona przeprowadzona ustnie lub poprzez użycie formularza wniosku ubezpieczeniowego. Dla celów dowodowych (kontroli organu nadzoru) wskazane jest sformalizowanie analizy (forma dokumentowa).

BENEFICJENT ANALIZY WYMAGAŃ W UBEZPIECZENIU NA CUDZY RACHUNEK. Adresatem analizy jest klient (zob. szerzej zagadnienie klienta). Z uwagi na moment przeprowadzania analizy, poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia, desygnatem pojęcia klienta poddawanego analizie będzie poszukujący ochrony ubezpieczeniowej. Analiza powinna obejmować podmiot, którego dotyczy ryzyko ubezpieczeniowe, stąd pytanie o adresata analizy w przypadku ubezpieczeń na cudzy rachunek, w których

dochodzi do sytuacji, kiedy poszukujący ochrony ubezpieczeniowej nie będzie ubezpieczonym, a jedynie ubezpieczającym. W takim przypadku wymagania i potrzeby poszukującego ochrony ubezpieczeniowej odnoszą się nie do jego własnego interesu ubezpieczeniowego, lecz interesu cudzego. Przekazywane przezeń dystrybutorowi ubezpieczeń informacje, które są przedmiotem analizy, powinny zatem opisywać wymagania i potrzeby klienta, ale implikowane przez wymagania i potrzeby przyszłych ubezpieczonych²¹. Pomimo braku wymogu ustawowego i wynikających z tego konsekwencji prawnych analiza wymagań i potrzeb przyszłych ubezpieczonych dokonywana jest przez potencjalnego ubezpieczającego na cudzy rachunek.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB W UBEZPIECZENIACH GRUPOWYCH. Przepisy kodeksu cywilnego dopuszczają zawieranie umowy ubezpieczenia na rachunek anonimowego ubezpieczonego²². W szczególności w ubezpieczeniach grupowych tożsamość ubezpieczonego w ogóle nie będzie znana na moment zawierania umowy ubezpieczenia, a zatem tym bardziej na moment przeprowadzania analizy wymagań i potrzeb klienta. W takiej sytuacji poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, przeprowadzając analizę i przekazując jej wynik dystrybutorowi, powinien dążyć do sformułowania deklaracji ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego modelowego, typowego ubezpieczonego w danych okolicznościach.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB – TREŚĆ. Analiza wymagań i potrzeb klienta to powinność przyjęcia do wiadomości deklaracji ryzyka celem odniesienia jej do świadczonych przez ubezpieczyciela usług ubezpieczeniowych. Powinna sprowadzać się do zadawania pytań przez dystrybutora. Umiejętność sformułowania właściwych pytań jest wyrazem profesjonalizmu dystrybutora. Każdy dystrybutor posiada bowiem „wiedzę o produkcie ubezpieczeniowym oraz określonym rynku doce-

²¹ A. Tarasiuk, B. Wojno, *Group Insurance Distribution – Selected Comments on the Insurance Distribution Directive and its Implementation into the Polish Law*, w: *Insurance Challenges of Anno Domini 2018*, red. K. Malinowska, A. Tarasiuk, Warszawa 2018, s. 136–137.

²² Zgodnie z art. 808 § 1 zdanie drugie k.c.: „Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia”.

lowym tego produktu” (art. 1 ust. 7 u.d.u.)²³. Pytania mają na celu sprecyzowanie ryzyka ubezpieczeniowego, mogą dotyczyć parametrów ochrony i udziału potencjalnego ubezpieczającego w ryzyku. Zarówno prawo- dawca unijny, jak i polski (w art. 8 ust. 3 u.d.u.) zwracają uwagę na związek analizy z oferowaną ochroną: „proponowana umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej powinna być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej”. Jako kryteria formułowanych przez dystrybutora pytań wskazać można: charakter ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczenia, świadomość klienta i rodzaj dystrybutora.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB A CHARAKTER UBEZPIECZENIA. Charakter ubezpieczenia wpływa na zakres analizy. W przypadku powszechnych ubezpieczeń obowiązkowych (do których należą obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne) taka analiza sprowadzi się zasadniczo do ustalenia, czy klient posiada ochronę ubezpieczeniową, oraz pytań, które wpłyną na propozycję wysokości składki ubezpieczeniowej. Inaczej niż w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych pytania mają na celu sprecyzowanie ryzyka ubezpieczeniowego w takim stopniu, aby dystrybutor miał możliwość dopasowania ogólnych warunków ubezpieczenia.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB A RODZAJ UBEZPIECZENIA. Kolejnym kryterium wpływającym na zakres przeprowadzanej analizy jest rodzaj ubezpieczenia związany z rodzajem ryzyka ubezpieczeniowego. Im bardziej specyficzne, nietypowe ryzyko, tym analiza powinna być bardziej szczegółowa²⁴. Analiza potrzeb i wymagań prowadzić ma do zakwalifikowania klienta do określonej na etapie tworzenia produktu ubezpieczeniowego docelowej grupy klientów.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB A RODZAJ DYSTRYBUTORA. Do kryteriów zaliczyć należy również rodzaj dystrybutora. Choć na każdym dystrybutorze pozostającym w bezpośrednim kontakcie z klientem ciąży obowiązek analizy wymagań i potrzeb, to z uwagi na relację z klientem

²³ Por. M. Orlicki, *Analiza potrzeb klienta – rzeczywista czy pozorna?*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2, s. 25.

²⁴ Szczegółowo na temat specyfiki analizy wymagań i potrzeb w ubezpieczeniach OC zob. M. Serwach, *Ustawowy obowiązek oceny potrzeb i wymagań klienta w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej*, „Prawo Asekuracyjne 2019, nr 2, s. 41 i n.

zakres analizy przeprowadzanej przez brokera różnić się będzie od analizy przeprowadzanej przez ubezpieczyciela czy agenta wyłącznego. Celem analizy jest bowiem znalezienie ogólnych warunków ubezpieczenia najlepiej odpowiadających wymaganiom i potrzebom klienta. Jednakże broker ma za zadanie odnieść wyniki analizy do ogólnych warunków ubezpieczenia oferowanych aktualnie na rynku ubezpieczeniowym. Analizę traktować należy jako pierwszy element udzielania porady (zob. zagadnienie porady brokerskiej).

ŚWIADOMOŚĆ KLIENTA JAKO CEL ANALIZY. Na zakres analizy wpływa również świadomość i postawa klienta. Analiza przeprowadzana jest bowiem w granicach wyznaczanych przez klienta. Jeżeli klient w sposób wyraźny formułuje swoje wymagania i potrzeby, rola dystrybutora sprowadza się do wysłuchania go, a nie do zadawania pytań. Trudniejsza sytuacja ma miejsce, gdy klient nie chce współpracować z dystrybutorem. Brak chęci odpowiedzi na zadawane pytania po stronie klienta nie pozbawia, co do zasady, możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia (zob. rozważania poniżej). Jednak również w takiej sytuacji dystrybutor odpowiada za adekwatność ochrony ubezpieczeniowej do wymagań i potrzeb (art. 8 ust. 1 i 3 u.d.u.).

ANALIZA A ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI PRZEZ KLIENTA. Problematyczna sytuacja może powstać, kiedy klient, oczekując zawarcia umowy ubezpieczenia, odmawia udzielania jakichkolwiek informacji pozwalających na ocenę jego wymagań i potrzeb. Taka sytuacja wskazuje na różnicę pomiędzy pojęciem wymagań i potrzeb. Przez wymaganie rozumieć można chęć uzyskania przez klienta określonej ochrony ubezpieczeniowej²⁵. Potrzeba natomiast ma charakter zobiektywizowany i odnosi się do stanu narażenia na ryzyko²⁶. Klient nie musi sobie tego stanu uświadamiać. Zawarcie umowy pomimo braku informacji koniecznych dla przeprowadzenia analizy potrzeb jest zgodne z jej wy-

²⁵ M. Orlicki definiuje „Wymaganie klienta: jako objawioną dystrybutorowi wolę posiadania ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej danego przedmiotu ubezpieczenia i o określonym kształcie”, tenże, *Analiza potrzeb klienta...*, s. 27.

²⁶ Tak: A. Tarasiuk, B. Wojno, *Analiza wymagań i potrzeb w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3, s. 9, jak również M. Orlicki, *Analiza potrzeb klienta...*, s. 27. Inaczej wymagania i potrzeby wydaje się rozumieć M. Serwach, *Ustawowy obowiązek oceny...*, s. 38

maganiem wyrażonym w chęci zawarcia umowy. Można przyjąć, że wobec braku możliwości ustalenia potrzeb dystrybutor może ograniczyć się do analizy wymagań. Mając na uwadze, że obowiązek analizy jest korelatem obowiązku deklaracji ryzyka (zob. szerzej zagadnienie obowiązku deklaracji ryzyka) ciążącym na ubezpieczającym, taką sytuację należy analizować również w zgodzie z art. 815 k.c.²⁷ W interesie dystrybutora ubezpieczeń jest w takiej sytuacji udokumentowanie zarówno treści wymagań klienta, jak i braku woli przekazania informacji umożliwiających ocenę jego potrzeb. Jeśli klient rezygnuje z odpowiedzi na zadawane przez dystrybutora pytania, przyjąć należy, że na dystrybutorze ciążyć będzie powinność wykazania, że klient działał świadomie i większa aktywność po stronie dystrybutora nie była konieczna.

ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE Z ELEMENTEM INWESTYCYJNYM. Za prototyp obowiązku analizy i potrzeb przyjmuje się obowiązek przeprowadzenia ankiety w ubezpieczeniach na życie o charakterze inwestycyjnym (jeżeli jest ona związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o którym mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do u.d.u.r.) przewidzianej w art. 21 u.d.u.r. Podobnie jak analiza ankieta stanowi źródło informacji na temat potrzeb ubezpieczającego, jak również wiedzy ubezpieczającego na temat ubezpieczenia na życie oraz jego sytuacji finansowej (zatem odnosi się zarówno do części ochronnej, jak i inwestycyjnej umowy ubezpieczenia na życie). Ankieta stanowi formę analizy. W odróżnieniu od analizy odnoszącej się do pozostałych rodzajów ubezpieczeń ustawodawca wyraźnie narzucił sposób jej przeprowadzenia oraz dalszy sposób wykorzystania ankiety.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z TYTUŁU NIEDOCHOWANIA OBOWIĄZKU ANALIZY WYMAGAŃ I POTRZEB. Nieprawidłowości w wykonaniu obowiązku analizy wymagań i potrzeb klienta mogą skutkować zarówno odpowiedzialnością cywilną (wobec ewentualnego poszkodowanego zachowaniem dystrybutora ubezpieczeń), jak i publicznoprawną (sankcjami administracyjnymi, również o charakterze karnym). Reżim odpowiedzialności administracyjnoprawnej wynika ze wzmocnienia roli nadzorca

²⁷ Por. M. Krajewski, *Komentarz do art. 815 kc*, w: *Umowa ubezpieczenia: art. 805–834. Komentarz*, Warszawa 2004.

finansowego i sprowadza się do stosowania środków nadzorczych. Z uwagi na ich charakter prawny nakładane kary pieniężne zbliżają tę odpowiedzialność do odpowiedzialności karnej²⁸. Zastosowanie będzie miał art. 84 ust. 1 u.d.u., zawierający normę kompetencyjną dla Komisji Nadzoru Finansowego do stosowania sankcji administracyjnych.

INFORMACJA O PRODUKCIE – ZAKRES OBOWIĄZKU I FORMUŁA. W przypadku ryzyk masowych na dystrybutorze ciąży obowiązek informowania o produkcie, który uznać należy za drugi etap procedury zmierzającej do zawarcia umowy ubezpieczenia. Informacja ma uwzględniać złożoność produktu i rodzaj klienta (art. 8 ust. 2 u.d.u.). Uwzględnienie złożoności produktu ogranicza dystrybutora w zbyt daleko idącym upraszczaniu przekazywanych informacji, używaniu kolokwializmów i zwrotów potocznych. Informacja ma być obiektywna (art. 8 ust. 1 u.d.u.). Różnić się powinny informacje kierowane do konsumentów od informacji dotyczących ryzyk związanych z działalnością gospodarczą. Na sposób i zakres udzielanej informacji ma wpływ charakterystyka grupy docelowej – jej jednorodność, związek ryzyka z profesją itp. Oba wskazane kryteria uniemożliwiają zawieranie w karcie informacji marketingowych, reklamowych. Ponadto udzielana informacja powinna być jasna, rzetelna i niewprowadzająca w błąd (art. 9 ust. 1 *in fine* u.d.u.). W przypadku ubezpieczeń z Działu I, z wyjątkiem ubezpieczeń z grupy trzeciej (czyli tzw. ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym), informacja ta nie ma ustandaryzowanego charakteru. Ustawodawca w odniesieniu do tego rodzaju ubezpieczeń nie narzuca formy przekazania informacji.

²⁸ W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjęło się rozumieć „odpowiedzialność karłą” na gruncie art. 42 ust. 1 Konstytucji RP w sposób szeroki, nie ograniczając się do norm prawa karnego. Ustawowe znaczenie pojęcia odpowiedzialności karnej nie może rzutować na treść tego samego pojęcia użytego w Konstytucji RP (zob. w tej kwestii wyrok TK z dnia 26 listopada 2003 r., SK 22/02, OTK-A 2003, Nr 9, poz. 97). „Konstytucyjne znaczenie tego pojęcia nie może być ustalane poprzez odwołanie się do obowiązującego ustawodawstwa, w przeciwnym wypadku analizowany przepis utraciłby swoje znaczenie gwarancyjne. Z tego względu należy przyjąć, że zakres stosowania art. 42 Konstytucji obejmuje nie tylko odpowiedzialność karłą w ścisłym tego słowa znaczeniu, a więc odpowiedzialność za przestępstwa, ale również inne formy odpowiedzialności prawnej związane z wymierzaniem kar wobec jednostki”, wyrok TK z dnia 8 lipca 2003 r., P 10/02, OTK-A 2003, Nr 6, poz. 62.

KARTA PRODUKTU JAKO USTANDARYZOWANY DOKUMENT INFORMUJĄCY O PRODUKCIE. W odniesieniu do ubezpieczeń majątkowych informacja o produkcie ubezpieczeniowym powinna przyjąć formę sformalizowaną narzuconą przepisami rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2017/1469 ustanawiającego ustandaryzowany format prezentacji dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym (Dz. Urz. UE L 209/19 z 12.8.2017 r., s. 19–23). Poza wymogami przewidzianymi dla wszystkich informacji o produkcie ubezpieczeniowym (zob. informacje zawarte w poprzednim akapicie) zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia unijnego (o skutku bezpośrednim) oraz art. 8 ust. 5 u.d.u. karta produktu powinna spełniać określone kryteria. Zwięzłość dokumentu determinowana jest przepisami ww. rozporządzenia unijnego (art. 3). Składa się – po wydrukowaniu – z dwóch stron w formacie A4. W sytuacjach wyjątkowych, gdy potrzeba jest więcej miejsca, składa się – po wydrukowaniu – z maksymalnie trzech stron w formacie A4. Karta produktu nie jest połączona z innymi dokumentami ubezpieczeniowymi, w szczególności ogólnymi warunkami ubezpieczenia, polisą ubezpieczeniową, wnioskiem ubezpieczeniowym. Wyżej wymienione rozporządzenie unijne obejmuje wzorzec karty produktu, co przemawia również za traktowaniem karty jako odrębnego dokumentu. Kolejne kryterium stanowi przejrzysty układ i struktura. Ustawodawca precyzuje cel tego kryterium. Karta produktu ma być tak skonstruowana, aby była czytelna. Stąd dodatkowy wymóg używania odpowiedniej do realizacji tego celu czcionki, której wysokość nie może być mniejsza niż 1,2 mm (art. 4 ust. 1 ww. rozporządzenia unijnego), oraz narzucona przez prawodawcę struktura treści. Karta produktu powinna być wyrazista. Załącznik do rozporządzenia unijnego 2017/1469 narzuca kolorową wersję karty (odrębne kolory dla kolejnych części). Ustawodawca precyzuje, że w przypadku wydrukowania lub skopiowania jej w wersji czarno-białej nie powinna być mniej zrozumiała od oryginału. Karta powinna być sporządzona w języku państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym umowa ubezpieczenia jest proponowana, chyba że strony umowy (zakład ubezpieczeń i klient) wyrażą zgodę na inny język. Powinna być sformułowana prostym językiem, ułatwiającym klientowi zrozumienie treści tego dokumentu. Nie powi-

nien być to żargon ubezpieczeniowy. Karta powinna obejmować stwierdzenie, że pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje dotyczące umowy podane są w innych dokumentach. Ustandaryzowany dokument, jakim jest karta produktu, zawiera założenia, na jakich opiera się produkt ubezpieczeniowy. Klient powinien zostać poinformowany, że karta produktu nie obejmuje kompletnych informacji o umowie ubezpieczenia. Z uwagi na jej ustandaryzowany charakter zawiera jedynie najważniejsze (właściwie dobrane) informacje.

KARTA PRODUKTU – CEL. Wymóg dokładności i niewprowadzenia w błąd wskazują na konieczność doboru takich informacji, które są istotne z punktu widzenia celu, jakiemu służy karta. Karta powinna być opracowana, z zachowaniem zakazu misselingu, w taki sposób, aby umożliwić klientowi świadome podjęcie decyzji co do wyboru produktu ubezpieczeniowego i zawarcia umowy ubezpieczenia. Informacje powinny być istotne dla klienta.

KARTA PRODUKTU – TWÓRCA. Obowiązek opracowania karty produktu ciąży na twórcy produktu ubezpieczeniowego, czyli co do zasady na ubezpieczycielu. Wyjątkowo, w sytuacji, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej kształtowany jest przez pośrednika ubezpieczeniowego (brokera), obowiązek opracowania karty może spaść na niego, o ile uznamy go za twórcę produktu ubezpieczeniowego. Taka sytuacja na polskim rynku ubezpieczeniowym jest bardzo rzadka.

KARTA PRODUKTU A OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA. Karta produktu stanowi dokument o charakterze informacyjnym, natomiast ogólne warunki ubezpieczenia jako wzorce umowne stanowią źródło zobowiązania, kształtują treść stosunku ubezpieczenia. Dlatego treść karty produktu, w odróżnieniu od OWU, może zawierać informacje o regulacjach prawnych. Ogólne warunki ubezpieczenia powinny zawierać postanowienia wynikające ze swobody kontraktowej ubezpieczyciela, wymienione w art. 16 u.d.u.r. Pomimo istotnych podobieństw w treści obu dokumentów za niedopuszczalne uznać należy powoływanie się w treści karty produktu na konkretne jednostki redakcyjne ogólnych warunków bez przytaczania ich treści. Nie należy mylić karty produktu ze skorowidzem ogólnych warunków ubezpieczenia (art. 17 u.d.u.r.).

KARTA PRODUKTU – OBOWIĄZEK DORECZENIA. Obowiązek doręczenia karty produktu ciąży na tym dystrybutorze, który dokonuje czynności przygotowawcze zmierzające do zawarcia umowy ubezpieczenia. Nie musi to być twórca produktu ubezpieczeniowego. Jeśli usługa ubezpieczeniowa świadczona jest za pośrednictwem agenta lub brokera ubezpieczeniowego, obowiązek doręczenia karty produktu ciążyć będzie na pośredniku, a obowiązek opracowania karty produktu na ubezpieczycielu. Karta doręczana jest klientowi, który poszukuje ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej majątkowego lub osobowego ryzyka masowego z Działu II (według załącznika do u.d.u.r.) oraz ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym.

PORADA BROKERSKA JAKO FORMA DORADZTWA. „Doradztwo” w rozumieniu przyjętym w dyrektywie stanowi poradę w rozumieniu art. 32 ust. 1 pkt 4 u.d.u. i świadczy o istocie działalności brokerskiej, odróżniając ją od pozostałych form dystrybucji ubezpieczeń. Jest to wyspecjalizowana forma dystrybucji ubezpieczeń – analizy wymagań i potrzeb, ponieważ zakłada po stronie dystrybutora czynności dodatkowe. Dlatego traktować ją można jako dodatkowy element procedury zmierzającej do zawarcia umowy ubezpieczenia, obok:

- a) analizy wymagań i potrzeb,
- b) udzielenia informacji o produkcie ubezpieczeniowym – w przypadku ubezpieczeń majątkowych w sformalizowanej formie karty produktu.

Prawidłowe udzielenie porady wymaga wnikliwej analizy wymagań i potrzeb. W przypadku pozostałych dystrybutorów (agentów i zakładów ubezpieczeń) owa procedura ogranicza się do dwóch pozostałych elementów.

PORADA BROKERSKA – TREŚĆ. Szczegółowa treść porady wynikać może z treści umowy brokerskiej, która może precyzować obowiązki brokera w zakresie oceny ryzyka. Porada powinna obejmować: opis potrzeb i wymagań klienta wynikający z przeprowadzonej analizy, w szczególności ocenę ryzyk mu grożących. Ponadto treść porady powinna obejmować: ocenę warunków ubezpieczenia pod względem adekwatności ochrony ubezpieczeniowej do potrzeb klienta, obejmującą możliwość lub brak możliwości pełnej ochrony ubezpieczeniowej, rekomendację najwłaściwszych warunków ubezpieczenia, informacje

na temat możliwości wprowadzenia postanowień rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej (tzw. klauzule brokerskie) oraz wyjaśnienie podstaw, na których została oparta rekomendacja, uwzględniających złożoność umowy oraz rodzaj klienta.

PORADA BROKERSKA – FORMA. W odróżnieniu od pozostałych obowiązków informacyjnych dla porady brokerskiej zastrzeżona została forma pisemna (zob. komentarz do art. 9 ust. 2 u.d.u.). Ustawodawca dopuszcza udzielenie porady na innych trwałym nośniku lub za pośrednictwem strony internetowej przy spełnieniu określonych warunków (art. 9 ust. 3–4 u.d.u.).

5.6. Ograniczona ochrona dystrybucji ubezpieczeń ryzyk dużych

RYZYKA DUŻE – POJĘCIE. Podział na ryzyka duże i masowe stanowi alternatywę dla podmiotowego podziału na obrót konsumencki podlegający szczególnej ochronie z uwagi na słabszą pozycję konsumenta i pozostały obrót niekonsumencki. Uznając ochronę konsumencką korzystania z usług ubezpieczeniowych za zbyt wąską (zob. szerzej zagadnienie klient a konsument), prawodawca wyodrębnił ryzyka duże jako ryzyka ubezpieczeniowe, które ze względu na swoją specyfikę nie wymagają zagwarantowania wzmożonej ochrony klientowi. Prawodawca unijny, a zanim prawodawca krajowy, wyraźnie wskazał, które spośród sklasyfikowanych ryzyk ubezpieczeniowych uznać należy za ryzyka duże. Ryzykami dużymi mogą być tylko ryzyka majątkowe zawarte w dziale II załącznika do u.d.u.r. Dotyczą one ryzyk transportowych w zakresie casco i odpowiedzialności, tj. ryzyk w transporcie kolejowym, morskim i lotniczym (grupy 4–7, 11 i 12), ryzyka obejmujące grupy 14 i 15 – w przypadku, gdy ubezpieczający wykonuje działalność gospodarczą lub wolny zawód, a ryzyko wiąże się z tą działalnością, oraz ryzyka ujęte w grupach 3, 8, 9, 10, 13 i 16 – w przypadku, gdy ubezpieczający przekracza co najmniej dwa z następujących progów w roku obrotowym: sumę aktywów bilansu w wysokości równowartości w złotych 6,2 mln euro, łączne przychody netto ze sprzedaży towarów i usług oraz operacji

finansowych w wysokości równowartości w złotych 12,8 mln euro, średnioroczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty w liczbie 250 osób²⁹. Jak wynika z definicji ryzyk dużych, w przeważającej części ich kwalifikacja nie jest jedynie przedmiotowa, lecz uzależniona także od statusu klienta, tj. od tego, czy wykonuje on działalność gospodarczą lub wolny zawód, a ryzyko wiąże się z tą działalnością (grupy 14–15) lub też spełnia wymienione wyżej kryteria (grupy 3, 8, 9, 10, 13 i 16).

OGRANICZENIA ZAKRESU OCHRONY Z UWAGI NA CHARAKTER RYZYKA. Zakwalifikowanie ryzyka do grupy dużych ryzyk prowadzi do ograniczenia obowiązków dystrybutora. Po pierwsze, dystrybutor, w szczególności zakład ubezpieczeń, nie ma obowiązku wdrażania procedury zatwierdzania produktu ubezpieczeniowego. Po drugie, jeżeli dystrybutorem usługi ubezpieczeniowej, której przedmiotem są duże ryzyka, jest broker ubezpieczeniowy, nie jest on zobowiązany do opracowywania pisemnej rekomendacji. Obowiązek udzielenia porady zastrzeżony jest jedynie do ubezpieczeń masowych ryzyk. Po trzecie, dystrybutor nie ma obowiązku udzielać informacji, w szczególności w formie ustandaryzowanego dokumentu informującego o produkcie (tzw. karty produktu) dotyczącym dużego ryzyka (art. 9 ust. 8 oraz art. 11 ust. 8 u.d.u.).

5.7. Kontrola ogólnych warunków ubezpieczeń jako wzorców umownych

NIEDOZWOLONE POSTANOWIENIA OWU. Podobnie jak inne wzorce umowne ogólne warunki ubezpieczenia umożliwiają ubezpieczycielom kształtowanie treści stosunku prawnego zgodnie z interesem ubezpieczyciela – twórcy OWU. Dlatego za niedozwolone uznać należy postanowienia OWU, o ile kształtują prawa i obowiązki ubezpieczającego będącego osobą fizyczną (art. 805 § 4 w zw. z art. 385(1) k.c.) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający jego interesy³⁰.

²⁹ Prawna klasyfikacja ryzyk majątkowych zob. K. Malinowska, *Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach mienia*, w: *Ryzyko ubezpieczeniowe. Wybrane zagadnienia teorii i praktyki*, red. M. Serwach, Łódź 2013, s. 125 i n.

³⁰ Szerzej zob. M. Ziemiak, *Postanowienia niedozwolone na tle umów ubezpieczenia. Studium cywilnoprawne*, Toruń 2017.

INCYDENTALNA – SĄDOWA KONTROLA. Jeżeli źródłem stosunku ubezpieczenia są ogólne warunki ubezpieczenia, które zawierają niedozwolone postanowienia, to z mocy prawa nie wiążą one ubezpieczającego będącego osobą fizyczną (art. 385(1) k.c. w zw. z art. 805 § 4 k.c.). W przypadku braku przychylenia się przez ubezpieczyciela do stanowiska ubezpieczającego twierdzącego, że postanowienie nie ma zastosowania do stosunku ubezpieczenia, należy zwrócić się do sądu powszechnego o uznanie danego postanowienia za niewiążące z uwagi na jego niedozwolony charakter.

Konsument może również w toku procesu przeciwko ubezpieczycielowi o zapłatę powoływać się na abuzywność postanowień OWU (np. jeśli zakład ubezpieczeń odmówił spełnienia świadczenia, powołując się na postanowienia OWU wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela, a ubezpieczający twierdzi, że postanowienia te nie wiążą go). Każdy sąd powszechny rozpatrujący spór z udziałem konsumenta powinien bowiem na każdym etapie postępowania dokonywać z urzędu kontroli postanowień wzorca umownego pod kątem ich ewentualnej abuzywności.

ABSTRAKCYJNA – ADMINISTRACYJNA KONTROLA. Zgodnie z przepisami ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (dział IIIa) postanowienia OWU mogą być w drodze decyzji administracyjnej Prezesa UOKiK uznane za niedozwolone i wycofane z obrotu (art. 23b u.o.k.k.). W każdej decyzji Prezes UOKiK podaje treść zakwestionowanego postanowienia oraz wskazuje środki usunięcia skutków naruszenia zakazu stosowania niedozwolonych postanowień. Takim środkiem jest poinformowanie wszystkich ubezpieczających. Prawomocna decyzja ma moc wiążącą w stosunku do ubezpieczyciela stosującego OWU oraz wszystkich konsumentów, którzy zawarli umowę z wykorzystaniem tego wzorca (art. 23d u.o.k.k.). Decyzja Prezesa UOKiK nie wywiera skutków prawnych wobec innych ubezpieczycieli, jeśli stosują oni identyczne postanowienia w swoich OWU. Prezes UOKiK może nałożyć na zakład ubezpieczeń karę finansową, do wysokości 10% obrotu osiągniętego w roku obrotowym poprzedzającym rok nałożenia kary. Postępowanie w sprawie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone wszczyna się z urzędu (art. 49 u.o.k.k.). Konsument, rzecznik konsumentów, Rzecznik Finansowy czy też organizacja konsumencka

mogą skierować do UOKiK zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez ubezpieczyciela niedozwolonych postanowień OWU. Abstrakcyjna kontrola postanowień wzorców umów podejmowana jest w interesie publicznym³¹, gdyż jej zasadniczy cel obejmuje zapewnienie ochrony wszystkich potencjalnie zagrożonych danym postanowieniem konsumentów³².

Zakład ubezpieczeń, który nie zgadza się z decyzją Prezesa UOKiK o uznaniu stosowanych przez niego postanowień OWU za niedozwolone, może odwołać się do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów – Sądu Okręgowego w Warszawie o rozpoznanie sprawy. Do czasu podjęcia ostatecznej decyzji przez sąd decyzja Prezesa UOKiK pozostaje nieprawomocna.

5.8. Procedura reklamacyjna na rynku ubezpieczeniowym

REKLAMACJA – POJĘCIE. Zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2279) (dalej: u.r.r.) reklamacja to wystąpienie skierowane do podmiotu rynku ubezpieczeniowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku ubezpieczeniowego. Taka definicja pozwala objąć tym terminem większość kierowanych przez klientów do podmiotów rynku ubezpieczeniowego oświadczeń, przybierających postać odwołań, skarg czy zażaleń. Jedynym warunkiem ograniczającym zakres tego pojemnego pojęcia jest krytyczne odniesienie się (zastrzeżenie) przez klienta do usługi świadczonej przez podmiot rynku ubezpieczeniowego³³.

REKLAMACJA – ADRESAT. Podmiotem rynku ubezpieczeniowego, w rozumieniu ustawy reklamacyjnej, jest zakład ubezpieczeń w zakresie

³¹ Tak: wyrok SN z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, OSNC 2016/9/105.

³² M. Namysłowska, *Decyzja zobowiązująca w sprawach o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone w sektorze bankowym*, „Monitor Prawniczy” 2016, nr 18, s. 4.

³³ Szerzej zob. D. Maśniak, *Znaczenie ustawowych zasad wnoszenia reklamacji i powołania Rzecznika Finansowego dla rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2015, nr 4, s. 21–34.

związanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową oraz broker i multi-agent w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową. Za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej odpowiada zakład ubezpieczeń i do niego powinny być kierowane ewentualne reklamacje takiej ochrony dotyczące. Mogą być one składane za pośrednictwem agentów wyłącznych traktowanych jako jednostka zakładu ubezpieczeń. Przez reklamację kierowaną do brokera rozumieć będziemy wystąpienie skierowane przez klienta, w którym zgłasza zastrzeżenie dotyczące usługi brokerskiej, w zakresie niezwiązanym z udzieloną ochroną ubezpieczeniową. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia w przypadku niedopełnienia przez brokera obowiązków przedkontraktowych, np. nieprzeprowadzenia analizy wymagań i potrzeb lub niedoręczenia dokumentu informującego o produkcie ubezpieczeniowym.

TERMIN ODPOWIEDZI NA REKLAMACJĘ. Generalnie na dystrybutorze ciąży obowiązek odpowiedzi na reklamację klienta w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Dla zachowania ustawowego terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem (art. 16 ust. 2 u.d.u. oraz art. 6 u.r.r.). W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie dystrybutor:

- a) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
- b) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
- c) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Wynika z tego, że termin odpowiedzi nigdy nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

SKUTEK NIEDOCHOWANIA TERMINU UDZIELENIA ODPOWIEDZI NA REKLAMACJĘ. Jeżeli zakład ubezpieczeń, broker ubezpieczeniowy, multiagent nie udzielił odpowiedzi na reklamację w określonym ustawowo lub prolongowanym terminie, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta³⁴.

³⁴ Sąd Najwyższy dopuścił możliwość kwestionowania przez ubezpieczyciela bezzasadnych roszczeń, uchwała SN z dnia 13 czerwca 2018 r., IIICZP 113/17, niepubl.

Źródła prawa

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26/19 z 2.02.2016 r.)
- Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2017/1469 ustanawiające ustandaryzowany format prezentacji dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym OJ (Dz. Urz. UE L 209/19 z 12.8.2017 r.)
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1040, ze zm.)
- Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 369, ze zm.)
- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 2279)
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 381, ze zm.)
- Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1881)

Orzecznictwo

- Uchwała SN z dnia 13 czerwca 2018 r., IIICZP 113/17, niepubl.
- Wyrok SN z dnia 7 maja 2004 r., I CK 625/03, LEX nr 479350
- Wyrok SN z dnia 22 września 2005 r., IV CK 100/05, niepubl.
- Wyrok SN z dnia 25 lipca 2013 r., II CSK 613/12, niepubl.
- Wyrok SN z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, OSNC 2016/9/105
- Wyrok TK z dnia 17 października 2000 r., SK 5/99, OTK 2000/7/254
- Wyrok TK z dnia 8 lipca 2003 r., P 10/02, OTK-A 2003, Nr 6, poz. 62
- Wyrok TK z dnia 26 listopada 2003 r., SK 22/02, OTK-A 2003, Nr 9, poz. 97

Literatura

- Bagińska E., *Wpływ klauzul generalnych na proces zawierania umowy ubezpieczenia w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2019, nr 3.
- Cyman D., *Kierunki zmian ochrony konsumenta usług finansowych w Unii Europejskiej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Oeconomia” 2016, vol. 50, no. 4.

- Fras M., *O dwóch typach umowy ubezpieczenia grupowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 3.
- Fras M., *Umowa ubezpieczenia grupowego: aspekty prawne*, Warszawa 2015.
- Fras M., Kucharski B., Malinowska K., Maśniak D., Szaraniec M., *Dystrybucja ubezpieczeń. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Górny K., w: *Kodeks cywilny*, t. 2: *Komentarz. Art. 450–1088*, red. M. Gutowski, Warszawa 2016, Legalis.
- Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia: art. 805–834. Komentarz*, Warszawa 2004.
- Kukuryk P., *Uwagi o statusie prawnym internetowych porównywarek ubezpieczeniowych*, w: *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych: wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Warszawa 2017.
- Malinowska K., *Broker a ubezpieczyciel*, w: *Broker w świetle prawa i praktyki ubezpieczeniowej*, red. M. Serwach, Łódź 2012.
- Malinowska K., *Najlepszy interes klienta – rozważania na tle regulacji o dystrybucji ubezpieczeń*, w: *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych: wybrane zagadnienia prawne*, red. M. Szaraniec, B. Gnela, Warszawa 2017.
- Malinowska K., *Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach mienia*, w: *Ryzyko ubezpieczeniowe. Wybrane zagadnienia teorii i praktyki*, red. S. Serwach, Łódź 2013.
- Maśniak D., *Doinformowanie czy przeciężenie informacyjne w stosunkach bancassurance, czyli o zakresie informowania ubezpieczonych*, w: *Informacja w prawie ubezpieczeń gospodarczych*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Warszawa 2015.
- Maśniak D., *Znaczenie ustawowych zasad wnoszenia reklamacji i powołania Rzecznika Finansowego dla rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2015, nr 4.
- Maśniak D., Malinowska K., *Czynności dystrybucyjne w nowym reżimie zawierania umów ubezpieczenia – wybrane aspekty implementacji dyrektywy nr 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2.
- Namysłowska M., *Decyzja zobowiązująca w sprawach o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone w sektorze bankowym*, „Monitor Prawniczy” 2016, nr 18.
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego 2011/C 318/04 z dnia 29 października 2011 r. w sprawie edukacji finansowej i odpowiedzialnego wykorzystywania produktów finansowych (opinia z inicjatywy własnej) (Dz. Urz. UE C 318/24 z 29.10.2011 r.).

- Orlicki M., *Aksjologia dystrybucji ubezpieczeń – kryteria uznawania działań dystrybutora za zgodne z prawem i etyczne*, w: *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych. Wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Warszawa 2017.
- Orlicki M., *Analiza potrzeb klienta – rzeczywista czy pozorna?*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2.
- Orlicki M., *Kilka uwag o przepisach dotyczących ubezpieczeń na cudzy rachunek w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*, „Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 1.
- Orlicki M., *O pojęciu „grupy” w ubezpieczeniach grupowych*, „Prawo Asekuracyjne” 2014, nr 1.
- Pokrzywniak J., *Obowiązek lojalności jako element stosunku obligacyjnego*, „Monitor Prawniczy” 2003, nr 19.
- Rogoziński D., *Procesowa ochrona praw ubezpieczonego-konsumenta w kontekście realizacji prawnego zabezpieczenia wiarygodności kredytowej ustanowionego na umowie ubezpieczenia*, „Bezpieczny Kredyt” 2019, nr 3.
- Serwach M., *Ustawowy obowiązek oceny potrzeb i wymagań klienta w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2.
- Sieradzka M., Kotowicz B., *Prezes UOKiK – uprawnienie do występowania w roli amicus curiae*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2016, nr 5(815).
- Szaraniec M., *Przyszły model pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce w zakresie świadczenia usługi doradztwa – propozycje na tle dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (IDD)*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2.
- Śliwka M., *Znaczenie zwrotów niedookreślonych na tle orzecznictwa polskiego Trybunału Konstytucyjnego*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2010, nr 13.
- Tarasiuk A., Wojno B., *Analiza wymagań i potrzeb w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3.
- Tarasiuk A., Wojno B., *Group Insurance Distribution – Selected Comments on the Insurance Distribution Directive and its Implementation into the Polish Law*, w: *Insurance Challenges of Anno Domini 2018*, red. K. Malinowska, A. Tarasiuk, Warszawa 2018.
- Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz*, red. P. Machulak, J. Ziemia, Warszawa 2018.
- Ziemiak M., *Postanowienia niedozwolone na tle umów ubezpieczenia. Studium cywilnoprawne*, Toruń 2017.

Spis rysunków

1.	Strony umowy ubezpieczenia	33
2.	Stosunek ubezpieczenia na cudzy rachunek	34
3.	Stosunek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej	35
4.	Stosunek ubezpieczenia na życie	36
5.	Gwarancja ubezpieczeniowa	42
6.	Rynek ubezpieczeń w ujęciu podmiotowym	63
7.	Nadzór ubezpieczeniowy w UE oparty na trzech filarach	71
8.	Reasekuracja	78
9.	Koasekuracja	79
10.	Pośrednictwo ubezpieczeniowe	84
11.	Pośrednictwo reasekuracyjne	85
12.	Agent ubezpieczeniowy	86
13.	Broker ubezpieczeniowy	90