



**KONFERENCJE  
I SEMINARIA**

3(31)2000

Ochrona konsumenta na rynku ubezpieczeń

**BIULETYN**



# Konferencje i Seminaria 3(31)2000

Ochrona konsumenta  
na rynku ubezpieczeń

Biuletyn  
Biura Studiów i Ekspertyz  
Kancelarii Sejmu

Materiały z konferencji dla posłów III kadencji (18 stycznia 2000 r.) zorganizowanej przez sejmową Komisję Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych oraz Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu

Redaktor: **Ewa Czerwińska, Andrzej Chodyra**

Projekt okładki: **Janina Knap**

© Copyright by Kancelaria Sejmu, Warszawa 2000

ISSN 1506-3275

Opracowanie graficzne, skład i łamanie: *Biuro Studiów i Ekspertyz*

Druk i oprawa: *Wydawnictwo Sejmowe*

Warszawa, marzec 2000

## Spis treści

<i>Wstęp</i> .....	5
Zaproszenie na seminarium .....	6
WYGŁOSZONE REFERATY	
OTWARCIE SEMINARIUM.....	9
Ochrona ubezpieczonych w świetle regulacji prawnych, <i>Jan Kufel</i> .....	10
Uwagi o działalności zakładów ubezpieczeń w świetle skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich, <i>Ryszard Zelwiański</i> .....	21
Rynek Ubezpieczeń w świetle doświadczeń Federacji Konsumentów, <i>Grzegorz Kuczyk</i> .....	31
Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń jako jeden z elementów ochrony osób ubezpieczonych, <i>Cezary Gawlas</i> .....	49
Ochrona ubezpieczonych w świetle obserwacji Rzecznika Ubezpieczonych, <i>Stanisław Rogowski</i> .....	62
DYSKUSJA .....	75
NADESLANE REFERATY	
Ochrona ubezpieczonych konsumentów w świetle regulacji prawnych, <i>Jan Kufel</i> .....	107
Uwagi o działalności zakładów ubezpieczeń w świetle skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich, <i>Ryszard Zelwiański</i> .....	125
<i>Lista uczestników seminarium</i> .....	140



## Wstęp

W dniu **18 stycznia 2000 roku** odbyło się seminarium zorganizowane pod patronatem Wicemarszałka Sejmu RP Franciszka Stefaniuka przez sejmową Komisję Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych oraz Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu. Tematem seminarium była „**Ochrona konsumenta na rynku ubezpieczeń**”.

Obrady prowadził przewodniczący sejmowej Komisji Ochrony Konkurencji i Konsumentów poseł Marek Sawicki. W seminarium uczestniczyli posłowie oraz liczni przedstawiciele instytucji i organizacji ubezpieczeniowych w Polsce.

Tematem wystąpień prelegentów były aktualne problemy prawne w zakresie ubezpieczeń gospodarczych. Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Rzecznika Praw Obywatelskich i Federacji Konsumenta dokonali prezentacji doświadczeń z funkcjonowania na polskim rynku ubezpieczeń. Zarówno w referatach, jak i w dyskusji podejmowany był problem zapewnienia szerokiej ochrony ubezpieczonym oraz przewijała się troska o dobre imię firm ubezpieczeniowych.

W niniejszej publikacji przedstawione są, na podstawie stenogramu, teksty referatów wygłoszonych w trakcie seminarium (część I), nieautoryzowany zapis plenarnej dyskusji (część II) oraz teksty referatów nadesłanych przez prelegentów (część III).

Mamy nadzieję, że przedstawione w trakcie seminarium informacje dotyczące problemów funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego okażą się pomocne w prowadzeniu dalszych prac legislacyjnych nad lepszą ochroną ubezpieczonych na polskim rynku.

Marzec 2000 r.

*Jacek Głowacki*  
Wicedyrektor  
Biura Studiów i Ekspertyz



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Komisja  
Ochrony Konkurencji i Konsumentów

Warszawa, dn. 21 grudnia 1999 r.

Szanowna Pani  
Szanowny Panie

Uprzejmie zapraszam Panią/Pana do wzięcia udziału w seminarium organizowanym przez Komisję Ochrony Konkurencji i Konsumentów nt. *Ochrona konsumenta na rynku ubezpieczeń*.

Seminarium odbędzie się w **dniu 18 stycznia 2000 r.** w sali 118 w gmachu głównym Sejmu w **godzinach 10<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>**.

W załączeniu przesyłam **wstępny** program seminarium.

Łączę wyrazy szacunku

Przewodniczący Komisji

Marek Sawicki

# WYGŁOSZONE REFERATY





# Otwarcie seminarium

**Przewodniczący sejmowej Komisji Ochrony Konkurencji i Konsumentów, poseł Marek Sawicki:** Serdecznie witam wszystkich zaproszonych gości, referentów, panie posłanki i panów posłów. Pozwólcie państwu, że zaraz na początku obrad przeproszę za nieobecność pana marszałka Stefaniuka, który, niestety, nie może uczestniczyć w naszym seminarium z uwagi na inne, bardzo pilne obowiązki parlamentarne. Oczywiście pan marszałek przyjął patronat nad konferencją, to nie uległo zmianie.

Organizatorem dzisiejszego spotkania jest Komisja Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zaś jego inicjatorem - Rzecznik Ubezpieczonych, pan dr Stanisław Rogowski.

## Ochrona ubezpieczonych w świetle regulacji prawnych

Chciałbym, kierując się programem przygotowanym przez organizatorów, wypełnić czas przeznaczony na moje wystąpienie wzbogacając je ekspozycjami na foliach. Na wstępie pragnę zwrócić państwa uwagę na to, iż problematyka mego referatu mieści się w obszarze kompleksowej gałęzi prawa, jaką jest prawo ubezpieczeń gospodarczych. Na tę problematykę spojrzeć można o wiele szerzej, przez pryzmat całego szeregu instytucji cywilnoprawnych i karnoprawnych, ja jednak w swoim założeniu, z uwagi na ramy referatu, jak również z uwagi na czas przeznaczony na moje wystąpienie oraz tematy objęte tym seminarium, pozwoliłem sobie wyłączyć pewne instytucje ubezpieczeniowo-prawne, które z całą pewnością rzutują na pozycję prawną ubezpieczonego konsumenta. Są to instytucje takie, jak: Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, Rzecznik Praw Obywatelskich, Federacja Konsumentów. Kwestie związane z działalnością tych instytucji będą omawiane przez osoby je reprezentujące.

Instytucje ochronne, które mają zastosowanie w odniesieniu do ubezpieczonego konsumenta są, tak jak całe prawo ubezpieczeń gospodarczych, instytucjami rozproszonymi. Jest ich dużo, są głównie zlokalizowane w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. To przede wszystkim te instytucje, mające swoje zakotwiczenie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, chciałbym tu przedstawić, ocenić je oraz zgłosić pewne propozycje *de lege ferenda*. Wiem, iż ustawa matka o działalności ubezpieczeniowej i ustawy z nią związane - myślę tu o ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym - są przygotowywane, proces legislacyjny już się rozpoczął.

Pomijam w swoim punkcie widzenia uregulowania ogólne, które znajdują się w ustawie o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumenta, pomijam też elementy ochronne, które można dostrzec w ustawie o ochronie danych osobowych. Chciałbym na wstępie zwrócić państwa uwagę na to, że tytuł referatu ma w pewnym zakresie ujęcie konwencjonalne i trzeba go wyjaśnić. Chodzi mi nie tylko o ubezpieczonego, ale także o ubezpieczającego, chodzi mi też o ochronę tego, kto ma się stać ubezpieczającym i ubezpieczonym. Sygnalizuję potrzebę rozróżniania osoby ubezpieczonego i ubezpieczającego.

Chciałbym rozpocząć rozważania od przedstawienia mojej wizji pojęcia konsumenta. Pojęcie to do niedawna występowało tylko w języku prawniczym. Od 1990 r. znalazło się w Kodeksie cywilnym. Uchwalona przed kilkoma tygodniami ustawa, zmieniająca po części Kodeks cywilny, zawiera autentyczną definicję konsumenta. Ja na konsumenta, jako na odbiorcę usługi ubezpieczeniowej, spoglądam trochę inaczej. Wydaje mi się, że mówiąc o takim konsumencie, powinniśmy mieć przede wszystkim na uwadze osobę fizyczną, która korzysta z usługi ubezpieczeniowej w ramach swego życia prywatnego. Podejście ustawodawcy do konsumenta i to, które jest, i to, które występuje teraz w procesie legislacyjnym - myślę tu o ustawie uchwalonej w dniu 22 grudnia 1999 r. przez Sejm, która lada chwila znajdzie się lub może już się znalazła w Senacie – zapewne niewiele się zmieni. Mnie to podejście do konsumenta w zakresie jego ochrony nie bardzo odpowiada, a to dlatego, że w tym ujęciu konsumentem jest każdy biorca dobra, wyrobu czy usługi, który nabywa to dobro dla celów nie związanych z działalnością gospodarczą. Wydaje mi się, że powinniśmy odróżniać funkcje ochronne, które podejmowane być powinny względem osoby fizycznej, od funkcji ochronnych, które podejmowane być powinny lub mogą w odniesieniu do osób prawnych takich, jak fundacje, stowarzyszenia, zrzeszenia, partie polityczne. Uważam, że tak daleko idące elementy ochronne, jakie powinny być zastosowane względem osoby fizycznej, niekoniecznie muszą być używane w odniesieniu do wskazanych tu przykładowo osób prawnych i znajdować się w naszym ustawodawstwie. Zawężam pojęcie

konsumenta do osoby fizycznej, która jest biorcą usługi ubezpieczeniowej dla potrzeb sfery swego życia prywatnego.

Źródłem każdego ubezpieczenia jest umowa i nawiązany przez nią stosunek ubezpieczeniowy. Kontrahentem zakładu ubezpieczeń jest zawsze ubezpieczający. W tej bardzo pojemnej kategorii ubezpieczających, w regulacjach prawnych dzisiaj realizowanych przez orzecznictwo sądowe, elementy ochronne dotyczące konsumenta powinny znaleźć zastosowanie również w formie aktów prawnych. Jest po temu okazja, gdyż uruchomiony został proces legislacyjny związany z ustawodawstwem ubezpieczeniowym.

Wskazując na regulację prawną umowy ubezpieczenia trzeba powiedzieć, że ta regulacja nie uwzględnia konsumenta, nie dostrzega go.

Za chwilę przejdę do wskazania tych zagadnień, które, w moim przekonaniu, w regulacjach prawnych powinny się znaleźć i powinny dostrzegać osobę fizyczną jako biorcę usługi ubezpieczeniowej.

Prawną pozycję każdego ubezpieczającego, w tym ubezpieczonego konsumenta, kształtuje cały szereg czynników. Najważniejszym z tych czynników jest zawsze oświadczenie woli, choć o umowie ubezpieczenia zwykło się mówić, że jest to umowa adhezyjna. Tym samym zwraca się uwagę na to, że wpływ samego ubezpieczającego na kształt usługi ubezpieczeniowej, z natury rzeczy, nie jest i nie może być wielki.

Drugi element, który kształtuje pozycję prawną ubezpieczającego, to przepisy prawne, a trzeci - ogólne warunki ubezpieczeń. Tym ogólnym warunkom ubezpieczeń poświęcić chciałbym najwięcej uwagi, gdyż wydaje mi się, że w tym zakresie regulacje prawne są mocno niedoskonałe, a ich jakość mogłaby być nieco inna, nie tylko w interesie ubezpieczającego, ale także w interesie zakładu ubezpieczeń. Konsument powinien być nieco poważniej traktowany przez zapisy zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Treść składanych oświadczeń woli na etapie zawierania umowy ubezpieczenia jest stypizowana. Podobnie są typizowane i ogólne warunki ubezpieczeń. Jak wiadomo, firmy ubezpieczeniowe nie są skłonne negocjować indywidualnych zasad ubezpieczenia z indywidualnym klientem. Jest to zrozumiałe, jako że ilość zawieranych umów ubezpieczenia nie pozwala na

to, aby klienci mieli różne warunki ubezpieczeń. To typizowanie jest rzeczą powszechnie akceptowaną. Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na fakt, iż panuje ogólne przekonanie, że konsument, jako słabsza strona, powinien być wzięty pod parasol ochronny - ustawodawca powinien stosować względem niego pewne praktyki o charakterze protekcyjnym. Wydaje mi się, że choć jest to powszechnie akceptowane, nie znajduje jednak odzwierciedlenia w legislacji, albo też jest realizowane w zbyt małym stopniu. W ciągu lat można oczywiście dopatrzeć się w tym zakresie pewnego postępu, ta tendencja jest po części wymuszona zbliżaniem naszego ustawodawstwa do obowiązującego w Unii Europejskiej. Jednakże są też, niestety, przykłady regresu w tej dziedzinie. Ten regres przejawia się między innymi w regulacji nowelizującej ustawę o działalności ubezpieczeniowej z 1995 r., poprzez likwidację funduszu ochrony ubezpieczonych, poprzez przejście do ubezpieczeniowego funduszu gwarancyjnego tylko części elementów ochronnych, dotyczących konsumenta.

Jeśli chodzi o ogólne uwagi o instytucjach prawnych chroniących majątkowe interesy ubezpieczonych i ubezpieczających, to tych instytucji w naszym prawie jest stosunkowo dużo. W różny sposób chronią one ubezpieczonych i ubezpieczających, niektóre bezpośrednio, niektóre pośrednio. Wydaje mi się, że próba podjęcia się głębszej systematyki tych instytucji jest rzeczą bardzo trudną, a na potrzeby tego referatu ani możliwą, ani celową. Brak bowiem klarownych kryteriów, wedle których można by przeprowadzić jakąś sensowną gradację instytucji chroniących konsumenta, biorąc usługi ubezpieczeniowej. Chciałbym w moich refleksjach ogólnych dotyczących instytucji ochronnych zwrócić państwu uwagę na to, że problem ochrony konsumenta został dostrzeżony i zapisany w naszej konstytucji z 1997 r. Chciałbym tu odesłać do jej art. 76, który stanowi, iż władze publiczne chronią konsumentów przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności, bezpieczeństwu, przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Chciałbym zwrócić uwagę na to, iż ta ochrona ma specyficzny charakter. Mamy tu do czynienia z zadaniem władzy publicznej, a nie z konstytucyjnym prawem jednostki, tak więc można powiedzieć, że problem został zauważony, ale w zakresie roszczeń konsument z art. 76 nie uzyskał żadnych praw.

Przejdę teraz do sprawy, której chciałbym poświęcić najwięcej miejsca, do ogólnych warunków ubezpieczenia, ustalanych przez zakłady ubezpieczeń - w kontekście ochrony ubezpieczającego.

Instytucja ogólnych warunków ubezpieczeń zawiera bogactwo materii prawnej. Chciałbym dziś mówić jedynie o wybranych problemach, przedstawić kilka tez. Rozpocznę jednak od stwierdzenia, iż charakter prawny ogólnych warunków ubezpieczenia, ustanawianych przez zakłady ubezpieczeń, zarówno tych dobrowolnych, jak i tych obowiązkowych, w zakresie których regulacje są ustalane przez zakłady ubezpieczeń, a nie w formie zawartej w rozporządzeniu ministra finansów, nie jest jednolicie oceniany. Niektórzy uważają, że ogólne warunki ubezpieczeń stają się elementem treści zawieranej umowy. Ja do tego poglądu się nie skłaniam. Uważam, że ogólne warunki ubezpieczeń są wobec umowy czynnikiem zewnętrznym. Jest to podejście nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne. Są pewne konsekwencje płynące z tego stanowiska. Mój argument jest następujący: wykładni oświadczeń woli dotyczą inne reguły. Mamy tu do czynienia ze skrepowaniem regulacjami art. 65 Kodeksu cywilnego, który odnosi się do sposobu dokonywania oświadczeń woli, a moim zdaniem, inne reguły powinny być uwzględniane w odniesieniu do regulaminu. Wszakże ogólne warunki ubezpieczeń, ustalane przez zakłady ubezpieczeń, są formą regulaminu.

Tak więc inne reguły interpretacyjne powinny mieć zastosowanie do regulaminu, który jest stanowiony przez profesjonalistę, przedsiębiorcę, przygotowującego te regulaminy dla powielanych, masowych zdarzeń, jakimi są procedury zawierania umów. Chciałbym zaznaczyć, że w całości akceptuję utrwaloną na przestrzeni ostatnich lat linię orzecznictwa sądowego, linię, którą reprezentuje myśl wyrażona w krótkiej tezie: wszelkie wątpliwości interpretacyjne związane z ogólnymi warunkami ubezpieczeń, stanowionymi przez zakłady ubezpieczeń, powinny być interpretowane na niekorzyść ich twórcy, a na korzyść ubezpieczającego. Uważam, że ta teza powinna być pretransponowana do naszych regulacji normatywnych. Sądzę, że rygoryzm w tym zakresie i takie właśnie podejście w przypadkach wątpliwych, skłania twórców regulaminów do większej solidności, do eliminowania takich zapisów i postanowień, które rodziłyby wątpliwo-

ści. Wydaje mi się, że gros tych częstych, za częstych, zmian ogólnych warunków ubezpieczeń jest spowodowany przez taki właśnie kierunek orzecznictwa sądowego, który tu zasygnalizowałem.

Druga sprawa, która wiąże się z ogólnymi warunkami ubezpieczeń, a która, moim zdaniem, ma w naszych dotychczasowych regulacjach kształt nie zasługujący na aprobatę, to kwestia doręczania ogólnych warunków ubezpieczeń. W moim przekonaniu, doręczanie ogólnych warunków ubezpieczeń powinno następować nie w momencie zawarcia umowy, a przed jej zawarciem. Możliwość przestudiowania ich powinna być dana o wiele wcześniej ubezpieczającemu, czy raczej trzeba by mówić na tym etapie, kandydatowi na ubezpieczającego. Iluzoryczne jest założenie, że treść ogólnych warunków ubezpieczeń ubezpieczający poznaje w momencie zawierania umowy. Chodzi mi o moment czasowy doręczenia. Są merytoryczne podstawy ku temu, by ten moment zmienić, przesunąć w czasie, by poczynić odpowiednie zmiany, dotyczące tej kwestii, w aktach normatywnych.

Druga sprawa związana jest z dokumentacją doręczanych ogólnych warunków ubezpieczeń. Analiza dotychczasowej praktyki doprowadza mnie do stwierdzenia, że zakłady nie dbają o swój własny interes, jako że nie zawsze dokumentują w sposób właściwy tekst wręczanych ogólnych warunków ubezpieczenia. Rzeczą powszechnie znaną jest to, że te ogólne warunki ubezpieczenia zmieniają się dość często. Dobrze, jeśli dzięki temu jest podnoszona ich jakość, ale jednak ta lawina zmian nie powinna mieć takiej skali, jaką ma w praktyce. W polisach ubezpieczeniowych dokumentuje się fakt wręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia tylko poprzez wskazanie ich nazwy, a nie ich wersji, przez co umożliwia się ubezpieczającemu dokonanie pewnego manewru.

Jeżeli spełni się przyczyna, dla której ubezpieczony uzyska roszczenie, może on "kombinować", próbować wybrać dla siebie ten wariant ogólnych warunków ubezpieczeń, niezbyt konkretnie udokumentowany w polisie ubezpieczeniowej, który zawiera dla niego najkorzystniejsze postanowienia.

Trzecia rzecz, która dotyczy ogólnych warunków ubezpieczenia, to sprawy związane z mechanizmami kontroli postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, ustalanych przez zakłady ubezpieczeń. Nie



mam większych zastrzeżeń co do kontroli uprzedniej, która jest sprawowana na etapie zezwolenia, natomiast mechanizm kontroli następczej, zapisany w naszym prawie, jest obciążony dużą wadliwością. Prawo nasze stanowi, że jeżeli zakład ubezpieczeń zmienia ogólne warunki ubezpieczenia, to jest obowiązany przedstawić je Państwowemu Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń w ciągu 14 dni od daty ich wprowadzenia do obrotu, po to, aby uzyskać ich akceptację. Jeżeli tej akceptacji zakład nie otrzyma, jeśli są do tych warunków zastrzeżenia, zakład ubezpieczeń powinien się do tego ustosunkować, zmodyfikować zapisy, wprowadzić zmiany.

Co się jednak dzieje w trakcie tego procesu? W tym czasie nadal zawierane są umowy ubezpieczenia na tych nowych warunkach, co do których Urząd Nadzoru ma wątpliwości. Co się stanie, zanim zakład te zastrzeżenia uwzględni? Umowy zawarte w tym czasie są już obowiązujące. Kontrola następcza, sprawowana przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, dokonywana w trybie ustawy ubezpieczeniowej, powinna wyglądać inaczej.

Powinna ona zostać uregulowana w ten sposób, ażeby wprowadzenie ogólnych warunków ubezpieczeń w zmienionej formule było poddane kontroli nieco wcześniej, tak aby nie powstawały trudne praktyczne problemy, związane z funkcjonowaniem nawiązanych stosunków umownych na zasadach zakwestionowanych przez PUNU. Jest to kwestia może o tyle złożona, że sam ubezpieczający ma do dyspozycji pewne mechanizmy prawne, wynikające z ogólnych regulacji Kodeksu cywilnego, umożliwiające mu podjęcie pewnych działań o charakterze obronnym. Myślę tu o bardzo skomplikowanym mechanizmie prawnym. Otóż art. 385 pkt 1 Kodeksu cywilnego umożliwia zakwestionowanie treści nawiązanych stosunków umownych z użyciem regulaminu wówczas, gdy użyty przez profesjonalistę regulamin zapewniał mu rażące nieuzasadnione korzyści. Jest możliwość przeprowadzenia postępowań przy pomocy procedur prawnych, ale są one obciążone kosztami i wymagają mnóstwa czasu.

Teraz chciałbym przejść do kwestii prawa odstąpienia ubezpieczającego od umowy. Ustawa ubezpieczeniowa wymaga, ażeby ogólne warunki ubezpieczeń, zawieranych na okres ponad 6 miesięcy, przewidywały możliwość odstąpienia przez ubezpieczającego od zawartej

umowy. Ustawa ubezpieczeniowa nakłada na zakład ubezpieczeniowy obowiązek dokonania stosownych zapisów. Jednakże niedopełnienie tego obowiązku nie jest związane z żadną sankcją. Nie jestem w stanie dzisiaj tego udokumentować, ale wczoraj słyszałem od jednej z moich seminarzystek, która czytała bardzo starannie ogólne warunki ubezpieczeń życiowych, iż nie znalazła ona tam stosownego zapisu. Nie zdążyłem tego sprawdzić, ale gdyby rzeczywiście tak było, to wskazywałoby to na wagę problemu. Naprawdę przewidzenie sankcji, w razie niespełnienia wspomnianego obowiązku, wydaje się bardzo istotne. Sądzę, iż należy postulować wprowadzenie takiego zapisu. Jeżeli chodzi o prawo ubezpieczającego do odstąpienia od umowy, to mam jeszcze jedną krytyczną uwagę. Mam tu na myśli kwestię związaną z dyferencjacją podmiotów, które mogą od umowy odstąpić w różnych terminach.

Obowiązująca regulacja normatywna stanowi, iż w innych terminach mogą odstąpić osoby fizyczne, a w innych terminach osoby prawne. W pierwszym przypadku jest to 30 dni, w drugim - termin jest trzydniowy. Wydaje mi się, że "włączanie" do jednego obszaru osób fizycznych, konsumentów, jak i nie konsumentów, nie jest uzasadnione. Uważam, że właściwszym byłoby, aby dyferencjacja podmiotowa wyglądała tak, jak to proponuję, to znaczy, że bardziej właściwe byłoby podzielenie ubezpieczających na przedsiębiorców i nie przedsiębiorców. Uważam, że przedsiębiorcy nie posiadający osobowości prawnej, a w tej grupie mieszczą się przecież osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, powinny być zrównane w sytuacji prawnej z osobami prawnymi. Nie znajduję tu merytorycznych racji po temu, by przedsiębiorcy byli rozbici na dwie grupy i terminy odstąpienia od umowy były kształtowane tylko wedle tego, czy są oni osobami fizycznymi, czy też prawnymi. To ich stosunek do działalności gospodarczej powinien przesądzać o terminie krótszym, bądź dłuższym, jaki ustawodawca przewiduje na odstąpienie od umowy ubezpieczenia.

Kolejna sprawa, na którą chciałbym zwrócić uwagę, to kwestia właściwości sądów w sprawach ubezpieczenia. Zapis ustawy ubezpieczeniowej stanowi, iż spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozpatrują te sądy, które są właściwe dla osoby ubezpieczonej lub upraw-

nionej do odszkodowania. To jest zasada. Jednakże zaraz dalej mamy wyjątki: "...jeżeli umowa ubezpieczenia lub warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej". Sądzę, że wprowadzanie takiej zasady jest mało poważne, bo przecież wiadomo, że ci, którzy mają wpływ na kształtowanie właściwości miejscowej, na etapie zawierania umowy, wykorzystają tę możliwość i wykorzystują ją najczęściej nie w formule zapisów w postanowieniach umownych, a w formie konkretnych postanowień w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Moja propozycja jest bardzo prosta. Uważam, że zmiana właściwości miejscowej, postreganej, co do zasady, przez ustawodawcę w sposób prokonsumencki, mogłaby być realna tylko poprzez zapis umowy, który znalazłby swoje odzwierciedlenie w polisie ubezpieczeniowej. Natomiast uważam, że powinno się wyłączyć możliwość zmiany właściwości sądu, poprzez zapis w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które, jak wiadomo, nie zawsze są powszechnie znane, studiowane przez osobę ubezpieczającą. Reglamentacja działalności, jako wyraz ochrony ubezpieczających - to rzecz, którą potraktowałem w swoim referacie bardzo skrótowo. Ta reglamentacja jest w pełni objęta przepisami ustawy. W moim przekonaniu jest ona zupełnie słuszna. Dotyczy potrzeby zagwarantowania ubezpieczonym ochrony ich interesów przede wszystkim w sferze zarządzania finansami zakładów ubezpieczeń. Chodzi tu o trzy podstawowe sprawy: zabezpieczenie wypłacalności zakładu ubezpieczeń, rezerwę techniczno-ubezpieczeniową i monitoring, czy też pewne ograniczenia w zakresie prowadzenia działalności lokacyjnej przez zakłady ubezpieczeń.

Jeśli chodzi o reglamentację pośrednictwa ubezpieczeniowego, jako wyraz ochrony interesów konsumenta, to moja ocena jest taka: W 1995 r. ochrona konsumenta w odniesieniu do usług ubezpieczeniowych niewątpliwie uległa wzmocnieniu poprzez uregulowania dotyczące pośrednictwa ubezpieczeniowego. To pośrednictwo zostało objęte pewną reglamentacją. Chodzi tu o konieczność uzyskania przedniego zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej, chodzi też, o, niestety, nieco bardziej ułomną i mniej klarowną, konieczność uzyskania zezwolenia na dokonywanie czynności agencyjnych. Tutaj, od samego początku funkcjonowania przepisów ustawowych, były wątpliwości. One dziś już raczej nie występują, z uwagi na

cały szereg dokonanych wyjaśnień. Bardzo istotna była potrzeba odróżnienia działalności agenta ubezpieczeniowego od czynności agencji. To zagadnienie budziło wątpliwości u prawników, a w jeszcze większym stopniu u praktyków. Wydaje mi się, że te sprawy wymagałyby nieco większej klarowności.

Ustawowe uregulowania pośrednictwa ubezpieczeniowego nasuwają pewne zastrzeżenia. Wydaje mi się, że te uregulowania zasługują na pozytywną ocenę z jednym, generalnym wyjątkiem. Ten wyjątek dotyczy możliwości funkcjonowania multiagenta. Jest to problem stale podnoszony. Z formalnego punktu widzenia, nie ma przeszkód; zasada wolności gospodarowania dopuszcza działalność multiagenta na naszym rynku. Wydaje mi się jednak, że jest to ze szkodą dla rynku, dla ubezpieczonych. Ta praktyka jest też krytykowana przez dużą rzeszę pośredników ubezpieczeniowych, którymi są brokerzy. Powstaje bowiem pytanie, jaka jest różnica między brokerem a agentem ubezpieczeniowym w tej sferze praktycznych działań?

Kolejna funkcja w zakresie ochrony ubezpieczających jest realizowana przez ubezpieczeniowy fundusz gwarancyjny. Chciałbym zwrócić uwagę na jedno z jego zadań. Chodzi mi o zaspokajanie roszczeń uprawnionych z tytułu ubezpieczenia na życie, w wysokości do 50% wierzytelności. Tą kwotą jest równowartość w złotych 3 tys. euro. Powracam raz jeszcze do tego, że w zakresie funkcji ochronnych Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny nie przejął ich w całości po zlikwidowanym w 1995 r. Funduszu Ochrony Ubezpieczonych i na pewno pozycja ubezpieczających i ubezpieczonych, zwłaszcza konsumentów, na tym ucierpiała. Jeśli chodzi o reglamentację umowy o przeniesienie portfela, to i w tej regulacji prawnej dostrzec można elementy ochronne. Dostrzegam je przede wszystkim w konieczności zatwierdzania przez organ nadzoru każdej umowy o przeniesienie portfela tak całościowe, jak i całkowite.

Ostatnią instytucją merytoryczną, której chciałbym poświęcić nieco słów, jest instytucja Rzecznika Ubezpieczonych, jako obrońcy konsumentów usług ubezpieczeniowych. Ta instytucja, wprowadzona w 1995 r., przewiduje dla Rzecznika Ubezpieczonych cały szereg kompetencji. Te zadania Rzecznika, które zawarto w ustawie, powinny być bardziej skonkretyzowane. Jedna kompetencja powinna być z

całą pewnością Rzecznikowi powierzona: monitoring funkcjonujących na rynku ogólnych warunków ubezpieczeń. Gdy dziś się przyjrzymy temu problemowi, to musimy stwierdzić, że ocena ogólnych warunków ubezpieczeń funkcjonujących na naszym rynku ubezpieczeniowym nie może być ogarnięta w całości i systematycznie prowadzona. Wydaje mi się, że z korzyścią dla ubezpieczonych, szczególnie ubezpieczonych konsumentów, byłoby, gdyby jedna instytucja - a mógłby to być Rzecznik Ubezpieczonych - prowadziła w sposób stały monitoring stosowanych przez zakłady ubezpieczeń nie tylko ogólnych warunków ubezpieczenia, ale także wszelkiego rodzaju dokumentów, w tym i polis.

Wydaje mi się, że ochronie prawnej konsumentów służy bardzo wiele instytucji prawnych, szczególnie unormowanych przepisami. Ja zająłem się przede wszystkim tymi, które znalazły swoje odzwierciedlenie w postanowieniach ustawy ubezpieczeniowej. Tych instytucji jest o wiele więcej, znajdujemy je przede wszystkim w uregulowaniach Kodeksu cywilnego. Myślę tu na przykład o instytucji skargi na postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, zapewniających rażąco nieuzasadnione korzyści dla twórców tych warunków ubezpieczenia, czy ciążący na zakładzie ubezpieczeń obowiązek wyraźnego informowania ubezpieczającego o umieszczeniu w dokumencie ubezpieczeniowym postanowień odbiegających swą treścią na jego niekorzyść od złożonej oferty, złożonego wniosku ubezpieczeniowego lub ogólnych warunków ubezpieczenia.

W prezentowanym referacie skoncentrowałem się na wybranych, posiadających w moim przekonaniu istotne znaczenie praktyczne instytucjach, służących prawnej ochronie konsumenta usługi ubezpieczeniowej. Generalna ocena tych regulacji prawnych o charakterze ochronnym nakazuje wyrazić pogląd, że niezbędne jest utrzymanie dostrzegalnego w ostatnich latach kierunku, zmierzającego do dalszych ich modyfikacji, w celu wzmocnienia pozycji występującego na rynku ubezpieczeniowym konsumenta, biorcy usługi ubezpieczeniowej. Sprzyjającą do tego okazję stwarza fakt intensyfikacji prac nad projektami nowych uregulowań w zakresie prawa ubezpieczeń gospodarczych.

## Uwagi o działalności zakładów ubezpieczeń w świetle skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich

Przedłożone państwu pisemne uwagi są tylko częścią materiału, którym dysponuje Rzecznik Praw Obywatelskich. Chciałbym zwrócić uwagę na fakt, że umowa wspólnotowa, którą Polska podpisała, zobowiązuje nasz kraj do dostosowania naszego prawa do prawa obowiązującego w Unii Europejskiej, które posiada bardzo wyraźne postanowienia dotyczące ochrony konsumentów. Pragnę tu przypomnieć Rezolucję Rady Europy nr 543 w sprawie Karty ochrony konsumenta, czy Rezolucję Wspólnoty Europejskiej z 1975 r.

Przy czym trzeba od razu powiedzieć, że ochrona konsumenta nie może sprowadzać się do uchwalenia ustawy o jego ochronie. Jest to rzecz bardzo ważna, ale zgodnie z ideą europejską, całe ustawodawstwo powinno być prokonsumenckie. Tak, jak się to dzieje dzisiaj w Europie, choć nie tylko tam, bo przecież ochrona konsumenta przede wszystkim rozwinęła się właśnie w Stanach Zjednoczonych. Przypomnę, że Kennedy wygrał pod jej hasłami wybory prezydenckie. Tak więc całe nasze ustawodawstwo powinno być przesiąknięte ochroną konsumenta.

I tu trzeba powiedzieć od razu, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej takiej ochrony konsumenckiej nie posiada. Skoncentrowała się ona na wielu bardzo istotnych elementach regulujących zagadnienie ubezpieczeń majątkowych i osobistych, natomiast nie na zasadach ochrony ubezpieczającego.

Zgadzam się z panem profesorem, że mówimy tu o tych przeciętnych ubezpieczających, a nie o wielkich firmach, które ubezpieczają swoją odpowiedzialność cywilną lub ryzyko, bo one są silne. Posiada-

ją przecież własną obsługę prawną, pieniądze i stać je na prowadzenie procesów sądowych przez wiele, wiele lat. Przeciętnego ubezpieczającego na to nie stać. Stąd tak ważne jest to, o czym mówimy, opisując ideę ochrony konsumenta.

Z jednej strony mamy konsumenta - odbiorcę usług ubezpieczeniowych, zaś z drugiej strony, mamy giganta organizacyjnego z wyspecjalizowaną obsługą prawną, który z góry może sobie pozwolić na prowadzenie latami procesu sądowego.

Przy naszej zapaści sądownictwa takie rzeczy są na porządku dziennym. Ta nierówność, mimo formalnej równości, wynikającej z konstytucji, stanowi o idei ochrony konsumenta - chodzi o ochronę słabszego przed silniejszym.

Ponieważ, jak wiadomo, do Rzecznika Praw Obywatelskich nie piszą zadowoleni i szczęśliwi, moje wystąpienie będzie się ograniczało do przedstawienia państwu grup skarg, jakie Rzecznik otrzymuje na działalność zakładów ubezpieczeń oraz skutków, jakie niektóre złe działania zakładów ubezpieczeń wywołują w Polsce. Prawdą jest, trzeba to też od razu powiedzieć, że odnotowuje się coraz więcej usiłowań oszustw lub też dokonanych oszustw asekuracyjnych, proceduru znanego tak długo, jak długo istnieją ubezpieczenia. To nic nowego.

Wystarczy zajrzeć do przedwojennych przeglądów policyjnych z lat 1937-39, żeby przeczytać tam o tzw. przestępstwach asekuracyjnych. Nie może jednak być obroną przed narastającą liczbą usiłowanych lub dokonywanych oszustw asekuracyjnych postawa zakładów asekuracyjnych, które traktują większość ubezpieczających, zgłaszających się ze szkoda, jako potencjalnych klientów, chcących podjąć nienależne im odszkodowania. Zakłady ubezpieczeń, w szczególności PZU, nie mogą dalej uważać, że są upoważnione do wydawania decyzji. One nie wydają decyzji, ale ich pisma, które kierują do ubezpieczających, to są decyzje: "Nie przyznaje się odszkodowania bo"....i tu informacja o możliwości zaskarżenia.

Jakie w związku z tym skargi otrzymuje Rzecznik Praw Obywatelskich? Pierwszym zagadnieniem, ciągle aktualnym, mimo upływu lat, jest sprawa starego portfela ubezpieczeń. Jest to sprawa hańbiąca. Akwizycja ubezpieczeń rentowych i tzw. posagowych, prowadzona z

wielką reklamą i przy udziale ówczesnej władzy państwowej, doprowadziła do zawarcia szeregu ubezpieczeń - w szczególności dotyczyło to ludności wiejskiej lub małych miasteczek. Były to umowy ubezpieczenia, które miały zabezpieczyć spokojną starość. Chodziło o ubezpieczenia rentowe natychmiast płatne lub odroczone. Ludzie sprzedawali domy, swoją własność, wpłacali 300-400 tys. zł, a na owe czasy to były duże pieniądze, i wykupywali sobie ubezpieczenia. Tak samo prowadzona była akcja ubezpieczeń posagowych. Dziecku kupowało się polisę, a po pewnym czasie miało ono otrzymać posag. Jeżeli uznamy, że można wypłacać renty w wysokości 15 czy 20 zł, to sprawa jest bezdyskusyjna, jeśli tak ma być - to niech będzie. Ale powiem szczerze, Rzecznik i jego pracownicy z tym się nie pogodzą. Sprawa była rozpoznawana przez Sąd Najwyższy.

Sąd Najwyższy przyjął istotną tezę, chodzi tu o uchwałę podjętą w składzie 7 sędziów z 1992 r., że wysokości: nominalnej renty miesięcznej, określonej w umowie ubezpieczenia, renty odroczonej lub natychmiast płatnej, a także nominalnej sumy ubezpieczenia zaopatrzenia, mogą być zmienione na podstawie art. 358 ze znacznikiem *prim*, par. 3, przy czym najistotniejsze jest uzasadnienie do tej uchwały. Sąd Najwyższy powiedział tam między innymi, iż: to prawda, że załamała się gospodarka, była inflacja, ale obie strony w związku z tym powinny ponieść ciężar tego, co się stało. Ale "obie strony", to nie znaczy, że ubezpieczony z zakładem zostali skwitowani. Nie, to po prostu realna wartość powinna być przeliczona tak, aby ciężar tej tragedii ekonomicznej, jaką Polska przeżyła, został rozłożony na obie strony. Zakłady ubezpieczeń wyszły z założenia, że w istocie swojej, najbardziej dla nich uzasadnione ekonomicznie może być postawienie sprawy w sposób następujący: "jak wygrasz w sądzie, to dostaniesz należne pieniądze". Nie we wszystkich przypadkach. W niektórych przypadkach nasze interwencje spowodowały przeliczenie rent. To się jednak ciągnie.

Wielokrotnie proponowano zakładom ubezpieczeń zlikwidowanie starego portfela, bo jest to fakt hańbiący i podważający zaufanie do całego systemu ubezpieczeń, szczególnie ubezpieczeń życiowych. Trzeba po prostu wykupić te ubezpieczenia, aby ich nie było. Jest to sprawa waloryzacji pewnej grupy ubezpieczeń. To są także jeszcze



tw. ubezpieczenia szkolne związane z kalectwem. Nie były to wprawdzie ubezpieczenia ustawowe, ale był nakaz kuratorski, aby dzieci były objęte ubezpieczeniem szkolnym. Nie można jednak potem płacić dziewczynie, która straciła nogę, a studiowała na Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, 10 zł, słownie: dziesięć złotych miesięcznie, mówiąc, że po prostu składka była niska.

Są ubezpieczenia, mające tzw. limit, a więc górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczenia. Chodzi tu o pewne ubezpieczenia wypadkowe, stosowane zarówno w ochronie rolników, jak i w zakładach pracy. Kiedyś 2 mln zł to był pieniądź, teraz 2 mln zł, to 200 zł. Gdy nastąpiła narastająca żywiołowo inflacja, to suma gwarancyjna danych ubezpieczeń została wyczerpana w ciągu 2-3 miesięcy. Pozostała osoba pokrzywdzona, którą zakład ubezpieczeń informuje, iż nie odpowiada za szkodę, bo limit, czyli suma gwarancyjna ubezpieczeniowa, została wyczerpana, a nie została ona zwaloryzowana. Od kogo więc ma dochodzić roszczeń poszkodowany? Od zakładu pracy, który często już nie istnieje bądź został sprywatyzowany? Ludzie zostali ze swoimi roszczeniami na przysłowiowym lodzie.

Liczne skargi są kierowane w związku z rentami powypadkowymi. Chodzi tu o tzw. renty powypadkowe bądź uzupełniające. Wprawdzie Kodeks cywilny w art. 907 wyraźnie stanowi, że w przypadku zmiany stosunków społecznych - a Sąd Najwyższy interpretując to określenie, rozumiał je także jako zmianę wartości pieniądza - każda ze stron może dochodzić zmiany sumy ubezpieczenia, przyjętej niegdyś bądź w umowie, bądź w wyroku sądowym. Tylko, że świadomość prawna naszego społeczeństwa jest bardzo niska i nie powinno tak być, aby potężne zakłady ubezpieczeń miały tę nieświadomość prawną w taki sposób wykorzystywać, jak to robią, mówiąc: "nie wystąpiłeś o zmianę, to automatycznej zmiany, jak w ubezpieczeniach społecznych, nie ma". W związku z tym renta uzupełniająca może być dziś wypłacana w wysokości 5 zł miesięcznie. Koszt obsługi takiej renty jest o wiele wyższy niż sama renta. Jednakże zakłady ubezpieczeń, gdy mają pewne zachwiania z rozliczeniem jakiegoś portfela ubezpieczeń, zaczynają różnymi wewnętrznymi poleceniami starać się wpływać na obniżenie rent, szczególnie rent uzupełniających, lub zmierzają do zaniechania ich wypłacania.

Jednym z takich sposobów był pomysł, ażeby przestać wypłacać renty uzupełniające tym wszystkim, którym zostały one przyznane na mocy wyroku sądowego lub wzajemnej umowy, a którzy osiągnęli wiek uzasadniający otrzymywanie przez nich rent z zakładu ubezpieczeń społecznych. Argumentowano w ten sposób: taki ktoś już dostaje to, co mu się należy. Rozumowanie jest błędne z punktu widzenia prawa. Renta uzupełniająca to nie tylko renta mówiąca o uzupełnieniu straty, którą osoba poniosła w wyniku wyrządzonej mu szkody, to także swego rodzaju wypłaty na zwiększone potrzeby, a najczęściej u osób upośledzonych z powodu wypadku potrzeby są większe.

Sprawa ma jednak jeszcze inny charakter. Chyba czas najwyższy spojrzeć inaczej na art. 103 w związku z art. 104 i 106 ustawy z 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Renta lub emerytura to prawo podmiotowe, a nie obowiązek przejścia na emeryturę. Przepisy te stanowią, że kobieta, gdy ukończyła lat 60, a mężczyzna, gdy ukończył lat 65, mogą pracować, zarabiać i emerytura nie jest im zmniejszana. Skoro tak, to można byłoby postawić zagadnienie w ten sposób, że strata tego, komu przyznano rentę uzupełniającą, może być tak naprawdę większa, bo do jego strat można dopisać i to, że gdyby mu szkody nie wyrządzono, to mógłby, biorąc emeryturę z ZUS, jeszcze pracować i zarabiać. Jakież więc jest sens wydawać pismo do zakładów ubezpieczeniowych, podległych sobie jednostek, aby dla tych, którzy skończyli właściwy wiek i otrzymują ubezpieczenie z ZUS, wstrzymać wypłacanie rent uzupełniających lub badać, czy nie zachodzą okoliczności do wstrzymania tych wypłat. Mówię o tym dlatego, że w odczuciu Rzecznika Praw Obywatelskich, który czyta skargi na zakłady ubezpieczeń, zarysowuje się jedna, moim zdaniem niebezpieczna, tendencja: zaufanie do zakładów ubezpieczeń ciągle maleje. Utrata zaufania do zakładów ubezpieczeń może spowodować przesunięcie portfeli polskich do zakładów zagranicznych i może to nastąpić szybciej, niż się to zakładom ubezpieczeń wydaje.

Sprawą kolejną jest, w skali europejskiej rzadko spotykane, zagadnienie utraty płynności finansowej, a tym samym wiarygodności rynkowej, która grozi ogłoszeniem upadłości zakładów ubezpieczeń. Siedem przypadków utraty płynności finansowej - to zaczyna być prawie rekord środkowoeuropejski. Rekord, który podważa zaufanie

do polskich zakładów ubezpieczeń, ale nie tylko. Nie chcę być źle zrozumiany, ale w listach, które otrzymuje Rzecznik, jest podnoszona sprawa nadzoru agend państwowych nad działalnością zakładów ubezpieczeń. Rozgoryczenie jest zrozumiałe.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny pokrywa straty tylko w części - zgodnie z art. 51 ust. 4 ustawy. Przy czym - i to jest chyba sprawa także istotna - z chwilą ogłoszenia upadłości zawarte umowy ubezpieczenia z tym zakładem tracą swoją ważność. Jest to niezrozumiałe. Jeśli tak, to dlaczego w związku z tym obsługi tych umów ubezpieczenia - oczywiście ograniczam to tylko do ubezpieczeń obowiązkowych - nie przejmuje Fundusz? Jeśli państwo nakazuje obywatelowi zawrzeć umowę ubezpieczenia pod groźbą kary, to państwo ma obowiązek dbać także o to, ażeby prawa tego, komu nakazało takie postępowanie, były zabezpieczone.

Jak przedstawia się w związku z tym proces upadłościowy? Nie chciałbym mówić na tej sali o skoku akcji "Polisy" na giełdzie w górę i w dół. Zbyt długo zajmuję się sprawami gospodarczymi, znam się, w miarę, na mechanizmach rynkowych. To są odrębne kwestie. Natomiast jest jeszcze sprawa następująca. Upadłość Westy i Westy Life - ileż to lat minęło i do dziś jeszcze trwa proces upadłościowy? Boję się, że koszty postępowania upadłościowego z całą tą grupą badającą szkody, kosztują więcej, niż możemy sobie wyobrazić. Widząc, co się dzieje, Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił zagadnienie prawne Sądowi Najwyższemu w sprawie procesu upadłościowego firm ubezpieczeniowych. Sąd Najwyższy, w uchwale 7 sędziów z 1993 r. wskazał na możliwość stosowania zupełnie innego trybu likwidowania szkód w zakładach, które upadły. W nowej ustawie ta uchwała Sądu Najwyższego została przejęta.

Pozostaje jednak sprawa nadzoru nad działalnością zakładów ubezpieczeń. Była na ten temat wymiana zdań pomiędzy Rzecznikiem Praw Obywatelskich a panią minister Wałercz i podsekretarzem stanu, panem Rafałem Zagórnym. Prowadzona była korespondencja w tej kwestii. Chcę powołać się na wypowiedź pani Danuty Wałercz, zamieszczoną w "Gazecie Bankowej" nr 1/2000, na str. 19, gdzie mówi, że jeśli nie uda się zdobyć inwestorów, to szereg zakładów ubezpieczeń może mieć problemy na rynku, ponieważ nie ustała zła praktyka,

którą stosowały liczne nowo powstające zakłady, szybkiego powiększenia portfela ubezpieczeń, przy stosowaniu konkurencyjnych stawek za ubezpieczenia. Kolejną przyczyną to brak kalkulacji, rozeznania, że za dwa, trzy lata ta składka, która została zebrana, będzie musiała być przeznaczona na wypłatę odszkodowań. Za ubezpieczenia, niestety, biorą się ludzie, którzy nie zawsze się na tym znają. W związku z tym selekcja powinna być bardzo ostra. Nie jestem upoważniony do wypowiedziania się co do tego, jakie kompetencje powinien mieć PUNU, ale gdybym miał wyrazić swoje zdanie, to PUNU powinien mieć o wiele większe i bardziej restrykcyjne uprawnienia w stosunku do zakładów ubezpieczeń.

To wszystko, co się mówi o wolności kontraktowania, nie może być wykorzystywane ze szkodą dla społeczeństwa. Chcę powiedzieć, że w związku z wprowadzeniem nowego systemu ubezpieczeń społecznych, nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń musi być jeszcze bardziej dogłębny, aby nie powstało zagrożenie upadłości ubezpieczycieli mających obsługiwać drugi lub trzeci filar ubezpieczeń społecznych. Gdy kształtowały się te rozwiązania, byłem członkiem Rady Legislacyjnej przy premierze, sprzeciwiałem się temu systemowi, zresztą nie ja jeden. System argentyński, który przyjęliśmy z pewnymi poprawkami, przeżył ciężkie skutki załamania z powodu błędów, które zostały tam popełnione.

Jeśli chodzi o zagadnienia ubezpieczeń obowiązkowych, to trzeba powiedzieć, że rejestr, dawniej czterech podstawowych ubezpieczeń obowiązkowych, niegdyś zwanych ustawowymi, a obecnie obowiązkowymi, albowiem nie powstają z mocy ustawy, a z mocy zawarcia odpowiedniej, nakazanej przez ustawę umowy ubezpieczenia, urósł już do siedmiu. Albowiem w poszczególnych ustawach należy obowiązkowo ubezpieczać podmioty uprawnione do badania sprawozdań finansowych, energię jądrową doradców podatkowych, zanieczyszczenia olejami, działalność brokerską, nieszczęśliwe wypadki, sportowców. Wymaga to wszystko specjalnej ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Rzecznik nie zgadza się z poglądem ministra finansów, który uważa, że: "Najlepszym, jedynym, właściwym weryfikatorem rozwoju tych ubezpieczeń jest rynek". Jeśli państwo nakazuje

obywatelowi zawrzeć określoną umowę, to państwo ma także obowiązek kontrolować, jak ta umowa przebiega.

Co roku powstaje multum skarg na ubezpieczenia obowiązkowe, w szczególności na ubezpieczenia komunikacyjne. Nikt nie stoi na stanowisku, by państwo miało wyznaczać stawki ubezpieczeniowe. One powinny wynikać z kalkulacji szkodowej, ze szkodowości i z kalkulacji obsługi. Ale ponieważ są to ubezpieczenia obowiązkowe, to każdorazowo, jeżeli składka ma być podniesiona, do powszechnej wiadomości powinny zostać podane bardzo dokładne informacje dotyczące tego, na jakiej podstawie, z jakich przyczyn składka zostaje podwyższona. Mało tego, zanim składka ulegnie podwyższeniu, a nie po tym fakcie, powinny te przyczyny zostać zweryfikowane. Są do tego powołane dwa urzędy: PUNU i Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Nie narusza to ani art. 22 Konstytucji, ani swobody kontraktowania. Analiza językowa i celowościowa art. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie dają podstaw do wniosku, że taryfy za ubezpieczenia obowiązkowe nie powinny być badane przez organ nadzoru administracji państwowej, szczególnie, że zgodnie z art. 82 a ustawy, zadaniem nadzoru ubezpieczeniowego jest ochrona interesów osoby ubezpieczonej.

I sprawa ostatnia - sprawa praktyki. Żebyśmy nie wiadomo jaką ustawę uchwalili, to jeżeli nie będzie kontrolowana praktyka prowadzenia akwizycji i realizacji szkód, nie będzie kontrolowana w sposób autentyczny, to dojdzie do takich nieszczęść, do jakich doszło w czasie słynnej powodzi. Myśmy badali tę sprawę. Jest to niedopuszczalne, ażeby historycznie znane pod nazwą "ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych", przez które przez dziesiątki lat rozumiało się także ubezpieczenia powodziowe - sprzedawać z wyłączeniem powodzi, za nieco niższą stawkę, nie wyjaśniając obywatelom, jakie wynika stąd niebezpieczeństwo.

Ta pogoń za zdobyciem coraz większego portfela ubezpieczeń, pod różnymi "kruczkami", wyłączająca odpowiedzialność zakładów ubezpieczeń i żerowanie na naiwności ludzkiej, że zapłaci się parę groszy mniej, podczas gdy można stracić w powodzi wszystko - jest niedopuszczalna. Ale jeśli już taka praktyka ma być stosowana, to zgodnie z wzorem na przykład niektórych niemieckich zakładów

ubezpieczeniowych, należy na polisach, z tyłu, tłustym drukiem, aby ten, kto kupuje polisę od razu to przeczytał, wypunktować, jakie są wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Jest to sprawa bardzo ważna. Nie chodzi tu tylko o ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych, przecież blisko połowa społeczeństwa, a co najmniej część osób zawierających umowy ubezpieczenia pojazdu Auto-Casco, nie zdaje sobie sprawy, że może w pewnym momencie zawrzeć skrócone ubezpieczenie, które nie obejmuje kradzieży pojazdu. Jest ono trochę tańsze. Tak się sprzedaje niektóre ubezpieczenia.

Zakłady nie mogą korzystać z faktu, że większość zawierających umowy ubezpieczenia w ogóle ich nie czyta, a już z pewnością nie studiuje wydrukowanych drobnym maczkiem warunków ubezpieczenia. Oczywiście wszystko to wedle starej zasady: chcącemu nie dzieje się krzywda - nie chcesz czytać, to twój problem. Jednakże, mimo wszystko, nie wykorzystujemy pewnych złych nawyków naszego społeczeństwa.

I ostatnia sprawa - Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Rzecznik nie występuje przeciwko karom, bo tak je trzeba nazwać, choć można je też nazwać opłatą administracyjną. Jednakże jest to kara, ponieważ, po wpłaceniu, ona nawet nie konsumuje składki, którą powinien PUNU zapłacić za ubezpieczenie. Nawet tytuł w rozdziale to są "*Oplaty i kary*", a jest to kara, jest to dolegliwość. Ale jeśli taka dolegliwość ma być zaliczana, zgodnie z ustawą, na Fundusz, co oznacza, że w istocie Fundusz pobiera kary, to określimy w końcu, co to jest ten Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Może ktoś z państwa powie mi, co to jest, gdyż to, że ma prawo używać pieczęci, wcale nie znaczy, że znalazł się on w sferze prawa publicznego. Jeśli zaś nie jest on elementem prawa publicznego, to jakim prawem stosuje egzekucję administracyjną? Dlatego że ma pieczęć? W tej sprawie został już złożony wniosek do Trybunału Konstytucyjnego. Stało się tak nie dlatego, że Rzecznik jest przeciwko karaniu opornych, jeśli bowiem obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia nie będzie zawarowany dotkliwą sankcją, to nie będzie wykonywany. Jednakże to nie wszystko.

Jeżeli ma to być kara, to wedle jakiej procedury ma być nakładana? Czy ma być nakładana w trybie administracyjnym?

Czy to jest kara administracyjna? Fundusz nie jest jednostką, która może wydawać decyzje administracyjne. Czy dzieje się to zgodnie z zasadami postępowaniem cywilnego, a jeśli tak, - to proszę iść do sądu po klauzulę wykonalności. A może jest to postępowanie karne? To proszę napisać, że to jest postępowanie karne i wówczas będzie wiadomo, kto ma prawo nakładać kary. Zgodnie z konstytucją, na pewno nie jest to Fundusz. Ta sprawa musi zostać w przyszłej ustawie jako uregulowana, gdyż powstała niespotykana w prawie polskim sytuacja, a mianowicie: wierzyciel stał się nagle sam sędzią i egzekutorem. Tego jeszcze nie było. Poza tym, nie ma procedury. Ten, na kogo nałożono karę, może się bronić tzw. środkami przeciwegzekucyjnymi, ale wówczas ciężar dowodu zostaje odwrócony, to on musi udowodniać, że nie jest wielbłądem. Nie jesteśmy wówczas w państwie demokracji, tylko w zupełnie innym państwie.

Większość osób na tej sali ma na pewno samochody. Państwo wiedzą, że bardzo często występuje zawiniona lub niezawiniona różnica pomiędzy datą rejestracji pojazdu, a datą ubezpieczenia. Czasem jest to nawet tylko jeden dzień. Nie można karać, nie rozpatrując zagadnienia winy. Tak samo karze się tego, który się chciał ubezpieczyć, tylko go policja złapała, że ma przesunięcie w terminie wpłaty o jeden lub dwa dni, jak i tego, kto jeździ latami bez ubezpieczenia. Mówię o tym dlatego, że skarg na ten temat jest coraz więcej.

Oczywiście jest to tylko zarys tej grupy skarg, którą Rzecznik otrzymał i otrzymuje. Część z nich Rzecznik Praw Obywatelskich przekazał Rzecznikowi Ubezpieczonych. Niezależnie od tego, pilnie oczekiwana jest przyszła ustawa.

## Rynek Ubezpieczeń w świetle doświadczeń Federacji Konsumentów

(tekst autoryzowany)

Niestety, moja wypowiedź też nie będzie zbyt optymistyczna. Chciałbym zająć się potrzebą ochrony rynku ubezpieczeniowego, będę więc musiał przedstawić, co się na tym rynku dzieje. Z konieczności mniej będę mówił o mechanizmach ochronnych. Z materiałów, które początkowo przygotowaliśmy w formie sprawozdania, wykroilem węższy fragment, dotyczący ubezpieczeń życiowych. Pozwoli nam to skupić się na temacie, który może jest najmniej znany publiczności, a jest jednocześnie najbardziej modny, zwłaszcza od kiedy rozpoczęła się reforma systemu ubezpieczeń.

To, co się na tym rynku dzieje, naprawdę nie jest wesołe.

Problematykę ograniczę do wielkiej czwórki, to znaczy do firm, które na tym rynku mają najwięcej do powiedzenia, to znaczy: PZU Życie, Amplico Life, Nationale Nederlanden i Commercial Union. Te firmy po prostu dyktują warunki.

PZU Życie ma większość rynku i jak mówili moi poprzednicy, nie płaci za stare polisy.

Większość skarg dotyczących ubezpieczeń życiowych dotyczy właśnie niepłacenia przez PZU. Pytaniem, na które my w Federacji nie umiemy odpowiedzieć, jest to, czy nie płaci on, bo nie chce, czy też nie płaci, bo nie może? Czy wynika to z tego, że dawny Zakład Ubezpieczeń został po prostu "na lodzie", czy też z tego, że choć PZU ma pieniądze i ma możliwości, to nie chce realizować tych umów. Odpowiedź na to pytanie pozostawiam osobom lepiej zorientowanym.



Federacja Konsumentów nigdy nie pozwoliła sobie na zrobienie rankingu jakości firm, czy jakości umów ubezpieczeniowych. Obecna sytuacja doprowadziła nas do tego, że taki ranking powstaje. Nie będę mówił źle o ubezpieczeniach oferowanych przez PZU, ale o pozostałych trzech firmach.

Zacznę od Amplico Life. Jest to jedyna firma, która nie proponowała klientom ochrony przed inflacją. Od samego początku swego istnienia broni się przed tymi rozwiązaniem, mimo, że jest to firma światowa, zna możliwości, zna trendy i wie, co grozi polisie przy wysokiej inflacji, jeśli nie jest indeksowana. Pozwoliłem sobie zrobić dwa slajdy, które przybliżą efekt ubezpieczenia polisą Życie Plus. Chodzi o osobę, która ubezpieczyła się w 1992 r. i osobę, która ubezpieczyła się w roku 1995. Zaczniemy od wersji gorszej. To, co państwo widzą, to są ubezpieczenia w wartościach realnych w momencie zawierania umowy - tyle miała dostać rodzina osoby ubezpieczonej, w razie jej śmierci. Pierwszy rok przedstawia ubezpieczenia w wartościach nominalnych i realnych, później wartość realna spada. Nie ma tu wartości premii nadzwyczajnych, dopisywanych przez Amplico do polisy. One są zenująco niskie, nie ma czego dopisywać i pokazywać.

A teraz sytuacja pana, który się ubezpieczył później. Miał on trochę więcej szczęścia, bo wówczas inflacja była już dużo niższa. Trzeba przy tym pamiętać, że inflacja oficjalna nie odpowiada prawdziwie odczuwanej. Jest tzw. koszyk konsumencki, który jest zawsze niższy od realiów. Gdybyśmy to przeliczyli np. na wartość mieszkania, to okazałoby się, że rodzina tego ubezpieczonego wychodzi na tym jeszcze gorzej niż przy oficjalnej inflacji.

Co za polityka? Te ubezpieczenia nie są przygotowywane przez firmy, ale przez konkretnych ludzi. To oni podpisują ogólne warunki ubezpieczeń. To w zarządach firm są ludzie odpowiedzialni za szkolenie agentów. Osobą, która wypowiedziała się publicznie w tej kwestii, jest wiceprezes Łukasz Kalinowski. W wywiadzie, udzielonym jednej z gazet, twierdzi, że polisa jest długoterminowym programem oszczędnościowym.

My się z tym nie zgadzamy. Polisa jest i będzie programem ochronnym. Programem oszczędnościowym może być dodatkowo. Pan wiceprezes dodaje w dalszej części swojej wypowiedzi, że zyski z

polisy będziemy mieli dopiero po kilkunastu, kilkudziesięciu latach. Na razie nie ma zysków, a są straty na ochronie. Takie nastawienie do ubezpieczeń oznacza błędną reorientację. Konsumentom wmawia się, że ważniejsza jest emerytura, czyli to, z czym agenci przychodzą do ludzi do domu. Nie ochrona, a zbieranie kapitału. Początkową wersję, taką staroświecką, w której ubezpieczający chronił swoją rodzinę, uzupełnia się o pewną chciwość, chytrą i zaczyna być to rozpatrywane pod kątem: "co ja z tego będę miał"... Wówczas sprawa się komplikuje, bo klient nie wie, co ona ma z tego mieć.

Amplico nie pozbawiło swoich klientów całkowicie możliwości podwyższania sumy ubezpieczenia. Podwyżka była dostępna tylko na drodze dokupienia nowego "kawałka" polisy. Czyli gdyby klient chciał "uciec" przed inflacją, to do każdego "kawałka", w każdym kolejnym roku, musiałby mieć dokonywaną minimalną wycenę ryzyka. Mogłoby się okazać, że jest nie tylko starszy, ale też może chory i tego "kawałka" mu się nie sprzeda.

Wiceprezes Kalinowski twierdzi, że zyski, które wykazują jego firmy, są zyskami dla akcjonariuszy i niekoniecznie się odnoszą do relacji z klientami. Co do roli agentów, to pan prezes twierdzi, że w kontakcie z klientem firmę reprezentuje agent ubezpieczeniowy. *„Na szczęście największe, najbardziej solidne firmy na naszym rynku, mają też najlepiej rozwinięte sieci sprzedaży i profesjonalnych agentów. To ich właśnie klient powinien zapytać o akcjonariuszy, stabilność, kapitały, doświadczenie, a także o historię zysków inwestycyjnych. Wszystkie wątpliwości klienta powinny być wyjaśnione w rozmowie z agentem”*. Dodam już od siebie, że klient powinien wykazać się własnym rozsądkiem i odrobiną wyobraźni.

. Amplico zmieniło postępowanie w 1998 r. Ale wówczas zaczęła się batalia o klientów funduszy emerytalnych i należało coś zrobić z tym pakietem klientów, którzy już się zdążyli zorientować, że nie są ubezpieczeni na tyle, na ile początkowo się to zanosilo, i zysków też jakoś nie widać. Jak wyglądały zyski? Przykładowo: Mamy tu panią Annę, która była ubezpieczona polisą "Junior" dla swojego dziecka na sumę 5 tys. zł. Premia nadzwyczajna w roku 1996 wyniosła 34 zł 83 gr. Ogółem premia nadzwyczajna z tego roku i poprzednich lat wyniosła 45 zł 56 gr. Taka sumę dopisano jej do sumy ubez-

pieczenia. Mówimy o starych polisach PZU, a tu nam się kroi już teraz coś podobnego i nikt z tym nic nie robi. Te firmy mają doskonałe lobby, żadna informacja na temat złych ubezpieczeń zawieranych na przykład przez Amplico nie może się przebić. Redakcje żyją z ogłoszeń.

Nie ma czegoś takiego, jak wolny rynek. Nie ma też czegoś takiego, jak rozsądek klienta. Po ostatnich reklamach o misiach polarnych pijących coca colę, jestem w stanie uwierzyć, że dobry marketingowiec sprzedałby śnieg Eskimosom. Przypadek pani Anny nie jest jedyny. Mamy też przykład pana Jana, który ubezpieczył się w 1995 r. na sumę 20 tys. zł na 20 lat. Dostał list 10 sierpnia 1999 r., a więc po czterech latach, z którego wynika, że premia nadzwyczajna w jego wypadku wyniosła 312 zł 45 gr. Tyle mu dopisano do 20 tys. zł. Mamy też przykład pani Jadwigi. Wyliczone zyski za 1998 r. to kwota 27 zł 40 gr. Natomiast co twierdzą na ten temat przedstawiciele Amplico? Agencja z Poznania, przy ul. Piekary 19, informuje klientkę tak: *„składki są inwestowane i do sumy ubezpieczenia dopisywane są co roku odsetki od wkładów wyrównujących inflację, za rok 1994 inflacja wynosiła 29,4%, a Amplico dopisało swoim klientom 34,21%”*. Słyszeli państwo przed chwilą, jak się to przekładało na złotówki. *„Za rok 1995 inflacja wyniosła - 21,6% , Amplico dopisało swoim klientom 28,94%”*. Tylko nie wiadomo, co od czego i do czego, bo w złotówki to się jakoś nie zamienia.

Wróćmy do roku 1998. Amplico zmieniło swoją wersję ubezpieczenia. Dodało do niego indeksację. W Federacji twierdzimy, że przyszłowiowy diabeł siedzi w szczegółach. Przyjrzyjmy się szczegółom tej indeksacji. Może być robiona przez połowę okresu ubezpieczenia. Wyobraźcie sobie państwo osobę, która ubezpieczyła się w roku 1992 na 20 lat. Może ona sobie indeksować to ubezpieczenie jeszcze przez 2 lata, potem już nie. Tymczasem rzeczywistość ostatnich miesięcy udowadnia, że indeksacja jest ubezpieczonemu niezbędna.

Co dalej? Odmowa indeksacji przez dwa kolejne lata oznacza utratę prawa do indeksacji. Istnieje możliwość odzyskania go po złożeniu wniosku, zapłaceniu podwyższonej składki, i przedstawieniu dowodu zdolności ubezpieczeniowej. Dowody zdolności ubezpieczeniowej to między innymi przeprowadzenie badań na własny koszt.

Kolejna sprawa - utworzenie funduszu inwestycyjnego, bardzo szeroko propagowane przez Amplico. Do tego funduszu trafia część podwyżki, Wyobraźmy sobie składkę w wysokości 100 zł miesięcznie, indeksacja wynosi 10%, oznacza to dosłownie 10 zł, może 8, jeśli inflacja będzie mniejsza. Z tych 8 lub 10 zł całość nie trafia do funduszu inwestycyjnego. Część potrąca się na różne opłaty. Przez pierwsze 5 lat, z np. kwoty 8 zł potrąca jest 10% opłaty manipulacyjnej. Dopiero to, co zostanie, trafi do funduszu inwestycyjnego. Z funduszu pobierane są opłaty: 0,25% środków funduszu miesięcznie i niezależnie od tego jeszcze 2 zł. Dla porównania: fundusze emerytalne mogą maksymalnie pobierać od swoich klientów miesięcznie 0,05% środków funduszu. Tu "przebicie" jest pięciokrotne!

Kolejna ciekawostka: klient ma możliwość poprawić swoją dolę przez wnoszenie jednorazowych, dodatkowych wpłat (każdorazowo nie mniej niż 1000 zł jednorazowo, jeśli jednocześnie nie płaci składki). Jeżeli klient w ciągu dwóch lat zrezygnuje z umowy, to cały fundusz inwestycyjny zniknie. Przypadkowi ulegną także dodatkowe składki. Tego się nie da logicznie usprawiedliwić. Z każdej składki potrącana jest także opłata dodatkowa, z tego „nie mniej niż 1000 zł” - 3%. Amplico wykonuje symulację. Indeksacja - do połowy sumy ubezpieczenia, potem już brak indeksacji, ma wzrosnąć tzw. wartość polisy. Jeżeli dalej będzie się utrzymywała inflacja na tym poziomie, to wątpliwe jest, aby wartość polisy przekroczyła wartość sumy ubezpieczenia. Tak wygląda propozycja Amplico dla naszych ubezpieczonych na najbliższe lata.

Przejdę teraz do Commercial Union i Nationale Nederlanden. Te firmy również zadbały o swoje interesy. Są zainteresowane umowami z osobami młodymi i zdrowymi, ale chętnie pozbędą się osób w starszym wieku. Co podejrzewamy? Zacytuję art. 12 par. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia "Uniwersalnego plus" oferowanego przez Commercial: *„W ciągu pierwszych dziesięciu lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej towarzystwo gwarantuje, że jeżeli wartość polisy nie jest wystarczająca na pokrycie opłaty administracyjnej i kosztów ryzyka ubezpieczeniowego za dany miesiąc polisowy, a polisa nie przestała obowiązywać i wszystkie składki zostały opłacone, debet powstały wskutek niemożności pokrycia odpowiedniej liczby jedno-*

*stek, zostanie dopisany do opłat za miesiąc następny. Po tym terminie umowa ubezpieczenia wygasa, a wartość polisy uznaje się za zerową”.* Gwarancja na dziesięć lat - co to oznacza?

Przeciętnemu człowiekowi gwarancja kojarzy się z czymś dobrym. Pralka z dwuletnią gwarancją jest lepsza niż z jednoroczną. Tu zaś gwarancja szkodzi konsumentowi. Przez dziesięć lat będzie ubezpieczony bo płaci. Po dziesięciu latach dowie się, że nie jest już ubezpieczony. Po dziesięciu latach nie jest już jednak tą samą osobą. Jeżeli ubezpieczał się czterdziestolatek, to o tym, że nie jest już ubezpieczony, dowie się na przykład pięćdziesięciosześcioletek. Dla niego będzie już za późno na jakiegokolwiek oszczędzanie. Nikt go nie przyjmie do ubezpieczenia, a na pewno nie za cenę, którą uprzednio uzgodnił. Jak to jest możliwe, że wyznaczona arbitralnie cena za ubezpieczenie, która jest w pewien sposób stała, bo klient nie orientuje się, co wchodzi w skład składki, okazuje się „nie wystarczająca”? Klient płaci regularnie cały czas, nie spóźnia się, a mimo to dowiaduje się, że nie jest ubezpieczony.

Takie rozwiązanie zastosowało również Nationale Nederlanden w ubezpieczeniu z funduszem inwestycyjnym. W pierwotnej wersji tego ubezpieczenia, była mowa o gwarancji na trzy lata. Art. 13 pkt. 6 głosił: *"Poczynając od 4. roku polisowego, w przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie, jest niewystarczająca na pokrycie opłaty w danym miesiącu, umowa ubezpieczenia wygasa"*. Bardzo ciekawe jest zlokalizowanie tych przepisów. Na przykład ten przepis o możliwości rozwiązania umowy mieści się w rozdziale "Rachunek jednostek funduszy". To miejsce jest odległe od innych wykluczeń i blisko końca tekstu. Jeśli przeciętny klient (nie przyzwyczajony do lektury tekstów prawnych) zmusi się do przeczytania ogólnych warunków ubezpieczenia, to będzie już zmęczony. Nie zrozumie, co czyta. Nie dostrzeże zagrożenia wymodelowanego dla ubezpieczenia (zarówno dla ochrony, jak i oszczędzania).

Bardzo podobało mi się stanowisko pana profesora Kufla, który powiedział, że ogólne warunki ubezpieczenia powinny być klientowi dostarczone dużo wcześniej, niż zostaje zawarta umowa ubezpieczenia. Jest to istotne, gdyż ubezpieczenia nie są kategorią stricte prawną

czy ekonomiczną. Ubezpieczenie (zwłaszcza życiowe) jest eklektyczne. Żeby je rozegrać niezbędna jest jeszcze dawka socjologii i psychologii. Konsument podejmuje decyzję pod wpływem emocji. Zła praktyka pokazuje, że podejmuje ją raz, kiedy negocjuje z pośrednikiem. Albo da się przekonać, albo nie. Później proces decyzyjny jest zminimalizowany. Jeśli przykładowo dostaje od przedstawiciela Zurichu Handlowego umowę do przeczytania i znajduje, że to jest kontroferta i że ma 14 dni na jej przyjęcie lub odrzucenie, to jest to dla niego nieistotne. Przecież on już dawno tę decyzję podjął. Zgodzi się na te nowe warunki Zurichu.

Podobnie będzie w przypadku Amplico lub Nationale Nederlanden. Klient podjął decyzję w momencie, gdy z nim rozmawiano. Później, po dostarczeniu mu ogólnych warunków ubezpieczenia, nie będzie ich czytał. Ewentualnie przeczyta polisę, ale tylko po to by sprawdzić, czy nie ma tam błędów w adresie czy nazwisku. To smutne, ale mamy bardzo niską świadomość ubezpieczeniową. Wynika to z niskiej świadomości prawnej społeczeństwa. Jeśli będziemy liczyć na dobrą wolę firm nie popartą przymusem ustawowym, to nie poprawimy tego stanu.

Dopóki mało wiemy na temat ubezpieczeń, łatwiej nas wprowadzić w błąd. Te firmy (NN, CU, Amplico) wyrobiły sobie niezastępenie markę. To zapewne stąd bierze się powodzenie takich ubezpieczeń, jak Życie Plus, Uniwersalne Plus, czy też ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym. Na pociechę powiem, że z moich prywatnych kontaktów z Brytyjczykami wynika, że u nich ludzie też nie rozumieją, dlaczego, po co i jak się ubezpieczają. Nie jesteśmy więc szczególnie upośledzonym wyjątkiem.

Pierwotna wersja ubezpieczenia Nationale Nederlanden przewidywała, że ubezpieczenie może wygasnąć po trzech latach. Wbrew pozorom, była dla klienta korzystniejsza, ponieważ mógł on się "obudzić bez ubezpieczenia" dużo wcześniej. Nasz przykładowy czterdziestopięcioletek mógł się dowiedzieć o braku ubezpieczenia przykładowo w wieku 50 lat. Obecna wersja przewiduje 11 lat trwania okresu debetowego. Jest gorsza, gdyż moment upadku polisy uderzy (podobnie jak to było w Commercialu) w osobę starszą, z gorszymi perspektywami zarobkowymi i zdrowotnymi.

W ubezpieczeniu Commercial Union jest jeszcze jedno niebezpieczeństwo. Mianowicie pomysł tworzenia różnych funduszy i zachęcanie klienta do operowania swoimi pieniędzmi. Są cztery fundusze różniące się stopniem ryzyka inwestycyjnego. Najpewniejszy - to fundusz gwarantowany. Jeśli klient wyjmie z niego jakiś procent środków, to już nigdy nie będzie mógł powiększyć tej wartości procentowej. Musi zawsze utrzymywać swoje środki w funduszach bardziej ryzykownych. Musi zawsze utrzymywać swoje środki w funduszach bardziej ryzykownych. Uważamy, że ubezpieczenie nie jest polem do uprawiania hazardu. Od tego są kasyna, totolotek, wyścigi. Ubezpieczenie powinno być najbezpieczniejszą inwestycją.

Na Zachodzie doradcy finansowi są przeciwni ubezpieczeniom gotówkowym. Tamtejsi znawcy tępią ubezpieczenia gotówkowe, a zalecają zawieranie ubezpieczeń wyłącznie na życie, bez zbierania kapitału. W Polsce ich poglądy nie są rozpowszechnione. Brakuje literatury na ten temat. Nasza rzeczywistość sprawia, że nie można ich poglądów bezkrytycznie przyjmować. Według nas, ubezpieczenie może być dobrą formą inwestowania. Dla średnio, albo nisko uposażonego Polaka będzie jedyną inwestycją na całe życie. Uda mu się odłożyć jedynie 100 zł miesięcznie, albo nawet mniej. Jeśli włoży je do banku to (co wykazuje praktyka) wyjmie je przed świętami albo na wakacje, żeby wysłać gdzieś dzieci. W rezultacie, nie odłoży nic. Natomiast wyjęcie pieniędzy z polisy jest znacznie trudniejsze emocjonalnie. Nie okrada się samego siebie. Co innego z kontem bankowym. Sięganie do niego jest normą.

Uważamy, że inaczej niż na Zachodzie, dla naszych obywateli ubezpieczenie gotówkowe będzie ubezpieczeniem dobrym, przynajmniej jeszcze przez kilkanaście lat. Stąd ruch nasz nie zwalcza tego typu umów, natomiast nie godzimy się na złe ubezpieczenia. Elementy destrukcyjne, szkodliwe dla konsumenta dostrzegamy w ubezpieczeniach Nationale-Nederlanden i Commercial Union. Na przykładzie funduszy inwestycyjnych przypisanych do ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym i uniwersalnego twierdzimy, że rozstrzygnięcie przez klienta, czy inwestować w fundusz bardziej, czy mniej ryzykowny, daje mu pewne, pozorne poczucie wolności i możliwości władczych. Ze strony firm ubezpieczeniowych jest to "granie" na poczuciu nie-

dowartościowania z dawnych czasów: teraz klient może, przedtem nie mógł. Naprawdę zaś, gdyby klient znalazł się na inwestowaniu, to sam by to robił i nie potrzebował do tego dodatkowego pośrednika, jakim jest firma ubezpieczeniowa. Tymczasem amatorów, którzy rozumieją nasz rynek finansowy i są w stanie inwestować w przeważającej mierze z zyskiem, nie ma chyba zbyt wielu. Przeciętnemu Iksińskiemu ta sztuka nie uda się na pewno. W związku z tym lepiej byłoby dla niego, gdyby zastosował ubezpieczenie i zbieranie kapitału w ubezpieczeniu zupełnie „bezpiecznym”. Ewentualną nadwyżkę mógłby przeznaczyć na inwestycje, czy nawet na hazard. Jeszcze raz podkreślam - ubezpieczenie powinno być najbezpieczniejszą inwestycją. Tak naprawdę to zgodnie z zasadą, że najlepszą inwestycją jest spłata własnego długu, to inwestowanie powinno być zawsze poprzedzone ubezpieczeniem.

Zakłady ubezpieczeń stosują w kontaktach ze swoimi klientami symulacje, te symulacje są drukowane w formie ulotek lub dostarczają je agenci. Mam dwie symulacje Commercial Union, jedną starszą, zrobioną kiedyś dla mnie przez mojego kolegę i drugą, obecnie stosowaną. Ta symulacja dla dwudziestolatka, przy założeniu 10% zysku, ma dane zapisane w kolumnach. Są to następujące kolumny: rocznice polisy, roczna składka, suma ubezpieczenia, wartość polisy. Częstotliwość podawania danych - co 5 lat. Z tej symulacji wynika, że dwudziestolatek, po trzydziestu latach (o ile oczywiście wobec niego nie zostanie zastosowany przepis o niewystarczającej składce), będzie płacił 3 854 zł rocznie, a suma jego ubezpieczenia wyniesie 184 - 185 tys. zł. W tym momencie wartość polisy osiągnie 218 tys. zł. Ta kwota, to jest suma, która wypłacono by jego rodzinie w razie, gdyby zmarł, lub dostałby ją on sam, gdyby zrezygnował z ubezpieczenia. Znajomy psycholog tłumaczy, że przy takiej prezentacji następuje odwołanie do magii wielkich liczb. Każdy chciałby płacić 1 500 zł rocznie i dostać później za to 218 tys. zł. Natomiast to, czego wzrok nie dostrzega (a rozum nie akceptuje), to jest wzrost składki w kolejnych latach i brak informacji o tym, ile trzeba będzie zapłacić łącznie za to ubezpieczenie. Na tej nowej symulacji nie ma jednej kolumny: sumy wpłaconych składek. Była na starej symulacji, a na nowej jej nie ma. Mój egzemplarz był przygotowywany dla osoby, która ma 43 lata,



tutaj ta magia cyfr jeszcze silniej oddziałuje na niedoświadczonego odbiorcę. Wzrok mimowolnie przesuwają się do ostatniego rzędu. To po to, żeby się nie pogubić się gdzieś w środku tego obrazka. Nieuważny czytelnik dowiaduje się, że w razie jego śmierci bliscy odebraliby 300 tys. zł. Tę samą sumę otrzymałby on sam, gdyby zrezygnował z ubezpieczenia. Niestety, taki ktoś nie widzi tego, że miałby wówczas 73 lata i od 8 lat nie płaciłby już składek, bo byłby na emeryturze. Natomiast ta wersja symulacji pozwala na przeprowadzenie pewnego prostego wyliczenia. Jest tu pozycja "suma wpłaconych do tej pory składek".

Mój kolega sporządził dla mnie oddzielny rachunek, z którego wynikało, że po 17 latach ubezpieczenia wpłaciłbym już 45 tys. zł. A mógłbym odebrać 54 tys. zł. Jeżeli podzieliłbym sumę wpłaconą przez sumę odebraną, to otrzymałbym wynik 0,83. Oznacza to, że w tej polisie ja sam wpłaciłbym na swoje konto 83% całej sumy. Około 17% dopisałaby mi firma Commercial Union. Sprzedaje ona najchętniej swoje polisy właśnie czterdziestolatkom, tłumacząc im, że będą mieli "bombową" emeryturę. "Bombowe" to mogą być później spotkania z agentami. "Bombowa" też może być sytuacja klientów, ponieważ, jak pamiętamy, istnieje przepis, że po 10 latach można klientowi powiedzieć, że już nie jest ubezpieczony. I ta czterdziestoparoletnia osoba może na przykład przez zakończeniem owego dziesięcioletniego okresu dowiedzieć się od swego agenta, że powstał debet na jej koncie i ma ona teraz wybór: albo dotrzeć do końca tego dziesięcioletniego okresu i firma się z nią rozstanie, albo też zaczyna wpłacać więcej, na przykład w formie składek dodatkowych. To oznacza, że klient umówił się na inną składkę, a musi płacić więcej, aby uratować własną polisę. Dlatego twierdzimy, że mamy do czynienia z dumpingiem.

Przeciętnemu klientowi dumping kojarzy się z tym, że kupi gdzieś taniej samochód. Traci na tym producent, który stara się „wejść” na rynek. Klient samochód zużyje, a za parę lat, gdy znów będzie jakaś promocja, kupi sobie nowe auto, też po dumpingowej cenie. W ubezpieczeniu, które trwa 17, 20, 25 lat, dumping zawsze jest skierowany przeciwko klientowi. On nie będzie zamieniał posiadanej już polisy na

polisę w innej firmie, będzie musiał ratować tę, którą ma, gdyż ta, którą się posiada, jest zawsze najlepsza. Następnej można nie dostać.

Obecnie ta starsza wersja symulacji, z której można było sobie wyliczyć wynik oszczędzania dzięki ubezpieczeniu, nie jest już stosowana. Nie ma pozycji "suma wpłaconych składek". Tak naprawdę, to nawet przeciętny uczeń szkoły zawodowej byłby w stanie z tych danych wyciągnąć informacje i wyliczyć, ile zapłacić trzeba, a ile się otrzyma. Przeciętny laik, który rozmawia z agentem, nie będzie tego robił, bo będzie poddany próbie emocji.

Firmy wyrobiły sobie i swoim agentom szacowną markę. Agentów wypromowano na doradców klienta. To było jeszcze w czasach, kiedy Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń (PUNU) nie ścigał tak nagminnie towarzystw ubezpieczeniowych za reklamę pośredników jako doradców. Mam tutaj z gazety taki wycinek z następującą reklamą: *"Jestem doradcą ubezpieczeniowym i miłośniczką skrzypiec"*. Nie ma dziś już doradców ubezpieczeniowych, przynajmniej oficjalnie, natomiast są osoby, który mienia się na przykład konsultantami. Mam na przykład agenta, który jest konsultantem.

W firmie oczywiście może być kim chce. Jednakże na zewnątrz jest tylko agentem. Otóż wspomniany pan pojechał do klienta, który zażyczył go sobie, dzwoniąc do Commercial Union i mówiąc, że chce mieć jeszcze jedną polisę ubezpieczeniową, na zwiększoną emeryturę. Agent przyjechał do niego, klient miał już jedną polisę Uniwersal Plus i drugą, młodzieżową (dla dziecka). Agent przeprowadził mu bardzo profesjonalne wyliczenie potrzeb ubezpieczeniowych. Zrobił to na druku przygotowanym mu przez jego firmę. Była to tzw. analiza finansowa zaopatrzona informacją: *"odpowiedzi na poniższe pytania pomogą w podjęciu decyzji o konieczności skorzystania z naszych usług"*. Są tam najróżniejsze rubryki.

Agent wyliczył klientowi, że jest za mało ubezpieczony, mimo iż posiada dwie polisy. Przypominam, że celem klienta było podwyższenie płatności dla lepszej emerytury. W tej sytuacji pośrednik powinien poinformować klienta, że ma do wykorzystania składki dodatkowe w Ubezpieczeniu Uniwersalnym. Jeśli klient chciał mieć dodatkową polisę, to agent mógł mu powiedzieć: *"proszę pana w naszej firmie proponujemy w takiej sytuacji klientom ubezpieczenia typu „Bonus”*.

A on po prostu sprzedał mu drugą Polisę Uniwersalną. To jest kuriozum. Commercial Union zaakceptował to, nikt w zarządzie, ani też tam, gdzie się drukuje polisy, nie zakwestionował potrzeby posiadania drugiej Polisy Uniwersalnej. Agentowi udało się to zrobić, pomimo że przyjechał do klienta z ulotką, w której mówi się tak: *"Agent ubezpieczeniowy Commercial Union pomoże ci dostosować poziom ochrony ubezpieczeniowej do zmieniających się potrzeb"*. Klient miał już umowę, jeśli zmieniły mu się potrzeby, to należało tylko dostosować szczegóły w ramach istniejącej umowy. Jest przecież zapis: *"Możesz więc w rocznicę zawarcia umowy zmienić charakter ubezpieczenia (bardziej ochronne lub bardziej inwestycyjne), poprzez zmianę sumy ubezpieczenia"*. Po co była ta druga Polisa Uniwersalna? A jednak przesłała... Dzisiaj klient jest ogłupiały, nie wie, czy zrobił dobrze, czy źle. Taki jest przypadek działania agenta Commercial Union.

Do Rzecznika Ubezpieczonych i do nas trafiło pismo pani, która bała się, że jej mąż, pomimo, że zrezygnował z ubezpieczenia opłacanego przez pracodawcę, nadal jest ubezpieczony. Dostała zawiadomienie, że za ubezpieczenie wpłynęła kolejna składka i musi zweryfikować swoje zeznanie podatkowe. W tym zakładzie agenci Amplico ubezpieczyli indywidualnymi polisami około tysiąca pracowników na koszt pracodawcy. Agenci też byli pracownikami tego zakładu. To nie były polisy wystandaryzowane. Każdemu z pracowników przeprowadzono indywidualną ocenę ryzyka, czyli zastosowano możliwe podwyżki. Gdyby nie działania fiskusa, składka byłaby nadal odprowadzana.. Ostatecznie zakład pracy, dla załagodzenia sytuacji, zapłacił ten podatek.

Kolejna sprawa, znów agent Commercial Union. Pisze klientka z prowincji: *"Wizja roztaczana przez waszego agenta była piękna, moja przyszłość, z moich pomnażanych przez was składek, to miał być raj. W świetle faktów, po trzech latach, trudno już, niestety, w to uwierzyć"*. Co klientka zarzuca agentowi? *"Agent waszej firmy zapewniał mnie, że składki, które będę wpłacać do Commercial Union, to po pierwsze, pieniądze, które w każdej chwili będę mogła wycofać w takiej wartości, w jakiej je wpłaciłam. Po drugie, firma będzie je inwestowała i pomnażała, po trzecie, firma oczywiście pobiera sobie pew-*

*ną prowizję, ale miały to być nieznaczne kwoty. Okazało się, że to nie są nieznaczne kwoty".*

Świadomość ubezpieczeniowa jest zazwyczaj niska. Służy to „interesom” niektórych zakładów ubezpieczeniowych. Klientów nie zachęca się do jej podwyższenia, np. przez lekturę ogólnych warunków ubezpieczenia. Potwierdza ten pogląd wypowiedź prezesa firmy Zurich Handlowy: *"Klientowi nie są potrzebne ogólne warunki ubezpieczenia, bo i tak ich nie zrozumie"*. To zdarzyło się w publicznej debacie podczas targów "Twoje pieniądze", Kiedy jestem na targach, zawsze sprawdzam, które firmy zabrały ze sobą ogólne warunki ubezpieczenia. Jediną firmą, która ma je regularnie i na wierzchu oraz chętnie nimi częstuje jest PZU Życie.

Zaprezentowane przykłady udowadniają potrzebę działań ochronnych. Konsumenci zostawieni sami sobie, bez wiedzy, bez wsparcia ze strony administracji państwowej, po prostu „utoną”.

Podstawą interwencji państwowej w dziedzinie ubezpieczeń może być art. 76 konstytucji, który mówi, że władze publiczne chronią klientów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Naszym zdaniem minister finansów ma do dyspozycji liczne przepisy, w tym art. 35 ustawy ubezpieczeniowej. Może cofnąć zezwolenie na prowadzenie działalności, jeśli dalsza działalność zakładu narażałaby na niebezpieczeństwo interesy ubezpieczonych.

Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń (PUNU) ma art. 82 a, pkt. 1. Jego zadaniem jest ochrona interesów osoby ubezpieczonej. PUNU może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie nieprawidłowości w razie ogłoszenia informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub mających na celu wprowadzenie w błąd. Może zakazać prowadzenia reklamy, dokonać sprostowania na koszt zakładu, nałożyć karę pieniężną lub podjąć inne czynności. PUNU konkretnie może: nakładać kary pieniężne na członków zarządu, karę pieniężną na zakład ubezpieczeń, występować o odwołanie lub zawieszenie członka zarządu. PUNU może żądać zwołania nadzwyczajnego walnego

zgromadzenia, umieszczania spraw w porządku obrad, może na walnym zgromadzeniu zabierać głos.

PUNU powinno być wspierane w swoich działaniach przez Polską Izbę Ubezpieczeń. Do zadań Polskiej Izby Ubezpieczeń należy współdziałanie z PUNU w zakresie wynikającym z przepisów ustawy, upowszechnianie zasad etyki ubezpieczeniowej i piecza nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji.

Wojciech Młynarski śpiewa piosenkę, w której są między innymi słowa "Róbmy swoje". Proponuję, aby nasze organy państwowe wykorzystywały te przepisy, które już są do "zrobienia swojego". Dzisiejsza interwencja, nawet jakaś drastyczna, radykalna na rynku ubezpieczeniowym będzie tańsza niż w przyszłości wydatki na policję (by ta rozpędzała strajki głodowe), na odnawianie budynków administracji państwowej i wypłacanie zapomóg dla głodnych emerytów.

Aneks do wystąpienia przedstawiciela Federacji Konsumentów  
**Grzegorza Kuczyka**

Nationale-Nederlanden

**Okres odpowiedzialności gwarantowanej w ubezpieczeniu z funduszem inwestycyjnym.** Wersja pierwotna. Dla uproszczenia pomijamy inflację z zysku funduszu

Rok	wiek	suma ubezp.	składka	suma składek
<b>1996</b>	<b>43</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>700 zł</b>
<b>1997</b>	<b>44</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>1 400 zł</b>
<b>1998</b>	<b>45</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>2 100 zł</b>
<b>1999</b>	<b>46</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>2 800 zł</b>
<b>2000</b>	<b>47</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>3 500 zł</b>
<b>2001</b>	<b>48</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>4 200 zł</b>
<b>2002</b>	<b>49</b>	<b>20 000 zł</b>	<b>700 zł</b>	<b>4 900 zł</b>

**Okres odpowiedzialności gwarantowanej w ubezpieczeniu z funduszem inwestycyjnym.** Wersja z „gwarancją” jedenastoletnią. Dla uproszczenia pomijamy inflację z zysku funduszu

rok ubezp.	wiek	s. gwarant.	s.niegwarantowana	składka	suma składek
1	43	20 000 zł		700 zł	700 zł
2	44	20 000 zł		700 zł	1 400 zł
3	45	20 000 zł		700 zł	2 100 zł
4	46	20 000 zł		700 zł	2 800 zł
5	47	20 000 zł		700 zł	3 500 zł
6	48	20 000 zł		700 zł	4 200 zł
7	49	20 000 zł		700 zł	4 900 zł
8	50	20 000 zł		700 zł	5 600 zł
9	51	20 000 zł		700 zł	6 300 zł
10	52	20 000 zł		700 zł	7 000 zł
11	53	20 000 zł		700 zł	7 700 zł
12	<b>54</b>		20 000 zł	700 zł	<b>8 400 zł</b>
13	<b>55</b>		20 000 zł	700 zł	<b>9 100 zł</b>
14	<b>56</b>		20 000 zł	700 zł	<b>9 800 zł</b>

Amplico **Życie** +

Kurczenie się sumy ubezpieczenia pod wpływem inflacji

Rok	Inflacja	Suma ubezpz.	Składka	Suma składek
1992	0%	20 000 zł	678 zł	678 zł
1993	35,34%	12 932 zł	438 zł	1 116 zł
1994	32,20%	8 768 zł	297 zł	1 414 zł
1995	27,84%	6 327 zł	214 zł	1 628 zł
1996	19,90%	5 068 zł	172 zł	1 800 zł
1997	14,90%	4 313 zł	146 zł	1 946 zł
1998	11,80%	3 804 zł	129 zł	2 075 zł
<b>1999</b>	<b>6,40%</b>	<b>3 560 zł</b>	<b>121 zł</b>	<b>2 196 zł</b>

Amplico **Życie +**

Kurczenie się sumy ubezpieczenia pod wpływem inflacji

Rok	Inflacja	Suma ubezp.	Składka	Suma składek
1995		20 000 zł	678 zł	678 zł
1996	19,90%	16 020 zł	543 zł	1 221 zł
1997	14,90%	13 633 zł	462 zł	1 683 zł
1998	11,80%	12 024 zł	408 zł	2 091 zł
<b>1999</b>	<b>6,40%</b>	<b>11 255 zł</b>	<b>382 zł</b>	<b>2 472 zł</b>



Zmiana wartości polisy **ŻYCIE** + w czasie (w złotych)

**Cezary Gawlas**

Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń

## Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń jako jeden z elementów ochrony osób ubezpieczonych (tekst autoryzowany)

Chciałbym poruszyć problem nadzoru nad klauzulami umownymi i roli naszego urzędu w ochronie konsumenta na rynku ubezpieczeń. Przede wszystkim pragnąłbym się odnieść trochę do historii rynku ubezpieczeniowego w Polsce, który był normowany ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. Już wówczas były to jakby pierwsze zawiązki nadzoru ubezpieczeniowego, który wcześniej sprawował minister finansów. Generalnie, kompetencje ministra finansów zostały te same, rozszerzono je o pewne elementy w ustawie z 8 czerwca 1995 r., która to nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej powołała również do życia Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, Państwowy Fundusz Gwarancyjny, Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rzecznika Ubezpieczonych.

Urząd rozpoczął działalność od powołania przez Prezesa Rady Ministrów prezesa naszego Urzędu. Nastąpiło to 1 lutego 1996 r. Nasza działalność ruszyła pełną parą od połowy 1996 r., po zatrudnieniu pracowników i całkowitym zorganizowaniu Urzędu. Chciałbym podzielić się z państwem kilkoma uwagami dotyczącymi systemu organizacji naszego Urzędu, systemu, jaki ustawodawca przewidział dla naszego Urzędu w dziedzinie nadzoru ubezpieczeń.

Jak widać z przepisów ustawy, organ nadzoru posiada dosyć liczne kompetencje. Tutaj państwo wspominali o niektórych z nich, jak choćby o kompetencjach wynikających z art. 35 i 83 ustawy, dotyczących uprawnień dyscyplinująco-prewencyjnych organu nadzoru. Nie są to oczywiście wszystkie kompetencje organu nadzoru, który spr-

wuje stały i merytoryczny nadzór nad działającymi w Polsce zakładami ubezpieczeń.

Chciałem odnieść się też do wypowiedzi moich przedmówców, którzy wspomnieli o naszych rzekomo bardzo groźnych narzędziach dyscyplinowania zakładów ubezpieczeń, włącznie z występowaniem z wnioskiem o cofnięcie zezwolenia zakładowi ubezpieczeń. Musimy pamiętać, że nadzór ubezpieczeniowy sprawowany jest też częściowo przez ministra finansów i to minister finansów wydaje zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, zatwierdza statuty zakładów ubezpieczeń, zatwierdza również zmiany tych statutów, jak również nabycie akcji, zmiany ilościowe w kapitale akcyjnym zakładów ubezpieczeń.

Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń posiada jedyną możliwość ingerowania w proces wydawania zezwoleń przez ministra finansów, jest to możliwość określona w art. 30 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, czyli zwrócenie się do ministra finansów o wydanie opinii przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń w kwestii wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Urząd Nadzoru wydaje takie opinie w trybie ustawy, w związku z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego, odnosząc się zarówno merytorycznie do treści wniosku, jak i do części formalno-prawnej sporządzonych dokumentów. Jest to jakby początkowa faza sprawowania nadzoru przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń nad zakładami ubezpieczeń.

Czyli dzieje się to jeszcze wówczas, gdy zakłady ubezpieczeń są formowane w ministerstwie finansów na drodze postępowania popularnie zwanego licencyjnym. To nie jest oczywiście prawidłowe określenie, zezwolenie ministra finansów nie ma żadnego związku z licencją, jest to zwykła decyzja administracyjna, którą władza państwowa zezwala na prowadzenie określonej dziedziny działalności gospodarczej. Musimy wyraźnie powiedzieć, że zakłady ubezpieczeń, działając w dwóch podstawowych formach: spółek akcyjnych oraz towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, mogą zajmować się tylko i wyłącznie działalnością ubezpieczeniową. Jest to jakby element wyróżniający te podmioty gospodarcze spośród innych podmiotów gospodarczych, działających w Polsce.

Ustawa wprowadza również pewien istotny wymóg oddzielenia działalności ubezpieczeń na życie, które zostały określone w załączniku do stawy w dziale I, od pozostałych ubezpieczeń majątkowych i osobowych, które zostały opisane w dziale II załącznika do ustawy. Dział ten zawiera 18 grup i rodzajów ubezpieczeń w obrębie poszczególnych grup, oferowanych przez zakłady ubezpieczeń w formie możliwości zawarcia umów ubezpieczenia z zakładem ubezpieczania, który prowadzi taką działalność.

Chciałbym teraz wspomnieć o charakterze naszego Urzędu z punktu widzenia teorii nadzoru, które funkcjonują na świecie. Nasz urząd łączy w sobie funkcję nadzoru finansowego częściowo z funkcją nadzoru materialnego, chociaż to nie jest wprost określone i nie wynika z przepisów ustawy. Chciałbym tu wspomnieć, że istnieją dwa podstawowe modele sprawowania nadzoru ubezpieczeniowego na świecie. To systemy: publikacyjny, najbardziej liberalny system finansowy, w którym władza publiczna wydaje określone regulacje, akty prawne, normujące dosyć szczegółowo prowadzenie działalności ubezpieczeniowej przez podmioty, które chcą się o tę działalność ubiegać oraz system nadzoru materialnego, który idzie jeszcze dalej i nakłada na władze państwowe obowiązek czuwania nad poprawnością działania zakładów ubezpieczeń, łącznie z ingerencją w materialną stronę zakładów ubezpieczeń, np. poprzez zatwierdzanie statutów, ogólnych warunków ubezpieczeń itp.

Tutaj widzimy, że kompetencja do zatwierdzania statutów zakładów ubezpieczeń i zmian do nich jest kompetencją przypisaną przez ustawę ministrowi finansów. Jest to jakby jego kompetencja własna. Każdy zakład, który chce wprowadzić zmiany do swojego statutu, musi wystąpić najpierw wystąpić do ministra finansów z wnioskiem o zatwierdzenie takiej zmiany, aby jej zarejestrowanie mogło dojść do skutku przed sądem.

Wracając do kompetencji nadzoru ubezpieczeń, który, jak już wspominałem, jest oparty na systemie finansowym i częściowo materialnym, z odniesieniem do kompetencji ministra finansów, możemy dokonać wyszczególnienia naszych uprawnień, jako organu "stojącego" pomiędzy zakładem ubezpieczeń a klientem.

Pamiętajmy przy tym, że podstawowym obowiązkiem nadanym organowi przez ustawodawcę jest dbanie o to, aby zakłady ubezpieczeń znajdowały się zawsze w takiej sytuacji finansowej, by móc wypełniać swoje powinności wobec osób, które zawarły z nimi ubezpieczenia. Nasze kompetencje są dosyć szerokie, ponieważ obejmują uprawnienia w dziedzinie pośrednictwa ubezpieczeniowego agentów i brokerów ubezpieczeniowych, jak również kompetencje opiniodawcze. Jak już wspomniałem, są to opinie wydawane przez organ nadzoru na żądanie ministra finansów, co do wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej.

Jeśli chodzi o funkcję kontrolną, która jest jednym z bardziej istotnych zadań organu nadzoru - to istnieje rozporządzenie ministra finansów, regulujące szczegółowo zakres, tryb i warunki sprawowania nadzoru przez organ. Jest to kontrola sprawowana w celu wychwylenia nieprawidłowości, niezgodności z prawem w działalności prowadzonej przez zakłady ubezpieczeń. Funkcja ta spełnia rolę prewencyjną, ma na celu zapobieżenie powstaniu sytuacji, w której zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie w sposób prawidłowy regulować swoich zobowiązań wobec ubezpieczonych.

Z funkcją prewencyjną łączy się też funkcja dyscyplinująca, ponieważ organ nadzoru, w toku sprawowania tego nadzoru nad zakładem ubezpieczeniowym, wydaje szereg aktów władczych, decyzji, postanowień ingerujących w sferę działalności zakładu ubezpieczeń od strony finansowej. To zakłady ubezpieczeń zwracają się do nas często z wnioskami dotyczącymi spraw, które zostały zastrzeżone do kompetencji organu nadzoru, bez których to rozstrzygnięć zakład nie będzie w stanie na przykład lokować środków stanowiących pokrycie funduszu ubezpieczeniowego w lokaty inne, niż wymienione przykładowo w art. 63 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Tego rodzaju wnioski zakładów ubezpieczeń są rozpatrywane w trybie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Trzeba bowiem pamiętać, że ustawa wskazała jednoznacznie, iż organ nadzoru działa na podstawie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, jest centralnym organem administracji rządowej.

Od rozstrzygnięć wydanych przez organ służy stronie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, a następnie prawo do złożenia skargi

do Naczelnego Sądu Administracyjnego, z czego zresztą zakłady ubezpieczeń często korzystają. Jest już bogaty dorobek orzecznictwa Naczelnego Sądu Administracyjnego, dotyczący prowadzenia nadzoru finansowego, również nadzoru nad pośrednikami ubezpieczeniowymi. Osoby zainteresowane mogą się zapoznać z tymi orzeczeniami, są one sukcesywnie publikowane.

Wróćmy jednak do kompetencji nadzoru dotyczących bardzo istotnego, z punktu widzenia klientów, segmentu rynku ubezpieczeniowego, czyli pośredników, ludzi, z którymi potencjalny ubezpieczający bezpośrednio się kontaktuje. Musi on mieć pewność, że są to ludzie dobrze przygotowani do swojej pracy, dysponujący odpowiednim poziomem wiedzy fachowej, spełniający też inne kryteria opisane w ustawie. Chodzi chociażby podstawowy warunek posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych oraz bycia niekaranym za pewne typowe przestępstwa, wymienione w ustawie przeciwko mieniu, dokumentom i karno - skarbowej.

Organ nadzoru, na podstawie przepisów ustawy, ma obowiązek czuwać, aby na rynku ubezpieczeniowym działali jedynie pośrednicy spełniający wymogi ustawy. W odniesieniu do agentów ubezpieczeniowych mówimy o osobach fizycznych, wykonujących czynności agenta ubezpieczeniowego. Jest to kompetencja organu nadzoru do wydawania zezwoleń osobom fizycznym na wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego.

Jak do tej pory, organ nadzoru, od roku 1996 do roku 1999, wydał ponad 208 tys. tego rodzaju zezwoleń. Z tego, w samym roku ubiegłym, ponad 70 tys., co wiązało się z rozpoczęciem reformy systemu ubezpieczeń emerytalnych w Polsce i zapotrzebowaniem na osoby, które spełniałyby wymogi ustawy. Kompetencje organu nadzoru łączą się nie tylko z wydaniem takiego zezwolenia na podstawie dokumentów złożonych przez wnioskodawców. Wnioskodawcą może być i osoba indywidualna, i zakład ubezpieczeń, który grupowo składa wnioski o wydanie zezwolenia dla przykładowo 50–100 swoich agentów ubezpieczeniowych, dla których uprzednio zostało przeprowadzone odpowiednie szkolenie zgodnie z przepisami zarządzenia dotyczącego zakresu materiału, sposobu przeprowadzania tego rodzaju

szkoleń. Jest też istotny wymóg, aby tego rodzaju szkolenie kończyło się egzaminem.

Nie jest to egzamin państwowy. To wewnętrzny egzamin zakładu ubezpieczeń, przeprowadzany na podstawie przepisów prawa państwowego rangi zarządzenia. Oczywiście PUNU nie ma sił i możliwości, aby dokonać kontroli wiarygodności wszystkich szkoleń i egzaminów organizowanych przez wszystkie zakłady ubezpieczeń, które takie szkolenia prowadzą. Jednak ustawodawca wskazał, iż każdy zakład ubezpieczeń jest zobowiązany zawiadomić organ nadzoru o terminie egzaminu organizowanego dla osób, które kończyły szkolenie w danym zakładzie ubezpieczeń.

Organ nadzoru korzysta ze swoich uprawnień, delegując osoby pracujące w departamencie pośrednictwa ubezpieczeniowego, do nadzoru nad przebiegiem formalnym tego rodzaju egzaminów. Z naszych doświadczeń wynika, że egzaminy te są często traktowane przez zakłady ubezpieczeń jako formalność. Ograniczają się do rozdania testów. Po kilkunastu minutach osoby przystępujące do egzaminów oddają gotowe, wypełnione testy. Nie jest to prawidłowe i oczywiście staramy się zwalczać tego rodzaju praktyki. Jednakże, ze względu na szczupłość sił i środków, które możemy przeznaczyć na tego rodzaju działania, jak i z uwagi na skalę zjawiska, możemy to czynić w jednostkowych wypadkach.

Wydanie zezwolenia dla osoby fizycznej na wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego nie wyczerpuje kompetencji organu nadzoru w stosunku do tych osób. Organ nadzoru może również cofać zezwolenia w przypadkach określonych w ustawie, na przykład wówczas, gdy taka osoba została skazana wyrokiem za przestępstwo wymienione w ustawie karno - skarbowej, przeciwko mieniu i dokumentom.

Pan Kuczyk wspominał tu o niedozwolonych, jego zdaniem, praktykach agentów ubezpieczeniowych, wprowadzających w błąd potencjalnych ubezpieczonych, co do warunków ubezpieczenia oferowanych przez zakład ubezpieczeń. Tego rodzaju działania agentów trudno nam zakwalifikować jako działania z naruszeniem prawa. Z reguły naruszenie przepisów prawa oznacza naruszenie obowiązujących przepisów. Wzorem są też orzeczenia Naczelnego Sądu Administra-

cyjnego, który wydał kilka orzeczeń w sprawach będących skutkiem odwołania się osób, które utraciły zezwolenia. Włączono do tych naruszeń także naruszenia łączącej zakład ubezpieczeń i agenta ubezpieczeniowego umowy agencyjnej, polegające na nieodprowadzaniu składki ubezpieczeniowej, przekraczaniu granic pełnomocnictwa itp.

Nie trzeba tu chyba dodawać, że tego rodzaju praktyki w sposób bardzo rażąco naruszają prawa osób ubezpieczonych, ponieważ zakład ubezpieczeń stara się uwolnić od działań agenta ubezpieczeniowego, który zawarł ubezpieczenie przekraczając granice pełnomocnictwa. Jakkolwiek z ustawy ubezpieczeniowej wynika wprost, że takie uchylenie się nie jest możliwe, ponieważ działanie art. 429 Kodeksu cywilnego zostało przez ustawę jednoznacznie wyłączone w stosunku do osób reprezentujących zakłady ubezpieczeń jako agenci ubezpieczeniowi.

Kontynuując problem pośredników ubezpieczeniowych mogę wskazać na kompetencje organu nadzoru dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, a więc takiego rodzaju pośredników ubezpieczeniowych, którzy z założenia ustawy, mieli być pośrednikami niezależnymi, działającymi w imieniu i na rzecz ubezpieczającego, a więc kontaktującymi go z zakładem ubezpieczeń, oferującymi możliwość wyboru z różnorodnej oferty zakładu ubezpieczeń, oferty najbardziej korzystnej dla ubezpieczającego. Nie muszę tłumaczyć, jak istotne znaczenie dla rozwoju rynku ma instytucja brokera ubezpieczeniowego, w szczególności w związku z faktem, że do końca ubiegłego roku, zezwolenie ministra finansów otrzymały 63 zakłady ubezpieczeń. Tak więc oferta ubezpieczeń, szczególnie majątkowych, jest bardzo szeroka i wybranie tej, która jest najbardziej odpowiednia dla ubezpieczającego, ma najbardziej istotne znaczenie.

Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń organizuje egzaminy dla osób ubiegających się o wydanie zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej, jako osoby fizycznej. Trzeba pamiętać, że brokerzy mogą działać jako osoby prawne i jako osoby fizyczne. Aby otrzymać zezwolenie na prowadzenie działalności brokerskiej, osoby fizyczne muszą legitymować się między innymi dyplomem zdanego egzaminu brokerskiego. Jest to egzamin organizowany przez organ nadzoru na podstawie przepisów wykonawczych do ustawy. W ciągu 4 lat było



1500 osób, które zdały taki egzamin. Ubiegających się o udział w tym egzaminie jest ponad 1000. Ze względu na szczupłość sił i środków egzaminy odbywają się periodycznie. Samych zezwoleń na wykonywanie działalności brokerskiej, do końca ubiegłego roku wydano ponad 850.

Jak wynika z przepisów ustawy, nie tylko organizowanie egzaminów dla kandydatów na brokerów ubezpieczeniowych jest kompetencją organu nadzoru, ale także kontrola i sprawowanie nadzoru nad brokerami ubezpieczeniowymi. Nadzór ten sprowadza się do rejestrowania pewnych faktów z ich działalności gospodarczej, w szczególności tego, czy prowadzą działalność brokerską nieprzerwanie. Również kontrola podmiotów wykonujących działalność brokerską jest możliwa na podstawie przepisów ustawy, w związku z wydanym rozporządzeniem, które dotyczy tak samo zakładów ubezpieczeń, jak i brokerów ubezpieczeniowych. Oczywiście dostrzegamy pewne niedostatki tego rodzaju prawodawstwa, ponieważ samo porównanie skali i sfery prowadzonej działalności przez brokerów i zakłady ubezpieczeń wskazuje, że kontrola brokerów powinna odbywać się raczej na podstawie innego rodzaju przepisów, niż te wspólne.

Mówiąc o brokerach ubezpieczeniowych nie mogę nie wspomnieć o możliwości cofania zezwoleń na prowadzenie działalności brokerskiej osobom, czy podmiotom, które, zgodnie z przepisami, takie uprawnienia powinny utracić. Podstawowym problemem dla brokerów jest konieczność zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej. Jest to jeden z wymogów ubiegania się o wydanie zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej.

W praktyce, spotkaliśmy się z problemem brokerów, którzy chcą zawiesić prowadzenie swojej działalności i traktują to zawieszenie jako okres, w którym, ich zdaniem, nie powinni posiadać ochrony z tytułu wykonywanej czynności. Jest to, w naszym przekonaniu, nieuprawnione, jakkolwiek można byłoby się doszukać pewnych wskazówek w przepisach ustawy. Jednak, jak powiedziałem, stoimy na stanowisku, że broker ubezpieczeniowy powinien spełniać wymogi ustawy ubezpieczeniowej w całym okresie posiadania przez niego zezwolenia. Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu o. c. zawodowego dla brokerów ubezpieczeniowych stanowi dla nas prze-

slankę do wszczęcia postępowania o cofnięcie zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej.

Chciałbym wspomnieć o pewnej grupie podmiotów prowadzących działalność agencyjną, które są zwolnione, na mocy przepisów ustawy, z obowiązku posługiwania się osobami fizycznymi przy wykonywaniu czynności agencyjnych. Ustawodawca umożliwił tego rodzaju zwolnienie pewnych grup podmiotów wydając akty wykonawcze, które w zamyśle miały normować tego rodzaju sytuacje. Sprowadziło się to w praktyce do indywidualnego traktowania wniosków o wydanie zwolnienia na podstawie przesłanki uzupełniającej działalności agencyjnej w stosunku do podstawowej działalności podmiotu gospodarczego, który o takie zwolnienie występuje. Jeśli chodzi o stosowanie tych przepisów, to organ nadzoru jest bardzo ostrożny, mając na uwadze względy osób ubezpieczonych, tak aby nie dopuścić do świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego przez podmioty, które mogłyby wyrządzić szkodę klientom zakładów ubezpieczeń ze względu na brak przymiotów ustawowych, czy wręcz kwalifikacji. Do końca 1999 r. wydaliśmy takich zwolnień ponad 2950.

Chciałbym jeszcze zatrzymać się przy uprawnieniach Urzędu w stosunku do osób wykonujących określone czynności lub świadczących określone usługi, czy to pośredników ubezpieczeniowych, agentów, czy też brokerów ubezpieczeniowych. Organ nadzoru prowadzi również listę osób, które wykonują w zakładach ubezpieczeń czynności aktuarusza ubezpieczeniowego. Egzamininy dla osób ubiegających się o wpisanie na listę przeprowadzane są przez ministra finansów na podstawie przepisów wykonawczych do ustawy, natomiast organ nadzoru decyzją wpisuje taką osobę na listę aktuaruszy, badając oczywiście, czy osoba ta spełnia wymogi określone w ustawie: wykształcenia, zdania egzaminu, niekaralności, pełnej zdolności do czynności prawnych.

Nie muszę oczywiście podkreślać, jak ważną osobą w zakładzie ubezpieczeń na życie jest aktuarusz ubezpieczeniowy, który jest osobą uprawnioną do określonych ustawowo czynności. Jest to ta właśnie osoba, która konstruuje umowę, czyli ogólne warunki ubezpieczenia. Jej fachowość, znajomość zagadnień jest gwarantowana przez przepisy prawa, ponieważ po zdaniu egzaminu jest traktowana jako osoba,

która, z mocy ustawy, te czynności wykonywać może i wręcz musi, ponieważ zakład ubezpieczeń na życie musi do określonych czynności zatrudniać osobę z kwalifikacjami aktuarusza ubezpieczeniowego. Może nie jest tak, że te ogólne warunki ubezpieczeń są konstruowane jak gdyby kontra klientom zakładów ubezpieczeń. Mogę stwierdzić, że osoby konstruujące ogólne warunki ubezpieczeń spełniają jednak wymogi ustawy i aktów wykonawczych.

Chciałbym teraz się odnieść do czynności nadzorczych i kontrolnych organu nadzoru w stosunku do zakładów ubezpieczeń. Jakkolwiek osobiście nie widzę zbyt dużego związku między działaniami nadzorczymi i kontrolnymi zakładów ubezpieczeń a szeroko rozumianą ochroną konsumenta, czyli osoby, która zawarła umowę ubezpieczenia z danym zakładem ubezpieczeń. Z przepisów ustawy wynika jednoznacznie, że organ nadzoru ma dążyć do sytuacji, w której wszystkie zakłady ubezpieczeń są w stanie wypełniać swoje obowiązki wobec osób ubezpieczonych.

Jak należy rozumieć tego rodzaju obowiązek organu nadzoru? Nie sądzę, aby organ nadzoru był uprawniony do badania indywidualnych spraw ubezpieczonych w zakładach ubezpieczeń pod kątem zabezpieczenia ich interesów, jako strony umowy. Jak sądzę, do tego rodzaju działań powołane są inne instytucje.

Mam tu na myśli przede wszystkim sądy. Jeśli strony mają jakieś wątpliwości co do rozumienia treści umowy, to powinny zwrócić się do właściwego organu, który te wątpliwości rozstrzygnie na mocy wyroku. Natomiast organ nadzoru może zażądać od zakładu ubezpieczeń przekazywania ogólnych warunków ubezpieczeń, wzorów umów, druków i formularzy stosowanych przy zawieraniu umów ubezpieczenia. PUNU z tego uprawnienia korzysta, rozsyłając do zakładów odpowiednie pisma i informując, że w ustawowym 14-dniowym terminie, zakład ubezpieczeń jest obowiązany przekazać tego rodzaju dokumenty do dyspozycji organu nadzoru.

Następnie tego rodzaju materiał jest badany pod kątem powszechnie obowiązujących przepisów prawa, czyli tytułu 27 Kodeksu cywilnego, art. 805 i następne, oraz pozostałych przepisów, normujących zobowiązania w Kodeksie cywilnym oraz w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, która nakłada na zakłady ubezpieczeniowe obo-

wiązek umieszczenia w treści ogólnych warunków ubezpieczeń możliwości odstąpienia od zawartej umowy w terminie 7-30 dni dla osób fizycznych lub prawnych. Jeżeli ogólne warunki ubezpieczeń i wzór umowy przekazane do dyspozycji PUNU spełnią wymogi powszechnie obowiązujących przepisów prawa, organ nadzoru nie ma możliwości wpływania na zakład ubezpieczeń, by wprowadził on korekty do klauzul umownych, które są niekorzystne dla ubezpieczonego. Takiego uprawnienia organ nadzoru nie posiada i nie da się wywieść tego uprawnienia z przepisów obowiązującego prawa, czyli z ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Wracając do uprawnień organu nadzoru w stosunku do zakładów ubezpieczeń nie możemy nie wspomnieć o pewnego rodzaju uprawnieniach w procesie kończącym działalność zakładu ubezpieczeń. Jest to związane z problemem ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeń. Chodzi przede wszystkim uprawnienie do zatwierdzenia umowy o przeniesienie portfela ubezpieczeń pomiędzy zakładami ubezpieczeń. Jest to także uprawnienie do zaopiniowania kandydata na syndyka masy upadłościowej, którego potem wyznaczy sąd. Jest to również uprawnienie do zaopiniowania kandydata na kuratora portfela ubezpieczeń upadającego zakładu ubezpieczeniowego.

Natomiast, jak sądzę, z przepisów ustawy nie da się wywieść jakichś bardziej rozbudowanych kompetencji, które umożliwiałyby organowi nadzoru chronienie, w toku postępowania likwidacyjnego czy upadłościowego, klientów zakładów ubezpieczeń. Jest to już domena innych ustawowych organów: syndyka lub kuratora. Organ nadzoru ma tu tylko uprawnienia doradcze, opiniodawcze. Tego rodzaju uprawnienia możemy również wywieść w stosunku do pewnego rodzaju aktów wykonawczych, które wydaje minister finansów w porozumieniu z organem nadzoru.

Chciałbym też wspomnieć, że organ nadzoru, realizując swoje uprawnienia w stosunku do zakładów ubezpieczeń, ma również możliwość władczego wkraczania w sferę działalności zakładów ubezpieczeń i wpływania na tę sferę działalności poprzez pewnego rodzaju zalecenia, wydawane w wyniku przeprowadzonej kontroli. Organ nadzoru prowadzi kontrole kilkunastu zakładów ubezpieczeń rocznie. W roku 1998 było to 16 zakładów, a w roku ubiegłym 14. W proporcji

mniej więcej 1/3 były to zakłady ubezpieczeń na życie. W wyniku tych kontroli powstały wnioski pokontrolne, dotyczące sfery działalności tych zakładów: czy zakłady ubezpieczeń spełniają wymogi ustawowe, czy stosują pewnego rodzaju standardy rachunkowości na podstawie przepisów ustawy o rachunkowości i rozporządzenia dotyczącego szczegółowych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń.

Wnioski pokontrolne obejmują też innego rodzaju elementy, istotne dla oceny stanu finansowego i prawnego zakładu ubezpieczeń. Jeżeli organ nadzoru stwierdzi, że nieprawidłowości wystąpiły, formułowana jest decyzja skierowana do zakładu ubezpieczeń, który jest zobowiązany w wyznaczonym terminie dostosować swoją działalność do wymogów prawa, wzorując się na wytycznych organu nadzoru, zawartych w treści decyzji.

Oczywiście, jak już wspomniałem, są to rozstrzygnięcia organu administracji rządowej. Decyzje są ostateczne i każda ze stron, która otrzyma takie rozstrzygnięcie, ma pełne prawo do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Jeśli zaś ten wniosek nie zostanie uwzględniony, ma prawo do złożenia skargi do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Chciałem powiedzieć, że ze względu na pewne niedostatki przepisów ustawy, rozstrzygnięcia Naczelnego Sądu Administracyjnego są często po myśli zakładów ubezpieczeń. Nie chciałbym tu tego tak ujmować, że jest to czyjaś korzyść czy zwycięstwo w toku działań odwoławczo - skarżących. Chciałem tylko zwrócić uwagę na to, że pewne niejednoznaczności w przepisach ustawy umożliwiają interpretację przynajmniej na kilka różnych sposobów. Organ nadzoru zawsze stara się wzmocnić kontrolę i nadzór nad zakładami ubezpieczeń, natomiast zakład ubezpieczeń ma pełne prawo do kwestionowania decyzji organu nadzoru i dochodzenia swoich praw przed Naczelnym Sądem Administracyjnym.

Na zakończenie chciałbym podkreślić, że Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń zawsze stoi na pozycji organu dbającego o interes konsumentów rynku ubezpieczeń, ale raczej z punktu widzenia ogólnego standingu zakładów ubezpieczeń, a nie indywidualnych umów ubezpieczeń czy też spraw, które do nas trafiają. W ubiegłym roku trafiło do nas 436 skarg dotyczących różnych zakładów ubezpieczeń. Były one przez nas szczegółowo analizowane, ponieważ stanowią dla

nas istotne źródło informacji o pewnego rodzaju procesach zachodzących w zakładach ubezpieczeń, procesach mogących wskazywać na jakieś nieprawidłowości lub prowadzenie działalności niezgodnie z przepisami prawa. Jednakże, jak już powiedziałem, organ nadzoru nie posiada możliwości czy uprawnień władczych, pozwalających na jednoznaczne stwierdzenie, że może rozstrzygnąć sprawę indywidualną na czyjąś korzyść.

**Prof. dr Stanisław Rogowski**  
Rzecznik Ubezpieczonych

## Ochrona ubezpieczonych w świetle obserwacji Rzecznika Ubezpieczonych

(tekst autoryzowany)

Chciałbym podziękować panu przewodniczącemu Komisji i dyrektorowi sejmowego Biura Studiów i Ekspertyz, że umożliwiono nam zorganizowanie tu tego seminarium. Z uwagi na rangę parlamentu, bardzo istotne jest to, że spotkanie nasze odbywa się właśnie tutaj.

Główną część mojego wystąpienia stanowią będą uwagi, które nadsunęły się moim pracownikom i mnie podczas czteroletniego okresu funkcjonowania Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

Wiele zostało już powiedziane w bardzo interesujących referatach. Jestem bardzo wdzięczny referentom za naświetlenie wielu kwestii w bardzo różnych aspektach.

Zacząłbym może od krótkiego przypomnienia, że ochrona ubezpieczonych, ochrona konsumenta jest immanentną częścią stosunku ubezpieczeniowego, ponieważ istota ubezpieczeń polega na ochronie ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczeń.. Oczywiście nie muszę przypominać w tym gronie o przepisach Kodeksu cywilnego. To nie jest zwykła umowa i to nie jest zwykły stosunek prawny. W tej umowie, jak również w stosunkach ubezpieczeniowych, nie tyle przecież chodzi o zysk jednej ze stron, ubezpieczonego czy ubezpieczającego, ale o ochronę ubezpieczeniową.

W sytuacji, gdy ta ochrona nie jest wykonywana lub jest źle wykonywana, sens ubezpieczeń upada. Przyznam, że z obserwacji rynku, nie tylko naszego zresztą, widać, że niektórzy akcjonariusze i przedsiębiorstwa zapominają o tym. Oni traktują to często jako jedną z form działalności, podobną do każdej innej działalności gospodarczej. To jasne, że nikt nikomu na takiej działalności nie każe tracić. Nie to

jednak jest istotą ubezpieczeń. Tak więc, bez ochrony konsumenta upada cała idea ubezpieczeń. Musimy o tym pamiętać. Przedsiębiorcy, którzy o tym zapominają, na własnej skórze prędzej czy później też przekonują się o tej zasadzie.

Chciałbym też zwrócić uwagę na pewną kwestię, która tu już została poruszona, a na którą mam inny pogląd. Chodzi o sprawę powszechności ochrony ubezpieczonych. Jak wiem, w literaturze, a także tu, przez moich przedmówców, jest prezentowany taki pogląd, że mówiąc o ochronie konsumenta, mówi się o konsumencie indywidualnym, o osobie. Pragnę zwrócić uwagę na to, iż jest to pewnego rodzaju anachronizm, gdyż w stosunkach rynkowych bardzo trudno jest czasami rozróżnić, czy Kowalski występuje jako Kowalski, który ma domek jednorodzinny, czy też Kowalski, który na zapleczu tego domku ma warsztat i prowadzi działalność gospodarczą. Pomiędzy przedsiębiorcą, a osobą indywidualną istnieje często bardzo płynna granica.

A gdy wypadek ubezpieczeniowy, na przykład w postaci powodzi, zniszczy jego domek i jego warsztat, to cały czas traci ten sam Kowalski. Zgadzam się, że ochrona ubezpieczeniowa powinna być przede wszystkim zwrócona ku obronie klientów indywidualnych. To jest oczywiste. Z drugiej jednak strony, jeśli tworzymy powszechne zasady działalności ubezpieczeniowej, to wydaje mi się, że właśnie ta powszechność powinna dotyczyć wszystkich. Wynika to również z konstytucyjnej zasady równości.

Tu też trzeba poruszyć jeszcze jeden aspekt. Przypomnijmy sobie, jak było z badaniami naukowymi i ich efektami. Jak wszyscy wiemy, nie byłoby takich efektów, choćby w dziedzinie komputeryzacji czy lotnictwa, gdyby nie badania wojskowe. Wojsko i wielkie korporacje oraz państwo, dawały na to pieniądze, a teraz korzystają na tym zwykli ludzie. Jeśli my, *a priori*, wyłączymy z zasady ochrony konsumenckiej tych, którzy mają większą siłę przebicia, to chcąc nie chcąc, powodując się szlachetnymi pobudkami, obniżymy możliwość dochodzenia swoich praw przez indywidualnych klientów. Oczywiście w działalności urzędów, w tym Rzecznika, większą ochronę trzeba dać temu, kto jej najbardziej potrzebuje, ale to raczej powinno się przeja-



wiać w stosowaniu tej ochrony, w doborze środków, a nie w samej istocie instytucji ochrony.

Co zrobić, aby było lepiej? Z wypowiedzi, które tu usłyszeliśmy, i z obserwacji wynika, że może jest lepiej niż 10 czy 7 lat temu, ale tak, jak byśmy tego chcieli, to jeszcze nie jest. Gdzie leżą przyczyny i co należałoby uczynić dla polepszenia sytuacji? Powiedziałbym, że są cztery takie płaszczyzny. Pierwsza to płaszczyzna prawna. Czy prawo to jest tak złe, jak niektórzy oceniają, czy jednak dobre? Przede wszystkim ono funkcjonuje, ubezpieczeni w jakiś sposób również na tym rynku się znajdują i nie można powiedzieć, że pod rządami obecnie panującego prawa nie da się chronić ubezpieczonych. Da się. Nawet w granicach tego prawa. Słyszę niejednokrotnie, przeważnie od osób, które prawnikami nie są, że na wszystkie bolączki najskuteczniejsza byłaby zmiana prawa. Co złego się dzieje – trzeba zmienić przepis. Na przykład, jeśli chodzi o przestępstwa: za dużo przestępstw – zaostrzamy kary, zmieniamy prawo itd. Jest to nieraz działalność skuteczna, ale często ma efekty tylko pozorne. W wielu wypadkach przesłania niemoc tych, którzy są upoważnieni do działania, albo też niechęć do działania lub złą wolę tych, którzy są do przestrzegania prawa zobligowani.

W granicach obecnie obowiązującego prawa da się chronić ubezpieczonych. To nie znaczy, że da się chronić dobrze. Sądzę, że przyszłe prawo powinno zostać udoskonalone i chociażby te kroki, które podjęło Ministerstwo Finansów wraz z PUNU, Rzecznikiem i innymi instytucjami, zmierzają do tego, by te trzy przygotowywane obecnie ustawy regulujące problematykę ubezpieczeń gospodarczych były ustawami lepszymi. Co powinno tu być uwzględnione?

Muszą być wzięte pod uwagę doświadczenia praktyki funkcjonowania ubezpieczeń w stosunkach rynkowych, już prawie dziesięcioletniej. Wiele regulacji okazało się być i martwymi. Widzimy na przykład braki związane z kontrolą ogólnych warunków ubezpieczeń. Pozwolę sobie nie zgodzić się z moim przedmówcą, który powiedział, że pewną gwarancją jakości ogólnych warunków ubezpieczeń jest to, że tworzą je osoby kompetentne.

Po pierwsze, to, że ktoś zdał egzamin, nie oznacza, że jest kompetentny. Jeden z moich mądrych profesorów mówił, że chciałby mieć

tyłe milionów w kieszeni, ilu widział niekompetentnych profesorów. Po drugie, ogólne warunki ubezpieczeń są tworzone różnie, niekiedy tylko poprzez przepisywanie starych tekstów bez ich analizy. Jeśli jeszcze do tego dodamy występującą niekiedy złą wolę, złą politykę, to obraz nie jest tu najlepszy.

Kolejny problem, to kłopoty związane ze starym portfelem. Przychyłam się do tego, co powiedział pan Grzegorz Kuczyk, że jeśli nie będzie pewnych działań, także i prawnych, związanych z waloryzacją (a to nie tylko kwestia ustawy o działalności ubezpieczeniowej, to jest także kwestia Kodeksu cywilnego), to możemy się znaleźć w podobnej sytuacji, w jakiej się znajdują "beneficjenci" dawnych ubezpieczeń, starego portfela dawnego PZU. To nie jest krakanie, to beznamiętna, chłodna analiza. Nie życzę oczywiście nikomu, aby tak się stało, ale może tak się stać. Elementy zabezpieczeń prawnych są tu zbyt słabe.

Musimy też wziąć pod uwagę normy Unii Europejskiej, zasady prawa stosowanego na Zachodzie. One czasami odbiegają od tego, do czego my, wychowani na klasycznym prawie, jesteśmy przyzwyczajeni: jak np. do równości stron umowy, do wolności zawierania umów. Niektórzy mówią tak: to wszystko już jest i niczego więcej w państwie demokratycznym nie potrzeba. Gdyby tak było, to państwa, które mają nieco więcej doświadczeń w budowaniu demokracji i rynku, nie tworzyłyby tych norm. Nie tworzyłyby też całego prawa konsumenckiego, przepisów konsumenckich, organów, które wychodzą poza pewne stereotypy prawa cywilnego. Właśnie w tego typu umowach, do których należy umowa ubezpieczenia widać, że tak można i trzeba.

Mówiąc o trzech przygotowywanych ustawach, chciałem zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Chodzi mi o agentów, pośredników ubezpieczeniowych oraz o ogólne warunki ubezpieczenia. Zapisałem sobie to, co powiedział przedstawiciel PUNU, że organ ten nie ma możliwości kontrolowania wszystkich egzaminów, które zdają kandydaci na agentów ubezpieczeniowych. Istnieje możliwość odebrania agentowi zezwolenia, jest to jednak możliwość iluzoryczna. Było tylko kilkanaście przykładów tego typu. Agent wyrzucony z jednej firmy może przejść do innej firmy. To, że agent jest tą osobą, która styka się z

klientem, oznacza, że klient wchodzi do ubezpieczeń za pośrednictwem agenta. Jeżeli nie zmienimy poziomu pracy agentów, nie podwyższymy poprzeczki wymagań wobec nich, sytuacja, jeśli chodzi o jakość ochrony konsumenta, nie będzie się poprawiała.

Trzeba też zwrócić uwagę na trwałość przepisów. To, że nasz system ubezpieczeń kształtuje się od niedawna, spowodowało, że zmiany były konieczne. Teraz jednak należałoby zbudować system stabilny, na lata.

Oczywiście zawsze, w miarę upływu czasu każda ustawa wymaga drobnych poprawek, ale chodzi o to, aby to były rzeczywiście drobne poprawki. Przy każdej okazji o tym wspominam: w tworzeniu tych ustaw bardzo ważny jest szeroki udział przedstawicieli nauki. Nauka i praktyka - to musi być wyważone. To nie może być tak, jak sądzą niektórzy przedstawiciele producenckiego segmentu rynku, że jak włączymy do tej pracy profesorów, to przez 10 lat nie uchwalimy tych ustaw, bo oni znów "coś namieszają". Pewnie, można patrzeć na sprawę i tak. W związku z tym poglądem przypominam sobie moje doświadczenia z Sejmu. Jeden z moich kolegów posłów powiedział kiedyś podobnie: "Jak się nam prawnicy tutaj nie wtrąca, to zrobimy tę ustawę dzisiaj, a jak się wtrąca, to i przez miesiąc tego nie zrobimy". Oczywiście naukowcy, prawnicy mogą się "nie wtrącać", ale wówczas się okaże, że trzeba za pół roku nowelizować ustawę, gdyż coś ważnego zostało w niej pominięte lub źle sformułowane.

Dobrze też jest, jeśli bierze się pod uwagę klauzule generalne, znane w historii i teorii prawa. Te klauzule, to np. dokładanie należytej staranności przy wszystkich czynnościach prawnych, rzetelność, stosowanie prawa z zgodnie z jego społeczno-gospodarczym przeznaczeniem, mówi o tym art. 5 Kodeksu cywilnego. Zapominamy często, że ten artykuł jednak tam jest, i bardzo często stosujemy opaczną interpretację, taką jak pewna firma, której nazwy tu nie wymienię, która chce konstruować umowy jak gdyby wbrew ich społeczno-gospodarczemu przeznaczeniu, które polega właśnie na tym, że to ma być ochrona ubezpieczonych, a nie tworzenie fikcyjnych struktur, mających tylko pozwolić na zdobycie pieniędzy.

Kolejną zasadą jest dbałość o własne interesy. Jedną z reguł działania prawa jest ta, że każdy podmiot powinien dbać o własne, dobrze

rozumiane interesy. Jest takie pojęcie w prawie cywilnym i karnym, jak działalność na szkodę firmy. Kiedy patrzymy na niektóre działania, powstaje pytanie: czy to jest działanie tylko na szkodę ubezpieczonych? Myślę, że to jest także działanie na szkodę firmy. Być może działający nie zdaje sobie z tego sprawy, ale tym gorzej. W każdym razie, tego typu klauzule i zasady generalne muszą rzutować na praktykę. Jeśli bowiem nie rzutują, to wówczas powstają różnego rodzaju wzorce negatywne.

Jeśli chodzi o praktyczny wyraz stosowania tych reguł, to można tu wymienić przestrzeganie terminów. Jako naród jesteśmy w ogóle niezbyt przywiązani do punktualności i terminowości. Często w wypowiedziach do Biura Rzecznika przebijał taki ton: *no, czego ten Kowalski chce, przecież zapłaciliśmy mu, nie szkodzi, że miesiąc później*. No właśnie, jak gdyby w naszym poczuciu termin był rzeczą drugorzędną. To gdzieś w nas tkwi, to zły nawyk. Stanowi on bardzo istotny przedmiot skarg i rzutuje na brak zaufania do instytucji ubezpieczeń. Kolejna sprawa: stwarzanie zbędnych trudności klientom. Dam tu taki świeży przykład. Członek mojej rodziny poszedł do pewnego zakładu ubezpieczeń po małe zaświadczenie. Przesyłano go z miejsca na miejsce. Kwestia była taka, że był to też prawnik, doskonale znający problematykę. Wreszcie spotkał go pracownik, który go znał, zaprowadził go do pierwszego, u którego mój krewny rozpoczął załatwianie sprawy i powiedział mu: *"Czy ty straciłeś instynkt samozachowawczy, czy wiesz, kogo odesłałeś przed chwilą i to niepotrzebnie?"* Pracownik ten wziął wówczas pieczętkę, długopis i załatwił sprawę od ręki. A przecież mógł to zrobić od samego początku. Nie zrobił jednak, nie wiadomo, dlaczego. Właśnie o to chodzi: nie wiadomo, dlaczego. Jak słyszę, że ktoś działa z niskich pobudek, to jest to chociaż zrozumiałe, miał niskie pobudki, można to pojąć. Ale jeśli ktoś zachowuje się w sposób naganny z niezrozumiałych pobudek, to gorzej niż błąd, to głupota.

Sprawa następna: niemerytoryczne podejście do klientów, w tym odmowa świadczeń bez podania przyczyn. W tym ostatnim przypadku chodzi o sytuację, gdy odmowa ma wprawdzie podstawy prawne, ale klientowi odmawia się wyjaśnień, uniemożliwiając mu zrozumienie stanowiska zakładu. Klient taki powiedział nam kiedyś: *"Proszę pań-*

*stwa, gdyby oni mi wytłumaczyli te powody, to ja bym tu do państwa nie pisał, nie kserował tych papierów, nie wygłupiał się. Wystarczyło mi to wszystko powiedzieć od razu".*

Nie wiem, czy to wyniknęło z niewiedzy pracownika, który sam nie bardzo rozumiał, dlaczego zapadła taka, a nie inna decyzja i wołał o tym nie mówić, czy też były inne przyczyny. Tu dotykamy kwestii poziomu pracowników i agentów ubezpieczeniowych. Firmy powinny dbać o poziom swoich pracowników, także we własnym interesie. Często jestem zapraszany na różne szkolenia agentów ubezpieczeniowych, trzeba przyznać, że na szczęście niektóre firmy traktują te szkolenia bardzo poważnie.

Złą praktyką jest również coś, co się pojawiło ostatnio, a czego wcześniej nie było: "naciąganie" przepisów prawa. Powiedziałbym - błędna interpretacja przepisów Kodeksu cywilnego, niezgodna z orzecznictwem Sądu Najwyższego, z jakimikolwiek regulami. Niestety, nie są to przypadki jednostkowe. To jest szczególnie złe, bo w grę wchodzi już nie tylko sprawa indywidualna, ale zasada działania. Generalnie rzecz biorąc, tego typu praktyka będzie rzutowała na to, o czym powiedział pan dr Zelwiański: na zanik zaufania do instytucji ubezpieczeń.

Kolejna kwestia - to świadomość ubezpieczeniowa. Mówiono tu już, że jest ona niska. Jest ona niska, bo w szkole 19-letni dorosły człowiek, obywatel, nie dowiaduje się, co to są ubezpieczenia. Program szkolny zawiera niewątpliwie wiele bardzo ważnych wiadomości, jednakże przeciętny 19-latek nie wie, co to jest ZUS, co to jest PZU lub inna tego typu firma. A trzeba pamiętać, że ów młody człowiek stanowi i przedmiot i podmiot działania zakładów ubezpieczeń, które mu sprzedają polisy ubezpieczeniowe, bo jest on ich najlepszym klientem. Jest to tylko jedna z przyczyn niskiej świadomości ubezpieczeniowej.

Przyczyn jest o wiele więcej i nie ma tu czasu, aby przeanalizować je wszystkie. Niemniej jednak, tak jak tu stwierdzono, świadomość ubezpieczeniowa jest niska i - generalnie rzecz biorąc - nie czyni się zbyt wiele w kierunku jej poprawienia. Mam tu na myśli reklamę, może trudno powiedzieć, że zdecydowanie kłamliwą, ale na pewno sugerującą coś innego, niż jest rzeczywistość. Ogromną rolę w podno-

szeniu świadomości ubezpieczeniowej mają do odegrania środki masowego przekazu, organizacje pozarządowe, ale także państwo, które ma w tym zakresie pewne konstytucyjne obowiązki. Istnieje też możliwość oddziaływania poprzez telewizję publiczną i radio publiczne, które powinny robić znacznie więcej, niż robią.

Z powyższych względów Biuro Rzecznika powołało Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej. Fundacja ta dopiero rusza, dzisiejsze seminarium jest między innymi owocem jej pierwszych działań. Chciałbym się przy okazji zwrócić do państwa, aby każdy, komu leży ta tematyka na sercu, włączył się w tworzenie programu działania fundacji.

Jeśli mówimy o świadomości ubezpieczeniowej, to myślimy na ogół o świadomości ubezpieczonych. Jeden z bardzo doświadczonych ubezpieczycieli powiedział, może pół żartem: *"No, świadomość ubezpieczonych, tak, to problem, ale ja bym chciał, aby 50% ubezpieczycieli miało tę świadomość, to dopiero byłaby rewolucja"*. Osoba ta pełniła i pełni nadal różne ważne funkcje w sektorze ubezpieczeń, więc chyba wie, co mówi. O jaką świadomość chodzi? Nie tylko przecież o taką, że trzeba zarobić jakieś pieniądze, bo tę wiedzę ma chyba każdy.

Chodzi o świadomość łączności, w ramach działalności ubezpieczeniowej, celów zakładów i celów klientów. Jest bowiem pewna prawidłowość. Jeśli stosunki w danej dziedzinie są właściwe, to zarabiają na tym wszyscy. Jeśli nie są właściwe, to również tracą wszyscy, jedni wcześniej, drudzy później. Dlatego też właściwa świadomość musi występować na różnych płaszczyznach.

Kolejna sprawa to poziom kapitałów zakładów ubezpieczeń. Stanowi to osobny problem i też rzutuje na rzetelność działania zakładów. Co innego, gdy dysponuje on większymi środkami, a co innego, gdy stąpa po wąskiej kładce i każde niepowodzenie może spowodować krach. Na poziomie akcjonariuszy świadomość ubezpieczeniowa, jak już wspomniałem, nie jest na ogół zbyt duża. Niektórzy z nich uważają, że działalność ubezpieczeniowa to taka sama działalność jak produkcja guzików, samochodów itp. Oczekują zysków, i to od razu, za swoje, niekiedy niewielkie nawet pieniądze, które włożyli. Potem obserwujemy wnioski o upadłość itp.

Kolejny problem to świadomość zarządów. Tu również brak jest często zrozumienia, że to szczególny rodzaj działalności. Daleki jestem od pouczania kogokolwiek, po prostu zwracam uwagę na problem. Większość skarg na działalność zakładów dotyczy tych pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z klientem. Pokutuje podejście rodem jeszcze z poprzedniego okresu, że klient - to petent, który *"przychodzi, czegoś znowu chce i marudzi. A najlepiej niech w ogóle nie przychodzi, bo ja teraz z Ziutą rozmawiam o wczorajszym odcinku Klanu"*. Nie ma tu świadomości tego, że byt pani Kowalskiej lub pana Kowalskiego w ogóle, w przysłowiowym Pcimiu Dolnym, zależy od powodzenia firmy. Jak padnie firma, to ona lub on zostanie bez pracy. Tej świadomości jeszcze nie ma.

Ostatnia kwestia, to rola ogólnych, ale też i szczególnych uwarunkowań prawno-gospodarczych, które rzutują w ewidentny sposób na jakość ochrony ubezpieczonych. Chodzi o poziom przestrzegania prawa, w tym przede wszystkim konstytucji, poziom szacunku dla prawa, czy działalności organów takich, jak Trybunał Konstytucyjny lub Rzecznik Praw Obywatelskich. U nas z tym szacunkiem dla prawa nie jest najlepiej. Konstytucja jest dalej dla nas trochę czymś takim, co oczywiście bardzo dobrze, że jest, ale jakoś tak *"od święta"*, ale stosować ją, to już inna rzecz. Ilu z nas, stosujących prawo, dokładnie przeczytało konstytucję? Bez tego szacunku dla prawa, również w cząstkowych elementach, w każdym momencie, nie będzie również szacunku dla ludzi, dla konsumentów.

Kolejny czynnik to funkcjonowanie aparatu państwa. Mam tu na myśli policję, sądy, prokuraturę. Nie powinno być np. tak, że oględziny wypadku drogowego są prowadzone kiepsko, z błędami. Jeśli nie zostaną przeprowadzone dobrze, nie ma już takiej siły, która mogłaby to wyrównać, dać satysfakcję klientowi, ponieważ wystąpią niejasne, czy sporne elementy, których już się nie da rozstrzygnąć. Wiem, że policja i prokuratura są zawałone sprawami, jestem ostatni, żeby totalnie krytykować ich działalność. Nie ma teraz czasu, żeby ten problem głębiej analizować.

Będąc jeszcze w Sejmie, kończyłem każde moje przemówienie o prawie policji i prokuraturze, wzorem rzymskiego *ceterum censeo*: *„jeśli nie będzie większych środków na to, to żadne przepisy, nawet*

*najdoskonalsze, nic tu nie pomogą*”. Trzeba to sobie wyraźnie powiedzieć. To samo dotyczy sądów. Ktoś tu stwierdził, że ubezpieczeni mają realną ochronę. Tak, to piękna teoria. Jest konstytucyjne prawo do sądu. Jaka jednak jest realna możliwość odzyskania pieniędzy w wyniku procesu, który będzie trwał 3, 4 lata, a może i dłużej? Czy Kowalski ma tyle pieniędzy, sił i umiejętności, aby taki proces wszczynać? Ochrona ubezpieczonych nie może dobrze wyglądać, jeśli prawo do sądu będzie miało taką, jak obecnie, materialną konkretyzację.

W tej chwili jesteśmy na etapie modyfikowania kształtu nadzoru, kompetencji ministra finansów. Jednakże, póki co, minister finansów wydaje i cofa zezwolenia na działalność ubezpieczeniową. Chodzi o odpowiednio wnikliwe podejście do tego, komu to zezwolenie dajemy. Czy istnieją materialne i inne przesłanki, aby dany podmiot takie zezwolenie otrzymał? I wreszcie trzeba też wskazać na kwestię cofania zezwolenia, odpowiednio szybkiego reagowania na sygnały.

Niezmiernie istotna jest też ogólna stabilność gospodarcza państwa. Jeżeli państwo nie będzie stabilne gospodarczo, to nie będą do niego wpływały tzw. uczciwe i porządne kapitały, gdyż nikt nie będzie inwestował tam, gdzie nie będzie gospodarczej stabilności. Będziemy mieli coraz częściej do czynienia albo z kapitałami niewielkimi, albo wręcz z kapitałem natury spekulacyjnej.

Stabilność gospodarcza to również stabilność dochodów, to kwestia wysokości inflacji. Nie uchronimy ubezpieczonych, jeśli nagle ta inflacja się zwiększy. Wszystkie te elementy należy dostrzegać i tak konstruować przepisy, aby chronić ubezpieczonych przed skutkami wspomnianej niestabilności.

Kończąc moje wystąpienie chciałbym podziękować autorom referatów oraz wszystkim, którzy zabrali i zabiorą głos w dyskusji. Mam nadzieję, że uwagi, które tu padły, staną się podstawą do przemyśleń, do powstania państwa własnych koncepcji.

Szczególnie dziękuję panom profesorom, znakomitościom na naszym prawnoubezpieczeniowym rynku. Dziękuję przedstawicielom zakładów ubezpieczeń. Mam nadzieję, że tego typu seminaria przyczynią się do naświetlenia spornych i trudnych problemów oraz do ich rozwiązywania.





# DYSKUSJA



**Cezary Gawlas, przedstawiciel Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń:** Chciałem sprostować informację dotyczącą liczby cofniętych zezwoleń na wykonywanie czynności przez agentów ubezpieczeniowych. Pan rzecznik był łaskaw wspomnieć o kilkunastu, gdy tymczasem, tylko w samym ubiegłym roku było ich 49 oraz 18 w toku rozpatrywania. W całym okresie działalności są to już liczby idące w setki.

**Prof. Eugeniusz Kowalewski, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu:** Najpierw chciałem dokonać pewnego sprostowania. Bardzo ciekawie brzmiały argumenty dotyczące produktów ubezpieczenia na życie, zostały też tutaj podsumowane pewne zakłady ubezpieczeń. Ale, jak już wspomniałem, chciałem koniecznie jedną rzecz sprostować. Nie stawiamy w jednym rzędzie dwóch zupełnie różnych zagadnień, to znaczy kwestii ubezpieczeń życiowych, rentowych, zawieranych przez PZU przed 1990 r. i tych zagadnień, które tu analizowano w kontekście ochrony konsumenta, gdy idzie o obecnie prowadzone ubezpieczenia na życie. Są to dwa zupełnie różne zagadnienia. Jeśli ktoś stawia je na wspólnej płaszczyźnie, to znaczy, że nie rozumie istoty problemu.

Przypomnę tylko, jak wyglądał system finansowy PZU. Nie wymyślono go w PZU, lecz został on ustawowo uregulowany, między innymi w ustawie z 1958 r. Tam zostało powiedziane, że nadwyżka bilansowa, którą osiąga PZU, ma być przekazywana w postaci dwóch form: lokat zwrotnych i bezzwrotnych, do budżetu państwa. Te pieniądze, nie z winy PZU, utknęły w budżecie, rozpląnęły się. Mówiąc obrazowo, myśmy je przejedli. Wtedy, gdy ówczesny rzecznik praw obywatelskich, pani prof. Łętowska, do której odnoszę się z ogromną atencją i estymą, słusznie podnosiła kwestię waloryzacji świadczeń z ubezpieczeń, była propozycja, aby o prawie 1000%, a nawet wyżej, zrewaloryzować te świadczenia, co by oznaczało upadek, bankructwo PZU.

Pytanie, co było lepszym rozwiązaniem, czy to, które przyjął ostatecznie Sąd Najwyższy w uchwale z 1992 r., która była rozsądnie wyważona, kazała bowiem uwzględnić interes obydwu stron i indy-

widualnie, czy też przyjęcie, tak jak chciała pani rzecznicz, uchwały o generalnej, totalnej waloryzacji, przeliczeniu tych świadczeń, co oznaczałoby upadek PZU? Jestem dumny z tego, że do Sądu Najwyższego napisałem obronę PZU i że ten argumenty zwyciężył. Widzę ich wyraźne echa w uchwale Sądu Najwyższego. PZU powiedział wówczas: *"Tak, możemy generalnie zrewaloryzować te wszystkie świadczenia, ale oddajcie nam nasze pieniądze"*. Było to niemożliwe.

Nie mylmy więc dwóch zagadnień. Tych, które są przedmiotem dzisiejszego spotkania i tutaj się zgadzam z ciekawymi wywodami, dotyczącymi tej względnej atrakcyjności produktów ubezpieczeń życiowych oraz problemu PZU Życie sprzed 1990 r.

Jeśli chodzi o ubezpieczenia na życie, to do mnie też przychodzi agent bardzo znakomitego zakładu ubezpieczeniowego i namawia mnie na bardzo znakomite ubezpieczenie życiowe. Do tej pory nie przekonał mnie on. I tu bym poprosił, aby inni konsumenci zachowywali się podobnie. Za każdym razem zadaję mu zadanie kalkulacyjne, finansowe: proszę mi przedstawić kalkulację, ile będę miał pieniędzy za okres ilu tam lat, płacąc składkę określonej wysokości, lub też ile będę musiał wpłacić jednorazowo, aby z tego od razu żyć?

Przez dwa lata nie zdołał mnie przekonać, że te produkty, które są oferowane na rynku, są dla mnie korzystne. Kiedy ja przeprowadziłem własną kalkulację, to wyszło mi, że jeśli będę lokował te pieniądze w banku na lokatach procentowych, to zawsze będę miał więcej. Nie krytykuję totalnie tych wszystkich produktów, być może w indywidualnych przypadkach jest inaczej.

Są trzy tematy, które chciałbym poruszyć. Jeśli idzie o ochronę konsumenta na rynku ubezpieczeniowym, to widzę tu taki algorytm: po pierwsze - dobre prawo, po drugie znajomość tego prawa, edukacja, świadomość ubezpieczeniowa i po trzecie egzekwowanie prawa.

Jeśli mówimy o dobrym prawie, to chciałbym podziękować prezesowi Polskiej Izby Ubezpieczeń i innym osobom, szczególnie zasłużonym w tworzeniu nowego prawa ubezpieczeniowego. Miejmy nadzieję, że owoce tych prac będziemy zbierać wszyscy. Niestety, nie ma nowego projektu dotyczącego umowy ubezpieczenia. Prawo ubezpieczeniowe jest złożoną gałęzią prawa, gdyż obejmuje nie tylko prawo cywilne, ale także prawo publiczne, prawo finansowe, prawo ad-

ministracyjne, a nawet częściowo prawo pracy i podatkowe, zaś prawo ubezpieczeniowe cywilne, czyli prawo o umowie ubezpieczenia, jest bez wątpienia najważniejszą dziedziną tego prawa.

Biorąc pod uwagę liczbę stosunków cywilnoprawnych, w skali roku jest ich zawieranych w Polsce ponad 100 milionów. To świadczy o tym, jaka jest waga cywilnego prawa ubezpieczeniowego. Tymczasem cywilne prawo ubezpieczeniowe jest w Kodeksie cywilnym w art. 850 i 834 z roku 1964, z niewielką kosmetyką w 1985 r. Jest to prawo nie pasujące do ubezpieczenia rynkowego, nie mówiąc już o standardach europejskich.

Z prof. Wojsiewiczem bardzo mocno akcentowaliśmy potrzebę opracowania nowego prawa o umowie ubezpieczenia, prawa nowoczesnego, rynkowego, to znaczy również chroniącego konsumenta w stopniu wyższym, niż to jest obecnie. Niestety, podobno nie ma środków na sfinansowanie tej niezwykle ważnej, a nawet najważniejszej ustawy.

Druga sprawa - znajomość prawa. Słynna w świecie polska szkoła prawa ubezpieczeniowego prof. Warkały, po śmierci nieodżałowanej pamięci prof. Wojsiewicza, zdaje się być w agonii. Cywilistyka umiera, jeśli idzie o prawo ubezpieczeniowe. Tymczasem jest tak, jak mówią Niemcy: "Kein cywilist, kein jurist". Ja zaś mówię, że ten, kto nie jest cywilistą, nie będzie dobrym znawcą prawa ubezpieczeniowego.

Prawdziwą kuźnię wielkich ubezpieczeniowców są uniwersyteckie wydziały prawa, kierunki cywilistyczne. Niczego przy tym nie umniejszam uczelniom ekonomicznym, które mają swoje zasługi, badają ubezpieczenia w innym aspekcie. Wystarczy zauważyć, że w okresie 55 lat po wojnie, zostały napisane tylko dwie habilitacje z zakresu cywilnego prawa ubezpieczeniowego. Doktoratów było bardzo niewiele. A więc polska szkoła prawa ubezpieczeniowego umiera. Powstało bardzo wiele szkół, także prywatnych, gdzie wykłada się wiedzę ubezpieczeniową.

Bardzo wielu pracowników ubezpieczeń legitymuje się dyplomami tych szkół. Tymczasem muszę powiedzieć, że nie rozumiem sposobu interpretacji przepisów prawa, dokonywanych przez te osoby. Nie rozumiem tych osób, tych szkół prawa ubezpieczeniowego. Dzisiaj oprócz ośrodka poznańskiego, przy skromnym wsparciu ze strony

ośrodka toruńskiego, ta polska szkoła prawa ubezpieczeniowego upada, ale, co gorsza, obserwuję też pewną pogardę dla prawa ze strony pracowników zakładów ubezpieczeń, zwłaszcza zakładów z kapitałem mieszanym. Ponieważ jestem nie tylko teoretykiem, staż ubezpieczeniowy mam kilkudziesięcioletni, mogę stwierdzić, że to nie jest tak, że to my, profesorowie, nie mamy zielonego pojęcia, co się dzieje w praktyce.

Muszę powiedzieć, że obserwuję, iż zakłady ubezpieczeń wykazują niezajomość cywilnego prawa ubezpieczeniowego, gdzie znajdują się między innymi standardy ochrony konsumenta. Pracownicy zakładów nie tylko nie znają polskiego prawa o umowie ubezpieczenia. Pogarda dla polskiego prawa przenosi się również na ogólne warunki ubezpieczenia. Mam ścisły kontakt z praktyką, jestem konsultantem spraw ubezpieczeniowych największych przedsiębiorstw w Europie Środkowej.

Muszę stwierdzić, że pojawiają się agenci i brokerzy, którzy nie tylko nie posługują się polskimi warunkami ubezpieczeń, ale wręcz proponują zagraniczne warunki, w wersji oryginalnej, angielskiej, w ogóle ich nie tłumaczą. Są one zresztą często niezrozumiałe dla nich samych. Warunki te są sprzeczne z polskim prawem.

Kiedy na różnych gremiach rozmawiam ze swoimi słuchaczami, pracownikami zakładów ubezpieczeń i pytam, kto z was zna przynajmniej dwa przepisy, które każdy ubezpieczeniowiec znać powinien: art. 807 Kodeksu cywilnego, mówiący, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z przepisami niniejszego tytułu są nieważne oraz artykuł, który mówi o 30-dniowym terminie spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego, okazuje się, że 99% pracowników o tym nie wie. A jakie szkoły oni pokończyli, jakie mają dyplomy!

Opiniuję bardzo wiele problemów prawnych dotyczących szkód, zwłaszcza umów zawieranych przez agentów. Wedle mojej opinii, mego doświadczenia, każda umowa ubezpieczenia, zawarta za pośrednictwem agenta, jest zawarta błędnie. Każda ma mankamenty. Proszę mi pokazać taką umowę zawartą przez agenta, która nie posiada mankamentów prawnych. Nie znalazłem takiej umowy. O czym to

świadczy? Błędy w doborze pracowników, błędne szkolenia, nieefektywne. Coś tu nie gra.

Dzisiaj ukazało się w ważnych krajowych dziennikach ogłoszenie na temat konkursu na dyrektorów inspektoratów wielkiego zakładu ubezpieczeń. Wymagania: wiek, wykształcenie itp. A na koniec: "*Mile widziana znajomość prawa ubezpieczeniowego*". A więc to nie jest sprawa ważna. To jakieś dodatkowe hobby.

Walczyliśmy z prof. Wojsiewiczem o wymóg doręczania ogólnych warunków ubezpieczeń. Przepisy nie są w tej chwili najgorsze. Odpowiadają w tym zakresie standardom europejskim. Problemy tkwią w stosowanej praktyce. Niedawno zawierałem umowę ubezpieczenia samochodowego u dealera samochodowego, który jest zwolniony z obowiązku wykonywania czynności agencyjnych przy pomocy osób posiadających zezwolenia. Nie doręcza mi ogólnych warunków, nie przedstawia mi ani pełnomocnictwa, ani zwolnienia z obowiązku posiadania takiego zezwolenia.

Mówię mu: czy pan wie, że naruszył pan co najmniej dwa przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej? Odpowiedział mi: "*Tak, wiem, ale nie mam ogólnych warunków ubezpieczeń, nie chce mi się iść po nie do zakładu ubezpieczeń*". Jeden z największych zakładów ubezpieczeń w Toruniu wręcz zakazał doręczania ogólnych warunków ubezpieczeń swoim agentom. To jest skandal. Rozumiem, że gdybym ujawnił ten zakład, te osoby, to pani prezes Wałcerz pewnie zareagowałaby bardzo silnie. Dlatego nie wymienię tych osób. Ale takie są realia.

I wreszcie kwestia egzekucji prawa. Nie wystarczy mieć dobre prawo. Nie wystarczy znajomość tego prawa. Musi być jego efektywna, szybka egzekucja. Podam przykład. Prowadzimy wspólnie z kolegami prawnikami wielką sprawę ubezpieczeniową cywilną. Siódmy rok i jesteśmy właściwie na początku sprawy, ponieważ mamy ponowne uchylene i jesteśmy w warszawskim sądzie I instancji. Trwa to, jak powiedziałem, siedem lat! Akurat nasz klient, wielki koncern, to wytrzyma, ale ten zwyczajny, biedny ubezpieczający tego nie wytrzyma. Samo wyterminowanie sprawy w warszawskim sądzie cywilnym trwa do dwóch lat. To jest skandal, kpina z wymiaru sprawiedliwości! Dlatego zakłady ubezpieczeń wykorzystują swoją przewagę



także procesową wiedząc, że ubezpieczony uprawniony pójdzie na wszystko, byleby nie zwracać się do sądu. Nikomu nie życzę, aby się procesował w sądzie polskim, zwłaszcza w sądzie warszawskim, bo tego procesu, a potem wyroku, po prostu może nie doczekać, a jeśli nawet doczeka, to nie wiadomo, czy jego kontrahent będzie jeszcze istniał.

**Ryszard Zelwiański, Dyrektor Biura Rzecznika Praw Obywatelskich:** Chciałbym coś sprostować. Wniosek pani prof. Łętowskiej sprowadzał się do tego, by uznać, że renty odroczone natychmiast płatne oraz zaopatrzenie dzieci mogą być zmienione na podstawie art. 358 ze znaczką prim, par. 3. Nikt więc nie zmierzał do obalenia PZU, a pozostawiał możliwość swobodnej oceny sądu.

Gdyby pan profesor był łaskaw i zagłębił się w dokumenty, to by stwierdził, że rzecznik praw obywatelskich, pani prof. Łętowska, zanim w ogóle podjęła rozmowy na ten temat, występowała do rządu o doinwestowanie PZU po to, by mogło spełnić swoje społeczne zobowiązania, ponieważ, jak orzekł Sąd Najwyższy, te ubezpieczenia mają charakter także ubezpieczeń społecznych.

**Prof. Eugeniusz Kowalewski, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu:** Nie ma między nami różnicy zdań. Ja po prostu stosowałem pewne skróty myślowe, mówiłem o nieco innym piśmie pani prof. Łętowskiej. To, które posiadam i na które ripostowałem, było pismem do prezesa Strzembosza, ówczesnego pierwszego prezesa Sądu Najwyższego. Jest to, jak powiadam, inne pismo niż wspomniane przez pana dr Zelwiańskiego. W piśmie tym zawarta była ogólna charakterystyka tych wszystkich ubezpieczeń, nie tylko rent odroczone, była tam też ta sugestia o możliwości przeprowadzenia takiej totalnej rewaloryzacji. Mówimy pewnymi skrótami, przepraszam, że tak wyszło, ale nie różnimy się, jeśli idzie o znajomość rzeczy.

**Jerzy Krajewski, redaktor miesięcznika „Twój Pieniądz”:** Do naszej redakcji przychodzą klienci, którzy czują się oszukani przez ubezpieczycieli, szczególnie jeśli chodzi o ubezpieczenia na życie.

Chciałbym mówić o ubezpieczeniu z funduszem inwestycyjnym, które jest, moim zdaniem, prowadzone niezgodnie z prawem. Ubezpieczeniowe zakłady naruszają ustawę o funduszach inwestycyjnych. Jeden z jej artykułów mówi, że tylko fundusze licencjonowane przez Komisję Papierów Wartościowych i Giełd, mogą używać nazwy "fundusz inwestycyjny", a ubezpieczyciele prowadzą taką działalność bez zgody Komisji Papierów Wartościowych i Giełd.

Próbowałem wyjaśnić tę sprawę w Komisji, prosiłem nawet, aby skierowała ona tę sprawę do prokuratora z uwagi na naruszenie jednego z przepisów ustawy. Niestety, Komisja Papierów Wartościowych i Giełd odmówiła, argumentując, że opinie prawników w tej sprawie są różne. Nie zdradzono mi, w posiadaniu opinii jakich to prawników jest Komisja. Moim zdaniem, sprawa jest poważna, dotyczy kilkuset tysięcy osób korzystających z tych polis z funduszem inwestycyjnym i kwot sięgających 1, a może nawet 2 mld zł. Ci ludzie są oszukiwani, szczególnie w początkowym okresie.

Ogólne warunki ubezpieczenia nie wspominają o tym, ale w pierwszych dwóch latach, każdy klient, który wykupił taką polisę, posiada zaledwie połowę wpłaconych przez siebie pieniędzy. Te polisy są traktowane, jako jedna z form oszczędzania, a nie ubezpieczenia. Kończy się to w ten sposób, że ludzie mają połowę wpłaconych wcześniej sum. Przyszła do mnie rodzina, która wykupiła 4 polisy w PZU Życie, wydając na ten cel 12 tys. zł. Po trzech latach mąż stracił pracę, ci państwo chcieli więc te pieniądze wycofać. Okazało się, że z tych polis mają tylko 6 tys. zł., czyli połowa pieniędzy - przepadła. Ludzie ci nie zdawali sobie z tego sprawy, że takie są konsekwencje.

Agenci PZU Życie, nie powiedzieli im, że tak to jest, że w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczalnia pobiera tak wielkie prowizje dla siebie, na swoją działalność, na koszty administracyjne, iż w efekcie ludzie, którzy się ubezpieczyli, mają tylko połowę oszczędności. Później się to poprawia. Zrobiłem symulację dla polis w dwu wariantach: polisa z funduszem inwestycyjnym i polisa terminowa, plus oszczędzanie w obligacjach.

Z symulacji tej wynika, że w każdym roku, przez 20 lat, korzystniejszy jest dla klienta ten drugi wariant. Tu jest coś nie tak. Ludzie po prostu o tym nie wiedzą, są oszukiwani. Moje drugie pytanie dotyczy

następującej kwestii: czy organ taki, jak Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, może zmusić zakłada ubezpieczeń do tego, by przestrzegał prawa, w tym wypadku ustawy o funduszach inwestycyjnych? Chodzi mi o to, by te wszystkie fundusze, które prowadzi Commercial Union, Nationale Nederlanden i inne towarzystwa ubezpieczeniowe, były prowadzone za zgodą Komisji Papierów Wartościowych i Giełd, żeby firmy te informowały klientów o tym, jakie mają oni aktywa, w co ich pieniądze zostały zainwestowane, aby taka informacja była klientom dostarczana np. co pół roku.

Chciałbym też zapytać o to, w jaki sposób można zmusić agentów do uczciwego informowania przez nich klientów o tym, co im proponują. Często jest tak, że agenci wprowadzają klientów w błąd.

Ostatnio robiliśmy badanie rynku polis z funduszami i okazało się, że większość agentów przysyłała symulacje, w której były zawyżane stopy zwrotu. Na przykład pewien agent napisał, że w ciągu 20 lat towarzystwo osiągnie 16% roczną stopę zwrotu. Moim zdaniem, kiedy spadnie inflacja, stopy procentowe w Polsce będą spadały. Wówczas zaś niemożliwa jest do osiągnięcia taka stopa zwrotu.

Efekt, niestety, jest taki, że klient się jednak na to nabiera. Myśli, że wpłaci niedużo, a potem będzie miał np. 300 tys. zł. Nie wie, że nie będzie miał takiej sumy, bo towarzystwo nie osiągnie 16% stopy zwrotu, a np. a 3%. Kiedy się przyjmuje tak wielką stopę zwrotu, to przy okazji ukrywa się te wysokie opłaty, które są pobierane w pierwszych latach.

Przedstawiciel PUNU powiedział, że nie można pociągnąć do odpowiedzialności cywilnej agentów, którzy wprowadzają klientów w błąd. A czy można ich pociągnąć do odpowiedzialności karnej? Art. 286 Kodeksu karnego mówi wyraźnie, że kto doprowadza do niekorzystnego rozporządzenia mieniem inną osobę, wprowadzając ją w błąd czy wykorzystując to, że ona sama nie potrafi rozpoznać przedsiębranego przedsięwzięcia, podlega karze nawet do 6 lat więzienia. Czy któryś z agentów ubezpieczeniowych był ścigany z tego artykułu o oszustwo? Moim zdaniem z art. 286 można ścigać wszystkich prezesów funduszy inwestycyjnych towarzystw ubezpieczeniowych, gdyż bezprawnie wykorzystują nazwę "fundusz inwestycyjny", wpro-

wadzając tym samym w błąd klientów. Czy mam rację, czy można ich ścigać z tego artykułu Kodeksu karnego?

**Andrzej Gładysz, przedstawiciel Commercial Union:** Firmy takie, jak Commercial Union, bardzo otwarcie przyjmują inicjatywy tego rodzaju, jak seminarium, które się dziś odbywa. Wbrew temu obrazowi, jaki na podstawie niektórych wypowiedzi mógł powstać, firmy ubezpieczeniowe to nie są złodzieje lub oszuści, chcący za wszelką cenę wyłudzić pieniądze od ubezpieczonych, ale normalne podmioty gospodarcze, które prowadzą działalność w celu osiągnięcia zysku - to prawda - ale zgodnie z przepisami prawa i z zasadami etycznymi, które obowiązują w tym zawodzie. Firmy takie jak moja istnieją na całym świecie od wielu dziesiątków, a nawet setek lat i nie mogą sobie pozwolić na to, by lekceważyć interesy i oczekiwania klientów, ponieważ żyją z klientów. Jeśli firmy będą działały przeciwko interesom klientów, to oni się od firm odwrócą i firmy przestaną zarabiać i istnieć.

Jeśli chodzi o polski rynek ubezpieczeń, to są już na nim obecne wszystkie najważniejsze firmy ubezpieczeniowe na świecie. To powoduje, że konkurencja zmusza każdą z firm ubezpieczeniowych do tego, by klienta zachęcić jak najatrakcyjniejszą ofertą. Taką, która jest korzystna również dla klienta, a nie tylko dla zakładu ubezpieczeń. Jeżeli zaś jest dla klienta niekorzystna, to on z takiej oferty nie skorzysta i pójdzie do innej firmy, która zaoferuje lepsze warunki.

Jeśli chodzi o świadomość ubezpieczeniową, to najlepszym dowodem na to, iż nam zależy, aby ją kształtować, jest to, że Commercial Union jest członkiem wspierającym Federacji Konsumentów i finansuje badania przez nią prowadzone. Może nie do końca były one prowadzone obiektywnie, ale zależy nam na tym, aby każda opinia się na rynku pojawiła. Trzeba dyskutować, tyle, że powinno się to odbywać bez emocji, w sposób obiektywny. Moim zdaniem najważniejsze są dwie sprawy. Pierwsza z nich to rozwój świadomości ubezpieczeniowej i nie zgadzam się ze stwierdzeniem pana Kuczyka z Federacji Konsumentów, że nic nie da się w tej sprawie zrobić. To jest jedno z najważniejszych zadań Federacji Konsumentów i innych instytucji, powołanych do ochrony ubezpieczonych.

Druga ważna kwestia to szkolenia i zatrudnianie agentów ubezpieczeniowych, czyli tych osób, które przedstawiają klientowi ofertę. Wiadomo, że występuje tu pewien konflikt interesów. Agentowi zależy na prowizji i będzie robił wiele, by odsunąć klienta od bardziej szczegółowych, trudnych pytań. Dlatego też za wszelką cenę będzie chciał tę ofertę zdobyć. Najważniejszym zadaniem dla zakładów ubezpieczeń jest takie przygotowanie agentów oraz takie ustawienie procedury kontrolnej w samej firmie, by tego typu sytuacje ograniczyć do minimum, o ile, oczywiście, jest to możliwe.

Wiadomo, że jeśli dyskutuje się na temat ubezpieczeń na życie, to trzeba pamiętać, że ustawodawca dał kilka możliwości zarówno klientom, jak i zakładom ubezpieczeń. Nie można mieszać ubezpieczeń z funduszami inwestycyjnymi, z ubezpieczeniami na życie. Jest to zupełnie coś innego. Trzeba pamiętać, że ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym mają do spełnienia dwie role: ochronę życia i inwestowanie części kapitałowej. Nikt, kto przeczytał ogólne warunki ubezpieczeń, nie może się dziwić, że po pierwszych dwóch latach w ubezpieczeniu na życie z funduszem inwestycyjnym, niewiele się dostaje w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia. Ta umowa polega na długoterminowym oszczędzaniu.

Dopiero po wielu latach można uzyskać prawidłowe świadczenia. Natomiast przez pierwsze dwa lata trwa ochrona ubezpieczenia. Pewną demagogią jest mówienie, że ktoś wpłacił np. 5 tys. zł, a potem, po dwóch latach, otrzymał tylko 2,5 tys. zł. Przez cały ten czas, ta osoba miała ochronę życiową, gdyby zmarła, jej rodzina otrzymałaby pełną sumę ubezpieczenia, czyli 300, 400 tys. zł, w zależności od tego, jaka kwota została określona w umowie. Jest to pewne ryzyko obu stron: jeśli ktoś umrze wcześniej, zakład wypłaca odszkodowanie i on na tym traci, jeśli zaś ktoś dłużej się ubezpiecza i wpłaca składkę, wówczas zarabia na tym zakład ubezpieczeń.

Jeśli chodzi o skargi, które napływają, to wbrew temu, co tu zostało powiedziane, w przypadku na przykład mojej firmy, która ma ponad 1 mln 100 tys. klientów, tych skarg jest stosunkowo niedużo. Jeśli chodzi o skargi wpływające do PUNU, to było ich 9. Wygrywamy zdecydowaną większość spraw prowadzonych w sądzie przeciwko Commercial Union i nie jest to tylko kwestia, że kogoś nie stać na

sądzenie się. Nasi klienci z reguły są zwolnieni z kosztów, ze względu na ich sytuację finansową. Sąd jest tym ostatecznym ciałem, które może rozstrzygnąć wątpliwości. To nie jest tak, że przepisy są jasne, a to tylko zakłady ubezpieczeń opóźniają wypłaty odszkodowań. Tak się też czasem dzieje, ale nie zawsze.

Troszeczkę zmienia się obecnie sytuacja prawna stron umowy ubezpieczenia. Otóż, coraz częściej umowa ubezpieczenia nie jest umową adhezyjną, lecz normalną, negocjowaną umową kontraktową. Najlepszym przykładem są umowy ubezpieczenia grupowego, zawierane w ramach tzw. III filaru, czy raczej tego, co będzie III filarem. W procesie wyboru firmy ubezpieczeniowej odbywa się normalny przetarg, firmy ubezpieczeniowe konkurują zarówno warunkami ubezpieczeń, jak i stawkami. Wybierany jest ten zakład, który dla danego klienta jest najbardziej atrakcyjny. Wówczas klient decyduje, kogo wybiera i na jakich warunkach. Coraz częściej więc klient może sam wpływać na to, jaka jest umowa ubezpieczenia.

**Danuta Walcerz, Prezes Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń:** Przedmiotem naszego seminarium jest ochrona konsumenta na rynku ubezpieczeń. Chciałabym poruszyć problem pośrednictwa. Sadzę, że jest to źle skonstruowany system. Mamy pewne doświadczenia, które wskazują, że ustawodawca nie do końca przemyślał sprawę funkcji, jaką przypisał organom rządowym. Wydajemy zezwolenia trochę tak jak prawa jazdy, którymi wprawdzie osoby się legitymują, ale nie wszystkie jeżdżą. Podobnie jest w przypadku tych zezwoleń, które w takiej masie wydaliśmy.

Tak naprawdę, agent działa w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. W związku z tym, to zakład ubezpieczeń - i to powinno być silnie podkreślone w przepisach prawnych - odpowiada za przeszkolenie i ma obowiązek kontrolowania go. Zakład ubezpieczeń wykonuje cały szereg czynności. To jest nie tylko pozyskiwanie ubezpieczeń, ale także likwidacja szkód.

Coraz częściej zakłady ubezpieczeń likwidację szkód delegują również na zewnątrz. Będzie więc nam się pojawiać likwidator, który będzie działał w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń i będzie miał bezpośredni kontakt z klientem. Trzeba więc coś zrobić, abyśmy rze-

czywiście tę sprawę "wyprostowali" i wiedzieli, że odpowiada zakład ubezpieczeń. Chcąc mieć dobre wyniki musi on zadbać o to, aby się nie zdarzały te sytuacje, które przy obecnym systemie prawnym się zdarzają. Nawet w momencie, kiedy dowiemy się, że ktoś z zewnątrz źle działa, nie możemy cofnąć takiego zezwolenia, bo musimy to robić *via* zakład.

Przyzwyczailiśmy się do tradycyjnej formuły sprzedaży ubezpieczeń za pośrednictwem agenta. Wiele się jednak zmienia i za chwilę będziemy mieli do czynienia z kolejnym problemem: sprzedażą poprzez Internet. Mówi się, że to daleka przyszłość, ale to nieprawda. Za chwilę będziemy mieli urządzenia, które będzie można podłączyć do telewizora, a to umożliwi korzystanie z Internetu. Polacy bardzo lubią takie nowości i z pewnością Internet stanie się kanałem dystrybucji, który musi być jakoś kontrolowany lub nie. Zastanówmy się więc, czy państwo rzeczywiście ma kontrolować dystrybucję ubezpieczeń, za pomocą jakich metod, jakie warunki nałożyć na firmy ubezpieczeniowe, które oferują swoje produkty i podpisują umowy.

W tej chwili widzę na rynku bardzo negatywną formą sprzedaży. Chodzi mi o multiagentów. To jest dla klienta najbardziej szkodliwe ze wszystkich form pośrednictwa. Poza tym, że związane z tym jest niedoinformowanie klienta, to jest to zbudowane w postaci piramidy. Na czele jest ktoś, kto wymyślił sobie ten interes, potem jest 4, 5 lub 6 pokładów zarządzających, ludzi, którzy też żyją z prowizji, naganiaczy do firmy, a więc tych, których nazywa się pośrednikami. Bliższe prawdy jednak byłoby nazwanie ich nie pośrednikami, a naganiaczami. W praktyce zagranicznej, w wielu jurysdykcjach, nie dopuszcza się do oferowania usług finansowych, nie tylko ubezpieczeniowych, przez takie właśnie organizacje, gdyż one żyją kosztem klienta. Klient nie może oczekiwać dobrych rezultatów swojej inwestycji, jeśli obsługuje go taka organizacja. Na ten problem zwracali mi uwagę koledzy z europejskich urzędów nadzoru, jak też Amerykanie, którzy mają bardziej wyrafinowane formuły dystrybucyjne i większe doświadczenie.

To jest u nich zapisane w ustawie o ochronie konsumenta, a nie w ustawie ubezpieczeniowej, ponieważ ten proceder dotyczy szerokiego kręgu usług finansowych. Taka forma może się pojawić również przy

dostępie do funduszy inwestycyjnych, bo już się mówi, że fundusze inwestycyjne będą mogły być sprzedawane za pośrednictwem takiej sieci, z jakiej korzystały dotychczas firmy ubezpieczeniowe. Musimy zbudować pewien system bezpieczeństwa dla klientów, oparty na prawie konsumenckim. Nie powinno być tak, że indywidualnie reguluje to sobie każdy obszar rynku finansowego. Nie możemy na to pozwolić.

W związku z tym, że trwają prace legislacyjne, występowałam o uwzględnienie tego elementu. Może organizacje konsumenckie nie czują tego, jak ta forma jest szkodliwa dla klienta, a to naprawdę nie jest troska o klienta, to zupełnie coś przeciwnego. Trzeba mieć świadomość tego, że takie zachowania istnieją. Wówczas mogą wystąpić przypadki, o których wspominał pan Kuczyk. Skądinąd wiem, że pan Kuczyk jest agentem i to na rzecz wielu firm, a może nawet multiaгентem, stąd pochodzi być może jego dobra znajomość ogólnych warunków ubezpieczeń. Rozumiem, że pan Kuczyk nie oferuje nagannych rozwiązań swoim klientom, ale bez wątpienia ta znajomość rzeczy pomaga mu, jako przedstawicielowi Federacji Konsumentów w zapewnieniu klientom ochrony.

Jeśli chodzi o pytanie, które zadał przedstawiciel prasy w sprawie funduszy inwestycyjnych, to ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym zostało w naszej ustawie zapisane w 1990 r., a więc znacznie wcześniej, niż powstała ustawa o funduszach inwestycyjnych, która się datuje rokiem 1997. Tam, zgodnie z dyrektywami, bo nasza ustawa w większości konsumowała już dyrektywy, które wówczas zostały wypracowane przez Unię Europejską, było zapisane, że istnieje ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym, w odróżnieniu od normalnego ubezpieczenia, oferowanego przez firmę ubezpieczeniową, gdzie o tym, jak lokowane są środki z polisy, decyduje zakład ubezpieczeniowy. W ubezpieczeniu z funduszem inwestycyjnym, o tym, jak będą inwestowane środki, decyduje sam ubezpieczony, podpisując odpowiedni regulamin lokowania i ten regulamin obowiązuje obie strony umowy, a więc zarówno zakład ubezpieczeniowy, jak i klienta. I nie ma tu żadnego oszustwa. To jest normalny wybór firmy ubezpieczeniowej.



Jeśli zaś chodzi o nazwę, to była duża dyskusja w innej komisji sejmowej. Nazwa "fundusze inwestycyjne" pojawiła się w 1997 r. W Unii Europejskiej nie ma pojęcia instytucji osoby prawnej, która by się nazywała "fundusz inwestycyjny". W Unii Europejskiej mamy pojęcie spółek wspólnego inwestowania. Komisja Papierów Wartościowych i Giełd wiedząc o tym, że ta nazwa nie jest chyba najszcześniejsza dla istniejących funduszy inwestycyjnych, próbuje znaleźć jakieś porozumienie, aby dopuścić produkty ubezpieczeniowe, które mają swoją, już ośmioletnią, historię. Gdybyśmy chcieli zmienić tę nazwę, mogłoby to spowodować utratę zaufania do firmy ubezpieczeniowej.

Po prostu, chronologicznie pojęcie to zaistniało w prawie wcześniej niż same fundusze inwestycyjne. Jakies rozwiązanie na pewno się znajdzie.

**Jerzy Wysocki, Prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń:** Nie będzie truizmem stwierdzenie, że dla każdego ubezpieczyciela, dla każdego systemu ubezpieczeń, podstawowym celem działalności jest zagwarantowanie klientowi bezpieczeństwa i poczucia zadowolenia. Mówię, iż nie jest to truizmem, gdyż bez zadowolonego i bezpiecznego klienta, na dłuższą metę żaden system ubezpieczeniowy istnieć nie może. Jeśli ktokolwiek, kto jest związany z tego rodzaju działalnością, uważa inaczej, to znaczy, że działa na własną szkodę, czyli na szkodę systemu ubezpieczeniowego.

Chciałbym powiedzieć, że podobnie jak inne systemy na świecie, polski system ubezpieczeniowy, choć może jeszcze w niezbyt doskonałym stopniu, musi stosować i aprobować zasadę pierwszego, najważniejszego kierunku działania, czyli właśnie dążenie do zapewnienia klientowi bezpieczeństwa i poczucia zadowolenia.

Wydaje mi się, że organizatorom dzisiejszego seminarium należy się szczególna wdzięczność, ponieważ to spotkanie zostało zorganizowane w interesie całego systemu ubezpieczeniowego w Polsce, a więc także w interesie zakładów ubezpieczeń, a nie tylko klientów. Tak, jak już wspomniałem, bez zadowolonego i bezpiecznego klienta ten system nie ma szans istnienia, gdyż przyjdą firmy, które tego klienta po prostu przejmą.

Z dotychczasowych wypowiedzi wynika, że przedmiotem wystąpienia nie był klient zadowolony, bo taki nie zwraca się do Rzecznika Ubezpieczonych ani do Federacji Konsumentów, ale klient niezadowolony, mający poczucie krzywdy. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że w Polsce każdego miesiąca podpisuje się kilkaset tysięcy, a niekiedy kilka milionów umów ubezpieczeniowych i z tej liczby 30 lub 40 niezadowolonych zwraca się do Rzecznika Ubezpieczonych, to pytam, jaki to jest ułamek procenta w stosunku do liczby zawieranych umów? Oczywiście, nawet i tych 30 lub 40 spraw mieć miejsca nie powinno, jeśli skarżący się mają obiektywnie rację, jeśli z tych skarg wynikają systemowe błędy lub rozwiązania prawne czy faktyczne działające na szkodę klientów. Przykładem może być sprawa poruszona już dziś przez pana dr Zelwiańskiego: starego portfela ubezpieczeń. Setki tysięcy ludzi, nie z własnej winy, czuje się dziś oszukanych.

Ale też powstaje pytanie: czy z winy ubezpieczyciela? Jeśli nie, to zespólny wysiłki, na ile to jest możliwe, i doprowadźmy do tego, aby zmniejszyć to niezadowolenie i poczucie krzywdy klienta. Byłem świadkiem, jak, były już teraz, prezes PZU Życie był ćwiczony przez przedstawicieli właścicieli tej firmy - a mam na myśli nie PZU SA, lecz Świętokrzyską 12 - dlaczego nie rozwiązał problemu starego portfela. Odpowiedź była prosta, choć też zawierała pytanie: a czy to PZU zafundowało sobie 1000% inflację i brak rewaloryzacji wkładów, przejmowanie środków do budżetu państwa? Jeśli budżet państwa i państwo, w tym także Sejm, był uprzejmy pod naciskiem społecznym rozwiązać problem przedpłat na samochody, a także książeczek mieszkaniowych - a rozwiązano ten problem z kieszeni podatników - to czemu odwrócił się tyłem do tej części systemu finansowego, jaką są ubezpieczenia?

W takim razie adresujemy nasze uwagi, skoro jesteśmy tu, w tym miejscu, do właściwego adresata, to znaczy do rządu i Sejmu, postulat, by naprawić autentyczną szkodę i podbudować zaufanie do systemu ubezpieczeń. Z drugiej strony powiedzmy sobie szczerze, to właśnie PZU zawarło ileś tam setek ugód, zaakceptowanych przez sądy. Nikt by wszak nie kupił 30% akcji tego przedsiębiorstwa, gdyby między innymi nie było rozwiązanego problemu starych rent, by nie stanowiły one zagrożenia dla wypłacalności PZU.

I kolejna kwestia, która zdominowała nasze spotkanie - ubezpieczenia na życie. Z przykrością muszę powiedzieć, że to, o czym dziś mówił przedstawiciel Federacji Konsumentów, znane mi jest co najmniej od listopada 1999 r., z gazety pod nazwą "Trybuna". Dziennikarz uzyskał informacje, nie wiem skąd, bo przecież tego nie dochodziłem, takie z grubsza, o jakich dziś mówił pan Kuczyk. Jako samorząd ubezpieczeniowy zwróciliśmy się do Federacji, aby nam udostępniła swoje materiały. To są przypadki jednostkowe, które przecież nie muszą świadczyć o tym, że cały system lub wszystkie produkty ubezpieczeniowe są do niczego. Być może skrzywdzono konkretną osobę przez przypadek, przez błąd w sztuce, słowem z różnych powodów. Aby to wyjaśnić, trzeba wiedzieć, jak było rzeczywiście. Do dzisiaj nie otrzymaliśmy ani takiego opracowania, ani informacji choćby po to, byśmy mogli zastanowić się z kolegami z zakładów ubezpieczeń, czy może rzeczywiście coś nie gra.

Bo czasem nawet sprawdzony, dobry produkt amerykański czy angielski może nie być na polskim rynku produktem trafionym. Jeśli będziemy pewnymi szczegółami epatować dziennikarzy w mediach, którzy potem zaopatrują swoje artykuły bardzo bulwersującymi tytułami, jak na przykład: "*Skandaliczne praktyki firm ubezpieczeniowych*", to nie prowadzi to na pewno do tego, żeby te skandaliczne praktyki ukrócić, bo nadal nie wiadomo, o czym konkretnie mówimy. Jest sposób, aby tego rodzaju spraw uniknąć. Składam ofertę skierowaną do tych, którzy reprezentują klientów, ubezpieczonych, odbycia chociaż raz w roku spotkania po to, by przedyskutować powstające wątpliwości i problemy.

Nie ma sensu się obrażać, bowiem to nie jest prawda, że nawet najlepiej prowadzony zakład nie będzie popełniał błędów. Nie jest też prawdą, że najlepiej przeszkolony agent jest ideałem człowieka. Różnym ludziom na różnych stanowiskach zdarza się, że chęć zdobycia pieniędzy przesłania inne wartości, podobnie może być z agentem. W naszym interesie jest, ażeby klient czuł się bezpiecznie i był usatysfakcjonowany.

Dyskutowaliśmy w tym budynku kwestie ubezpieczeń na życie, połączonych z funduszem inwestycyjnym. Na szczęście posłowie wykazali tak wiele zrozumienia dla tych problemów, że przy różnicy

zdań, mimo wszystko, udało się wypracować pewien system pojęciowy, który określa problemy w sposób jednoznaczny. Trzydzieści lat działa produkt ubezpieczeniowy - ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym w Stanach Zjednoczonych, od dwudziestu paru lat w Anglii, a w Polsce od lat dziesięciu. Gdy powstawał u nas, nikt nie myślał jeszcze o żadnych funduszach inwestycyjnych, nie było takiego pojęcia. W 1994 r. pojawiło się w Polsce pojęcie "fundusz powierniczy". W polskim prawie ubezpieczeniowym nie wolno do dzisiaj lokować pieniędzy w funduszach inwestycyjnych, tylko w powierniczych, bo tak to zostało zapisane. Moim zdaniem, nie ma żadnych sprzeczności, jedno oznacza nazwę produktu ubezpieczeniowego, a drugie podmiot prawa. Trzeba jednak przyznać, że nieliczni dziennikarze, nieliczne redakcje i niektórzy prawnicy szukają problemu tam, gdzie go naprawdę nie ma.

**Ewa Kulesza, Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych:** Zdaję sobie sprawę z tego, że problemy, które przedstawię, są blahe w świetle referatów i informacji już tu przedstawionych. Niemniej uważam, że i na te sprawy należy zwrócić uwagę. Są to trzy grupy tematów i przyznam szczerze, że moje opinie nie będą być może obiektywne, gdyż są kształtowane na podstawie skarg napływających do Biura Generalnego Inspektora Danych Osobowych. Ta grupa skarg jest jedną z najliczniejszych.

Pierwsza grupa zagadnień związana jest z zakresem danych, żądanych przez zakłady ubezpieczeniowe. Muszę powiedzieć, że w kwestionariuszach zawieranych umów zakres danych wskazuje na jakąś niepoohamowaną żądcę zakładów ubezpieczeniowych zbierania maksymalnej ilości danych zupełnie nieuzasadnionych zakresem ubezpieczenia. Tutaj dochodzą do tego jeszcze klauzule bardzo niebezpieczne, które staramy się zwalczać. Naruszają one obowiązujące przepisy prawa. To słynna już klauzula, którą wielokrotnie podawałam do wiadomości: *"Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, wszystkich lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, a także inne osoby, dysponujące danymi o moim stanie zdrowia, do udzielania wszelkich informacji" itd., itp.*"

Oczywiście jest to klauzula, która w praktyce nie powinna odnosić żadnego efektu, ponieważ ustawa o zawodzie lekarza mówi, na jakich zasadach lekarz może udzielać informacji o pacjencie, że musi być spełniony wymóg wcześniejszego poinformowania pacjenta o skutkach udzielenia informacji. Chciałabym zwrócić uwagę na jeszcze jeden element tej formułki, mówiący o możliwości pobierania informacji od wszelkich osób dysponujących danymi o stanie zdrowia osoby mającej zawrzeć umowę.

Powstaje wobec tego pytanie: od kogo ma być pozyskiwana ta informacja: od sąsiadów, od pracodawcy, od jakichś innych podmiotów, które już nie będą związane tajemnicą lekarską, a zatem mogą takim udzieleniem informacji wręcz wyrządzić szkodę osobie, która taką klauzulę podpisała? Ponieważ prowadzimy bogatą korespondencję z zakładami ubezpieczeniowymi, przyznam, że uzyskujemy pewne efekty. Zmieniła się klauzula w kwestionariuszach PZU Życie. Najlepsze efekty osiągnęliśmy w sporach z Commercial Union i poczytuję sobie za swój sukces to, że klauzula została poprawiona.

Przyznam, że czekałam na wsparcie innych podmiotów, które niestety odpowiedziały mi, że zakłady ubezpieczeniowe mają prawo sprawdzać wiarygodność lub stan zdrowia klientów, po to, by obniżyć swoje ryzyko ubezpieczeniowe. To chyba nie do końca jest tak. Stąd moja prośba, skierowana do podmiotów publicznych, by zwracały uwagę na tego typu zapisy i klauzule, bo jeśli nawet taka klauzula zostaje zastosowana, to nie może być ona nieograniczona terminem, zakresem, wskazaniem podmiotów, które miałyby udzielać informacji. Jeśli porównujemy podobne kwestionariusze, zawarte w ankietach lub kwestionariuszach zachodnich, to tam pewne ograniczenia są, na przykład: trzyletnim terminem badania zdrowia wstecz, wskazaniem wyraźnie podmiotów, które mogą takich informacji udzielać. Natomiast nasze klauzule upoważniałyby zakłady ubezpieczeniowe do badania absolutnie wszystkiego, w sposób nieograniczony.

Kolejna kwestia, to sprawa zabezpieczania zbiorów. W wyniku kontroli prowadzonych w większości zakładów ubezpieczeniowych stwierdziliśmy, że zakłady nie przestrzegają przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i przepisów wykonawczych. Brak jest w szczególności spełnienia warunków organizacyjnych i technicznych.

Część zakładów dokonywała zmian w czasie kontroli i na te zakłady patrzyliśmy z pewną pobłażliwością, gdyż wykazywały dobrą wolę. Ale nie może być przecież tak, że dopiero w wyniku kontroli, przeprowadzanej inspekcji, mimo obowiązywania przepisów, dokonuje się pewnych zmian, wprowadza się pewne instrukcje, dokonuje szkoleń lub wpisuje do zakresu czynności pracowników pewne obowiązki wynikające z przepisów prawa.

Jest jeszcze jedna sprawa w związku przestrzeganiem ustawy o ochronie danych osobowych, na którą chciałam zwrócić uwagę. Dane osobowe są w tej chwili traktowane jako towar. Mieliśmy przypadki, że tak traktowali je agenci ubezpieczeniowi. Przenoszą się na przykład z firmy do firmy wraz z danymi swoich klientów. Innym problemem jest wykorzystywanie danych osobowych klientów dla innych potrzeb, na przykład dla otwartych funduszy emerytalnych. Nagle obywatele otrzymują oferty od otwartych funduszy emerytalnych, ze zdziwieniem dowiadują się, że już nawet podpisali umowy, ale to jest jeszcze inna rzecz. Obywatele ci proszą nas o pomoc i ustalenie, w jaki sposób ich dane dotarły do otwartych funduszy emerytalnych. Przy sprawdzaniu okazuje się, że nierzetelny agent przeniósł się do funduszu lub do innego zakładu ubezpieczeń, wykorzystując posiadane dane osobowe. Być może zresztą było to elementem, który mu pozwolił w ogóle zawrzeć umowę z zakładem ubezpieczeniowym.

Przyznam, że mogłabym bardzo szczegółowo mówić o różnych kwestiach, jednakże chciałabym przede wszystkim uwagę na jeszcze jedną rzecz: na nieograniczone wykorzystywanie danych osobowych do bardzo różnych celów, bądź też w sposób sprzeczny z zawartą umową. Zupełnie zaskakująca jest sprawa PZU, jest to między innymi kwestia przekazania danych za granicę.

W tej sprawie toczy się postępowanie w prokuraturze. Na marginesie dodam, że pan, który dysponuje zbiorem danych z 1997 r., próbował zarejestrować ten zbiór, wypełniając obowiązek ustawy o ochronie danych osobowych. Myśmy zawiesili postępowanie do czasu wyjaśnienia, kto jest właścicielem tych danych, bo w świetle przepisów ustawy i naszego oglądu, ta osoba nie jest jednak administratorem danych osobowych. Zresztą na tej jednej sprawie PZU nie skończyło swojej dziwnej działalności. Pan dyrektor Zelwiański mówił tutaj, że

do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich trafiają skargi na tę instytucję. Okazuje się na przykład, że osoba ubezpieczająca samochód w PZU nie uzyska zaświadczenia o przebiegu ubezpieczeń komunikacyjnych w PZU w celu dochodzenia swoich uprawnień w innym zakładzie ubezpieczeniowym, ale jej dane są przekazywane do jakiejś dziwacznej firmy w Holandii, skąd przychodzi informacja, że osoba ta otrzyma takie zaświadczenie po opłaceniu 180 DM. Wydawać by się mogło, że wydanie zaświadczenia jest elementem działalności zakładu ubezpieczeniowego, natomiast okazuje się, że nie, że jest to jakaś szczególna usługa, za którą obywatel musi zapłacić w obcej walucie i jego dane, bez wcześniejszego poinformowania go, są przekazywane jakiemś obcemu podmiotowi. Dochodzi do nadużyć prawa, a moim zdaniem jest to rażące naruszenie zarówno interesu klienta, jak i przepisów prawa. Te uwagi pozwolę sobie przekazać osobiście panu prezesowi, oceniając działalność zakładów ubezpieczeniowych z punktu widzenia skarg, jakie docierają do mojego Biura.

**Liliana Sobieska, przedstawicielka Nationale Nederlanden:** Każda dyskusja budowana na bazie skarg, a nie całości procesu, jest dyskusją trudną, gdyż uruchamia negatywne emocje. Niemniej jednak wszystko wskazuje na to, że przy tak dynamicznie rozwijającym się rynku ubezpieczeń w Polsce, przy tak dużym zainteresowaniu społecznym, jesteśmy po prostu skazani na sukces. Stabilizacja prawa musi nastąpić, regulacje, jasne dla klientów i dla ubezpieczycieli, też muszą się pojawić. Zarówno klient, jak i towarzystwa ubezpieczeniowe są zainteresowani dobrą jakością świadczonych usług, jak również dobrym wykształceniem agentów.

Sądzę, że wszelkiego rodzaju sprzeczności są pozorne. Towarzystwa inwestują całą zebraną składkę na rynku polskim, wypłacają w momencie kalectwa lub śmierci pieniądze, które są potrzebne rodzinom. Problem, który tu dominował, czyli usług świadczonych przez agentów, jest dla towarzystw ubezpieczeniowych równie ważki. Towarzystwo ubezpieczeniowe odpowiada za swojego agenta. Następnie, przy procesowaniu się z nim, znajduje się w takiej samej sytuacji jak klienci. Wyegzekwowanie pewnych spraw od agenta jest trudne i wszelkie regulacje, również dla nas, byłyby rzeczą bardzo korzystną.

Nie można też lekceważyć tego, że towarzystwa preferują jednak nowe podejście do klienta. Jest to jednak zupełne zerwanie z naszą dotychczasową tradycją klienta - petenta.

Bardzo duży procent osób w krótkim czasie przeszedł szkolenia w tym zakresie. W samym Nationale Nederlanden było to około 10 tys. osób. Są to nieodpłatne, obowiązkowe szkolenia, a jakość usług jest później kontrolowana i w miarę możliwości egzekwowana. Wydaje się, że tutaj inicjatywa Rzecznika Ubezpieczonych, mająca na celu powołanie fundacji, która by poszerzała świadomość społeczną, skłaniała do czytania ogólnych warunków ubezpieczeń, inicjowała dyskusje w mediach na ten temat, jest ogromnie ważna. Rola towarzystw ubezpieczeniowych mogłaby tu być duża.

Zdecydowanie jesteśmy przeciwko takiemu sposobowi rozwiązywaniu spraw, w jaki próbowała to robić za pomocą swego raportu Federacja Konsumentów. Rozpatrywano 250 skarg w 1997 r. i około 200 w roku następnym, biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych wynoszącą około 2 mln., jest to procent znikomy. Roztrząsanie tego i upublicznianie, zamiast próby poszukiwania rozwiązania problemu, niczego, tak naprawdę, nie zmienia, wprowadza tylko zamęt. Nie podnosi to świadomości ubezpieczycieli ani klientów, ani nie zwiększa zaufania do towarzystw ubezpieczeniowych. Zaufanie to zaś wszystkim nam na rynku jest bardzo potrzebne.

Gwoli ścisłości, pan Kuczyk poinformował, że ubezpieczyciel raz coś do polisy przypisuje, innym zaś razem ta polisa może upaść. To są dwa rodzaje polis. Polisa może upaść wówczas, gdy klient wybierze z niej pieniądze, ponieważ jest to rodzaj polisy, w której klient nie zawiera jej na żaden określony czas i może wyjmować pieniądze. Jeżeli wyjmie gotówkę i w tym czasie podniesie swoją sumę ubezpieczenia na wysoką, składka, która cały czas pozostaje nie zmieniona, może nie wystarczyć na opłatę. Sądzę, że pan Kuczyk o tym bardzo dobrze wie. Klient zawsze jest o takiej ewentualności informowany.

Drugi rodzaj polisy, gdzie dopisujemy zysk, to polisa, w której towarzystwo bierze na siebie całe ryzyko, to znaczy klient zawiera polisę na określony czas, płacąc określoną składkę, natomiast towarzystwo bierze na siebie gwarancję, że bez względu na to, co by się



działo na rynku lub w towarzystwie, tę kwotę wypłaci w każdej chwili rodzinie, lub klientowi, na zakończenie umowy.

Jesteśmy zainteresowani przestrzeganiem przepisów. Pewnym problemem jest ich zmienność i konieczność nagłego przystosowania się do nich. Firmy ubezpieczeniowe, to bardzo często molochy biurokratyczne i dlatego proces rozwiązywania pewnych spraw trwa dłużej, niż sami byśmy chcieli. Jednakże na pewno usiłujemy zachować stabilność, pewność inwestycji, a także zależy nam na zadowoleniu klienta.

**Elżbieta Polczyńska, Prezes Poznańskiego Klubu Federacji Konsumentów:** Czuję się niejako zobowiązana do zabrania głosu, ponieważ z pewną przykrością konstatuje, że nasza dyskusja stała się w większej części odpowiedzią na zarzuty, postawione przez pana Kuczyka pod adresem konkretnych firm ubezpieczeniowych. Przykro mi, że zamiast dyskutować o pewnych generaliach, skupiliśmy w dyskusji na obronie murów, co mogłoby się odbywać w zupełnie innym miejscu i czasie, my zaś nie stracilibyśmy okazji do tego, by móc się wypowiedzieć na temat spraw mających istotne znaczenie dla konsumenta na rynku ubezpieczeniowym.

Muszę powiedzieć, że to, co przygotowałam na dzisiejsze spotkanie, zostało w większości wypowiedziane przez pana dr Zelwiańskiego i przez pana prezesa Wysockiego. Chciałabym tu podkreślić, że Federacja Konsumentów zawsze czuła się zobligowana do obrony konsumentów w sprawach związanych z tzw. polisami posagowymi. Reprezentujemy stanowisko zgodne z poglądem pana prezesa Wysockiego, jeśli chodzi o to, że znalazły się pieniądze w skarbie państwa na pokrycie książeczek mieszkaniowych i samochodowych, które dotknęła inflacja, a nie znalazły się na pokrycie polis posagowych, które były jakimś krokiem do przodu, pobudzeniem zainteresowania konsumentów zapewnieniem przyszłości swoim dzieciom lub samym sobie. Ułożyło się to zupełnie inaczej, nie podzielałam poglądu, że sądy mają bardzo spolegliwy stosunek do pozwów w tej materii, ponieważ nasze doświadczenie temu przeczy.

Prowadzimy każdego roku wiele spraw związanych z polisami posagowymi i wiemy, że sądy wcale tak bardzo korzystnie tych pozwów

nie rozstrzygają. Pomijam już ten argument, że wszyscy mamy ponieść koszty z tytułu inflacji, czyli około 40% tej odpowiedzialności konsument, a 60% ubezpieczyciel. Często są to, nawet w ramach interwencji, kwoty w żadnej mierze nieadekwatne do tego, do czego się zobowiązał ubezpieczyciel podczas zawierania umowy. Dlatego uważam, że w którymś momencie został popełniony przez państwo błąd w ocenie sytuacji tego typu polis, który skutkuje i przez długie lata będzie jeszcze skutkował, gdyż były one zawierane na długie okresy.

Od paru lat zaczynają się kończyć takie 20 letnie okresy, i będą się one ciągnęły, jak oceniam, przez 4 do 5 lat. Jeżeli ktoś zakładał, że będzie mógł wspomóc się w znacznej mierze w okresie osiągnięcia dojrzałości lub w przypadku uzyskania mieszkania, to w świetle praktyki sądów należy te marzenia zdecydowanie rozwiązać. Nawet bowiem przy polisach o najwyższej wartości, sądy przyznają od 400 do 900 zł. Wyjątkową sprawą była ta, gdzie sąd w Poznaniu, przyznał 6000 zł, ale była to jednostkowa sprawa i nigdy więcej się nie powtórzyła. Biorąc pod uwagę tego typu fakty, jak i upadłości firm ubezpieczeniowych, w interesie państwa leży to, aby ten rynek usług finansowych był rynkiem jak najbardziej wiarygodnym i stabilnym. Jest to też rola Sejmu, jak i wszystkich organów do tego powołanych.

Organizacja konsumencka ma charakter społeczny i siłą rzeczy ma ograniczone możliwości działania, może nawoływać, pisać, wzywać, ale na tym się kończy jej rola. W większości przypadków nie możemy powiedzieć, iż osiągnęliśmy jakiś wielki sukces. To tyle, jeśli chodzi o polisy, jest to dla nas temat ważny, prowadzimy rocznie przed sądem blisko 10 spraw tego typu. W samym klubie poznańskim, który reprezentuję, udzielamy około 200 porad w sprawach tego rodzaju.

Chciałabym, abyśmy pamiętali o jeszcze jednej sprawie, która jest istotna dla tego rynku ubezpieczeniowego na przyszłość. Powinniśmy zwracać większą uwagę na edukację i informowanie konsumentów co do roli ubezpieczeń. Musimy przyjąć, że w Polsce mamy blisko 38 mln ludzi, a ubezpieczony jest nikły procent ludności. Jest bardzo ważne, aby uświadomić konsumentowi, że stajemy w sytuacji, w której państwo przestaje przyjmować na siebie rolę tego, kto nas wspomoże w trudnej sytuacji, w obliczu jakiegos dramatycznego zdarzenia.

Taką też rolę, permanentnego informatora, widzi między innymi dla siebie Federacja Konsumentów. Jednakże, aby spełniać tę funkcję konieczne są środki finansowe. Bazując na poznańskim naukowym środowisku ubezpieczeniowym prowadziliśmy w 1994 i 1995 r. tzw. wszechnicie ubezpieczeniowe. Miały one przybliżyć konsumentom rolę ubezpieczenia w naszym życiu, uświadomić, jak ważne jest to, żebyśmy ubezpieczyli nie tylko swój samochód, ale także swój majątek. Chcieliśmy także doradzić konsumentom, na co powinni zwracać uwagę podczas podpisywania umów, co powinno budzić ich zaniepokojenie, o co należy pytać. Ukazał się cały cykl artykułów, autorstwa prof. Łańcuckiego. Niestety, niedobór środków finansowych sprawił, że nie dało się tej działalności kontynuować. Zajmujemy się przecież nie tylko ubezpieczeniami, choć ubezpieczenia stanowią znaczną część naszej działalności, szczególnie z uwagi na możliwość korzystania z wiedzy poznańskiego środowiska naukowego, jeśli chodzi o tę tematykę.

Mamy infotekę zawierającą ponad 100 pozycji, dotyczącą podstawowych pojęć ubezpieczeniowych. Konsument ich nie zna. Musimy przyjąć, że przeciętny konsument nie posiada wyższego wykształcenia. Zresztą przychodzą do nas niejednokrotnie osoby mające zakończone studia, którzy nie są w stanie pojąć niektórych zagadnień. Wszystkie nasze działania służyły lepszemu informowaniu konsumentów. Niestety, jak już wspomniałam, z przyczyn finansowych musieliśmy tę działalność ograniczyć i dzisiaj, oprócz prowadzenia spraw sądowych i udzielania porad, klub innej działalności w kwestii ubezpieczeń nie prowadzi.

To nie zmienia mojego punktu widzenia, że edukacja i informacja są sprawami pierwszej wagi, bo bez nich nie ma rynku ubezpieczeniowego. Należy jednak zakładać, że świadomość konsumentów będzie rosła. Jestem świeżo po spotkaniach z młodzieżą w szkołach średnich, pyta ona o rolę ubezpieczeń ich znaczenie w ich życiu, w kontekście promowanych obecnie filarów ubezpieczeń emerytalnych.

Federacja Konsumentów, przy pomocy Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wydaje szereg książek dotyczących ubezpieczeń, zawierających podstawowe informacje na ich temat. Wydawnic-

two to było również wspierane przez fundusz PHARE, co wiązało się z pewnymi ograniczeniami, co do tematów i ilości wydanych pozycji.

**Grzegorz Kuczyk, przedstawiciel Federacji Konsumentów:** Chciałbym sprecyzować to, co powiedziała przedstawicielka Nationale Nederlanden. Dla Federacji Konsumentów najważniejszym problemem są ogólne warunki ubezpieczenia, czyli oferta ubezpieczeniowa. To nie my wymyśliliśmy i nie zależy nam na drażeniu tego tematu, ale proszę tylko posłuchać: *"Poczynając od 12 roku wpisowego, w przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa, jest niewystarczająca na pokrycie opłat w danym miesiącu - umowa ubezpieczenia wygasa"*. A przecież ten klient jednocześnie cały czas płacił, więc te pieniądze powinny być. Zostawmy ten temat, bo jego wyjaśnianie zajęłoby nam zbyt wiele czasu.

Odpowiem teraz pani z Commercial Union. Któregoś dnia byłem zbulwersowany ilością ogólnych warunków ubezpieczeń Commercialu, mam tu na myśli ubezpieczenie uniwersalne. Co rusz, była inna wersja. Udałem się do siedziby firmy i najpierw poprosiłem panią sekretarkę o wydanie mi aktualnych ogólnych warunków ubezpieczeń. Prosiłem też, aby na nich podpisała się i zamieściła notatkę, że one są w tym dniu aktualne. Pani odesłała mnie do agenta, który też tego nie chciał zrobić i odesłał mnie do kierownika działu, a ten do szefa marketingu. W końcu wylądowałem w gabinecie wiceprezesa i tego, o co prosiłem, nie dostałem. Zaproponowano mi, bym złożył na te warunki ubezpieczeń zamówienie na piśmie. Czy jest to więc oferta firmy ubezpieczeniowej, czy też nie?

Jeśli chodzi o politykę wobec Nationale Nederlanden i Commercial Union, to muszę powiedzieć, że jeśli spotykam klientów ubezpieczonych w tych firmach, namawiam ich do wpłacania składek dodatkowych po to, by uchronić ich przed zagrożeniem, które mieści się w cytowanym przeze mnie zapisie. Chodzi o to, by nie groziło im to, że wypadną z ubezpieczenia. Zawsze stałem i stoję na stanowisku, że najlepszą polisą jest ta, którą się już ma. Nie wiadomo więc, czy klient powinien zrezygnować z aktualnego ubezpieczenia i szukać nowego, gdyż może go nie dostać.

Chciałbym też powiedzieć, że gdybyśmy żyli w państwie rządowym przez oświeconego monarchę absolutnego, który zorientowałby się, że na rynku, wśród jego poddanych dzieje się coś niedobrego: ktoś zabiera pieniądze, z których żyje ów władca absolutny, bo przecież utrzymuje się z podatków - to natychmiast by zareagował. Uczyniłby coś, aby móc nadal zbierać podatki, by nie być zmuszonym dofinansowywać swoich poddanych. Proponuję metodę "róbmy swoje", aby obywatele mogli płacić podatki i nie zubożeli.

**Prof. Stanisław Rogowski, Rzecznik Ubezpieczonych:** Przede wszystkim chciałbym powiedzieć jeszcze o tych zaległych rentach dawnego PZU, obecnie PZU Życie. Sejm X kadencji i rządy, które w tym okresie panowały, powinny były ten problem rozwiązać. Sama firma nie mogła unieść tego ciężaru. Władze ówczesne nie zwróciły jak gdyby na ten problem uwagi. Nie było wówczas lobby ubezpieczeniowego i lobby konsumenckiego. Lobby właścicieli maluchów jakoś się wytworzyło i przyniosło to efekty.

Trudno jest teraz naprawić to, czego się wówczas nie zrobiło. Jednakże, wydaje się, że jednak coś zrobić można. Biuro Rzecznika Ubezpieczonych prowadziło w tej sprawie działania, pan prezes Wysocki pamięta, że odbyło się takie spotkanie z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, z przedstawicielem ministra finansów i padła tam pewna obietnica i pewien projekt rozwiązania tej sprawy. Co prawda mówił o tym nie urzędujący już dziś minister finansów, bo było to w 1996 r., ale pomyśl zasadzał się na tym, by spróbować rozwikłać ten problem podczas prywatyzacji PZU.

Zwróciłem się do ministra skarbu i do PZU z zapytaniem, jakie rozwiązanie mogłoby wchodzić w grę. Przyznam, że koncepcji do końca zadowolającej nie ma. Trzeba jednak pamiętać, że od czasu powstania tamtych problemów, ileś nowych osób w PZU się ubezpieczyło, nie można więc niszczyć firmy i działać na szkodę tych klientów. Niemniej wydaje mi się, że istnieje nadal możliwość definitywnego załatwienia tej sprawy. Ona ciąży źle na ubezpieczeniach, to prawda. Dlatego zwracam się do pana prezesa Wysokiego, aby wspomógł mnie w działaniach na rzecz rozwikłania tego problemu. Nigdy się jej nie rozwiąże tak, aby wszyscy byli zadowoleni. To

oczywiste. Jest to zadawniony przypadek Trochę jest z nim tak, jak z zadawnioną chorobą, ale może jednak uda się w jakimś stopniu zmniejszyć negatywne skutki tej choroby.

Mówimy tu o sporach, o tym, że sądy bardzo długo rozpatrują sprawy. Mówiono też, że indywidualni klienci są zwalniani z kosztów, więc jednak dostępność do sądów istnieje. Jednakże tu nie chodzi tylko o problem finansowy. Przeciętny człowiek, jak ma iść do sądu, to ciężko to przeżywa i nie bardzo potrafi się w tym obracać. Wystąpiliśmy w swoim czasie z inicjatywą, która mogłaby pomóc. Chodzi o istniejące na Zachodzie sądownictwo polubowne. Pomysł spotyka się z oporami u jednych, z nadzieją u drugich. Teraz tylko tę sprawę sygnalizuję, ale wkrótce zwrócę się do państwa z konkretną propozycją.

Z ogromną satysfakcją powitałem to, co powiedział pan prezes Wysocki. Gdybyśmy więcej rozmawiali o pewnych sprawach, spotykali się w różnych gremiach, mniejszych lub większych, wówczas część spraw mogłaby zostać szybciej załatwiona. Dlatego z radością witam inicjatywę pana prezesa i sygnalizuję od razu dwa problemy, które wymagałyby omówienia: jeden, to ochrona danych osobowych w ubezpieczeniach, a drugi, to kwestia agentów. Co by bowiem nie powiedzieć dobrego o działaniach firm, to jednak pozostaje kwestia pewnych przepisów prawnych i ich stosowania, pewnych luk, które czynią szkodę i dobrym firmom i dobrym agentom. Zły agent czyni przecież szkodę nie tylko ubezpieczonemu, ale także dobremu agentowi i firmie.

Przedstawiciele firm mówią, że te ataki na nie są nieusprawiedliwione, że nikły jest procent skarg w stosunku do ilości umów. Jednakże chciałbym zwrócić uwagę na jedną rzecz: nie wszyscy się skarżą. Skarży się tylko bardzo niewielka część osób. W Biurze Rzecznika mamy za ten rok 2000 skarg, natomiast telefonów jest kilkakrotnie więcej, a w pewnych sprawach, nawet kilkunastokrotnie więcej. Byłoby bardzo źle, gdyby przedstawiciele firm przyjmowali uwagi, które tu padły, jako generalne ataki na swoje przedsiębiorstwa. To nie jest generalny atak. To, że mówimy o negatywnych zjawiskach, nie oznacza, że jest strasznie. Po prostu o pozytywach nie mówiliśmy. Na pewno sytuacja jest teraz lepsza niż na początku lat 90. lub w ich połowie. W sposób naturalny mówimy o zjawiskach negatywnych, które

przecież są spotykane także i w firmach działających dobrze. Jednakże przedstawiciele firm nie powinni chyba bronić się argumentami takimi, jak na przykład długie istnienie firmy itp.

To wszystko jest prawda. Ale trzeba pamiętać, że nie gwarantuje to nieomyślności. Mój stary profesor powiedział mi kiedyś: "*Panie Stanisławie, kiedy pan poczuje, że jest pan najmądrzejszy, doskonały, to będzie bardzo niedobrze. To byłaby pierwsza oznaka, że pan już zidiociał*". Jak ktoś mnie krytykuje, nie staram się ripostować przykładami z innych dziedzin działalności. Pewne zjawiska negatywne u podmiotów nawet bardzo pozytywnych, są czymś normalnym. Są dobrzy prezesi, bardzo dobrzy agenci, bardzo dobre działania firm. Chodzi o to, żeby właśnie te dobre działania były regułą. Mam nadzieję, że wszystkie spotkania, te, o których mówił między innymi pan prezes Wysocki, jak również i inne - a Biuro Rzecznika jest zawsze czynne, serdecznie zapraszam - przyczynią się do tego, by tych negatywnych zjawisk było jak najmniej.

**Posel Marek Sawicki:** Wystąpienie pana Rzecznika Rogowskiego wyczerpało naszą listę dyskutantów. Pani Elżbieta Połczyńska z Federacji Konsumentów powiedziała, że ta dyskusja była swego rodzaju obroną murów. Ja powiem tak. Za wzorem słów piosenki "*A mury runą, runą*", myślę, że te też są do skruszenia. Sądzę, że w naszej dyskusji pobrzmiewała też troska o dobre imię firm ubezpieczeniowych i to zarówno tych z polskim jak i z zagranicznym kapitałem, ale funkcjonujących u nas, czyli naszych firm ubezpieczeniowych. To troska wspólna i organizacji pozarządowych i instytucji nadzoru, które zwracają uwagę na to, że jeśli wspólnie nie będziemy budować dobrego imienia tych firm, to konkurencja to wykorzysta i przejmie naszych ubezpieczonych. W moim przekonaniu, z całej naszej dyskusji wyłania się ta właśnie zasadnicza konkluzja, abyśmy dołożyli wszyscy starań, by rzeczywiście nasz rynek ubezpieczeniowy był coraz lepszy, coraz sprawniejszy, a ubezpieczeni czuli się coraz bezpieczniej.

Dalsze prace legislacyjne, a takie są oczywiście potrzebne, będą prowadzone z dużym udziałem państwa, jako ekspertów, których zapraszamy do parlamentu w zależności od realizowanych tematów. Mam nadzieję, że tak, jak do tej pory, a może z jeszcze większym

zaangażowaniem, będą państwo służyli nam tą pomocą. Jestem zwolennikiem takiej pracy parlamentu, gdzie gros zapisów przygotowują prawnicy i fachowcy z danych branż, a nie posłowie. Posłowie powinni po prostu od czasu do czasu nadawać ton polityczny, bo taka jest rola parlamentu i partii politycznych. Natomiast dobrze jest, gdy szczegóły opracowują eksperci, a następnie pilnują tych swoich opracowań podczas prac w komisjach. Powinni to robić fachowcy, bo wówczas tych nowelizacji byłoby mniej, przestalibyśmy się zachowywać, jak ci stachanowcy III Rzeczypospolitej, gdzie jedna kadencja wyprzedza drugą pod względem liczby uchwalonych ustaw, nowelizacji, a coraz częściej od praktyków słyszymy, że jakość stanowionego prawa jest coraz gorsza.

Mam nadzieję, że to seminarium też przyczyni się do poprawienia jakości stanowionego prawa w naszym parlamencie. Deklaracje, składane przez pana prezesa Wysockiego, przez Rzecznika Ubezpieczonych, o dalszej wspólnej pracy napawają optymizmem. Tą pozytywną refleksją chciałbym zakończyć nasze seminarium.





# NADESŁANE REFERATY



## Ochrona ubezpieczonych konsumentów w świetle regulacji prawnych

### 1. Uwagi wstępne

Problematyka referatu mieści się przede wszystkim w obszarze kompleksowej gałęzi prawa jaką jest prawo ubezpieczeń gospodarczych. Jedną z charakterystycznych cech tego działu prawa jest rozproszenie jego źródeł. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest z kolei rozproszenie regulacji prawnych o charakterze ochronnym w odniesieniu do ubezpieczających (ubezpieczonych) konsumentów usług ubezpieczeniowych, a przy tym ich stosunkowo duża ilość. Ramy referatu nie pozwalają na całościowy przegląd regulacji prawnych o charakterze ochronnym. W szczególności pominięte zostaną więc te, które wykraczają poza zakres prawa ubezpieczeniowego. Objęcie programem seminarium odrębnych referatów, które zostały poświęcone roli i znaczeniu Państwowego Urzędu Nadzoru i Ubezpieczeń, Rzecznikowi Praw Obywatelskich, Rzecznikowi Ubezpieczonych i Federacji Konsumentów w działaniach dotyczących ochrony konsumentów występujących w charakterze biorców usług ubezpieczeniowych pozwala na ograniczenie zakresu prezentowanego referatu. W tym stanie w niniejszym opracowaniu ograniczono się do wskazania instytucji ochronnych o strategicznym znaczeniu, zawartych przede wszystkim w źródłach prawa ubezpieczeniowego o charakterze podstawowym. Z tych względów można jedynie poprzestać na zauważeniu, iż regulacja o charakterze ochronnym mieści się również w przepisach ustawy ubezpieczeniowej dotyczących ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego; do ustawowo wskazanych zadań Polskiej Izby Ubezpieczeń należy, między innymi, sprawowanie pieczy nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji na rynku ubezpieczenio-

wym. Należy ponadto zaznaczyć, że regulacje z zakresu ochrony ubezpieczonych konsumentów mieszczą się również w szeregu aktach normatywnych o charakterze ogólnym, jak na przykład w ustawie z dnia 24 lutego 1990 r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów (t. j. Dz. U. Nr 52 z 1999 r., poz. 547), czy w ustawie z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

Tytuł referatu wymaga pewnego wyjaśnienia, bowiem nie w pełni oddaje on istotę prezentowanej w nim materii. W rzeczy samej nie chodzi bowiem wyłącznie o ochronę ubezpieczonego konsumenta, ale i o przedstawienie regulacji chroniącej konsumenta na etapie zawierania umowy (kształtowania treści prawnego stosunku ubezpieczenia), a więc również o ochronę oferenta, a później samej strony umowy ubezpieczenia, którą jest ubezpieczający. Stwierdzenie to sygnalizuje potrzebę odróżniania ubezpieczającego i ubezpieczonego.

## **2. Konsument usługi ubezpieczeniowej – zakres pojęcia i jego pozycja prawna**

W uwagach wprowadzających należy zająć się przybliżeniem pojęcia „konsument?”. Pojęcie to jeszcze do niedawna było jedynie terminem języka prawniczego i jako takie stanowiło przedmiot zainteresowania doktryny. Wskutek dokonanej ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, nowelizacji tego podstawowego źródła prawa cywilnego pojęcie konsumenta stało się pojęciem języka prawnego (art. 384 i 558 § 1 k.c.); nie zostało ono jednak w kodeksie zdefiniowane i stąd może być (i jest) różnie interpretowane, a jego istota jest różnie ujmowana. Z jednej bowiem strony, za konsumenta uważa się każdego, kto jest kontrahentem profesjonalisty, przedsiębiorcy, nabywającym towar lub usługę do celów nie związanych z działalnością gospodarczą, z drugiej strony – tylko osobę fizyczną, która jako kontrahent nabywa od przedsiębiorcy towar lub usługę do celów nie związanych z działalnością gospodarczą. W pierwszym przypadku możemy mówić o konsumencie sensu largo, w drugim o konsumencie sensu stricto.

Przepisy prawa ubezpieczeń gospodarczych pojęcia konsumenta ani nie definiują, ani też nie stosują. Natomiast w piśmiennictwie

ubezpieczeniowym pojęcie to występuje, często jednak z pominięciem precyzyjnego dookreślenia, kogo uważa się za konsumenta usługi ubezpieczeniowej. Spotyka się też poglądy wyraźnie zaliczające grupę umów ubezpieczeniowych do kategorii umów konsumenckich. Dlatego też trzeba ustalić i przyjąć, w jakim znaczeniu będziemy używali terminu „konsument” w dalszym ciągu tego opracowania. Należy odrzucić stanowisko, że konsumentem usługi ubezpieczeniowej będzie każdy jej biorca (ubezpieczający), a więc tak przedsiębiorca, jak i inna osoba prawna czy osoba fizyczna. Pozostaje więc alternatywa wskazanego wyżej szerokiego bądź wąskiego rozumienia pojęcia „konsument”. Wydaje się słuszne, by w odniesieniu do sfery ubezpieczeń gospodarczych pojęcie konsumenta było używane we wskazanym węższym zakresie. Tak więc za konsumenta, jako stronę umowy ubezpieczenia, będziemy uważali osobę fizyczną, która występuje w charakterze ubezpieczającego do celów nie związanych z działalnością gospodarczą. Należy zauważyć, że i z takim rozumieniem pojęcia konsumenta mogą się łączyć pewne wątpliwości, chociażby w odniesieniu do osób będących rolnikami.

Źródłem każdego ubezpieczenia gospodarczego jest nawiązany prawny stosunek ubezpieczenia, a jego podstawą jest umowa. Stanowi o tym wprost artykuł 3 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz.U. Nr 11 z 1996 r. poz. 62 z późniejszymi zmianami; powoływana dalej jako „ustawa ubezpieczeniowa”). W aktualnej regulacji normatywnej (tak jest od dnia wejścia w życie ustawy ubezpieczeniowej, która ostatecznie rozstała się z kategorią ubezpieczeń ustawowych, powstających z mocy ustawy) bez umowy ubezpieczenia nie powstaje żaden stosunek ubezpieczeniowy. Podkreślając tę zasadę należy wskazać, że umowa ubezpieczenia, jak zdecydowana większość umów zobowiązaniowych może być zawarta w różnych konfiguracjach podmiotowych. Może to być układ pozwalający zakwalifikować umowę bądź to do grupy umów gospodarczych (dwustronnie gospodarczych) bądź do grupy umów konsumenckich (jednostronnie gospodarczych). W kręgu naszych zainteresowań leżą prawnoc ochronne aspekty ubezpieczeń gospodarczych, a zwłaszcza prawnego stosunku ubezpieczenia, który zostaje zawiązany między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym. Kontrahentem zakładu

ubezpieczeń jest w tej mierze ubezpieczający; może nim być w szczególności tak konsument w ścisłym tego słowa znaczeniu, konsument sensu largo, jak i przedsiębiorca.

Ubezpieczającym (ubezpieczonym) może być każdy podmiot prawa mający zdolność do czynności prawnych; może nim być tak osoba fizyczna, jak i osoba prawna, tak konsument (w ścisłym tego słowa znaczeniu), jak i podmiot nie zaliczany do kręgu konsumentów, w szczególności przedsiębiorca. Krąg podmiotów prawa, które mogą występować w charakterze ubezpieczającego przedstawia schemat nr 1.

Wskazując na regulację prawną umowy ubezpieczenia należy stwierdzić, że jest to przede wszystkim regulacja dotycząca ogółu ubezpieczających (i ubezpieczonych). Obok niej występują jednak przepisy prawne odnoszące się jedynie do ubezpieczającego (ubezpieczonego) konsumenta. Podkreślenie tego faktu jest o tyle istotne, że znacząca część instytucji prawnych, a szczególnie prawa ubezpieczeniowego zawierająca uregulowania o charakterze ochronnym (zabezpieczające interesy ubezpieczającego), dotyczy wszystkich ubezpieczających bez rozróżniania czy jest to osoba fizyczna występująca w charakterze konsumenta, czy inny podmiot. Obok nich występują i takie instytucje prawne, które dotyczą jedynie uregulowań o charakterze ochronnym, odnoszącym się jedynie do konsumenta w ścisłym tego słowa znaczeniu.

W ramach naszych rozważań mieści się przede wszystkim problematyka ubezpieczających (ubezpieczonych) konsumentów. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że większość regulacji normatywnych o charakterze ochronnym odnosi się do wszystkich ubezpieczających (ubezpieczonych). Dotyczy to w szczególności tak przepisów ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, jak i przepisów kodeksu cywilnego. Ustawa ubezpieczeniowa posługuje się, dla oznaczenia kontrahenta zakładu ubezpieczeń, zbiorczym terminem „ubezpieczający”, nie przeprowadzając dyferencjacji tej kategorii uczestników rynku ubezpieczeniowego.

Wyjątkowo tylko stanowi o tym, przyznając poszczególnym grupom inne możliwości działań, że wśród nich mieszczą się ubezpieczający będący osobami fizycznymi i ubezpieczający będący osobami

prawnymi (tak np. art. 6 ust. 3 ustawy ubezpieczeniowej). Ustawa nie operuje też pojęciem „konsument”, a jedynie wspomina o „konsumentach interesach ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia” (tak w art. 90c pkt 1). W tym ostatnim przypadku zastosowane przez ustawodawcę określenie należy odnieść – jak się wydaje – do ogółu ubezpieczonych i uprawnionych, a nie jedynie do konsumentów sensu stricto.

Prawną pozycję każdego ubezpieczającego, w tym ubezpieczającego konsumenta, kształtuje kilka czynników. Wśród nich miejsce szczególne zajmują – obok oświadczeń woli stron – przepisy prawne oraz ogólne warunki ubezpieczenia (co dotyczy ubezpieczeń dobrowolnych oraz tych ubezpieczeń obowiązkowych co do których ogólne warunki ubezpieczenia nie mają kształtu normatywnego).

Treść składanych oświadczeń woli stron umowy ubezpieczenia, mimo iż w praktyce podlega daleko idącemu stypizowaniu, może jednak uwzględniać indywidualne interesy każdej ze stron. To w jakim zakresie będzie uwzględniana wola ubezpieczającego co do ostatecznego kształtu nawiązywanego stosunku ubezpieczenia zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest charakter regulacji normatywnej danej kwestii (jej imperatywność czy dyspozytywność), innym – znajomość obszaru regulacji dyspozytywnej przez ubezpieczającego i jego ewentualna dążność do odmiennego uregulowania danej kwestii w umowie ubezpieczenia, jeszcze innym – otwartość zakładu ubezpieczeń na przyjęcie propozycji ubezpieczającego (ich aprobatą lub odrzucenie).

Regulacja prawna ubezpieczeń gospodarczych w ogóle, a umowy ubezpieczenia w szczególności jest w szerokim zakresie regulacją imperatywną. Przyjęcie i nadanie przepisom prawnym z interesującego nas obszaru naszego ustawodawstwa takiego charakteru jest przejawem stosowania przez prawodawcę funkcji protekcjonistycznych, co jest niemal powszechnie akceptowane.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości fakt, że podmiot ubezpieczający – jako partner zakładu ubezpieczeń – jest z reguły stroną o wiele słabszą, bo posiadającą mniejszą wiedzę na temat ubezpieczeń gospodarczych i kształtującego go prawnego stosunku ubezpieczenia i nieporównywalnie mniejsze przygotowanie w tym zakresie. Jako taki



winien być przez ustawodawcę traktowany w sposób protekcyjny, co jest powszechnie uznawane przez dominujące nurty filozofii prawa. Dotyczy to zwłaszcza konsumenta *sensu stricto*.

### **3. Ogólne uwagi o instytucjach prawnych chroniących interesy majątkowe ubezpieczonych (ubezpieczających)**

Instytucji prawnych chroniących interesy ubezpieczonych (ubezpieczonych) jest bardzo dużo. Jedne z nich chronią te interesy bezpośrednio, inne zaś pośrednio. Próba ich głębszej systematyki nie wydaje się na nasze potrzeby ani możliwa, ani celowa; brak bowiem takich klarownych kryteriów, które pozwalałyby na poprawną, z logicznego punktu widzenia, ich gradację. W referacie zostaną przedstawione jedynie niektóre z tych instytucji prawnych o charakterze ochronnym, a mianowicie te, które mają ważniejsze znaczenie praktyczne.

Dokonując ich wyboru posłużono się subiektywnym kryterium wagi instytucji dla jej roli i znaczenia w ochronie interesów ubezpieczającego i ubezpieczonego konsumenta. Przede wszystkim zwrócona zostanie uwaga na te instytucje prawne, które znajdują uregulowanie w ustawie ubezpieczeniowej, kodeksie cywilnym, a informacyjnie również na instytucje uregulowane przepisami innych ustaw.

O ile grupa pierwszych z nich odnosi się bądź to bezpośrednio bądź pośrednio do ochrony interesów ubezpieczającego i ubezpieczonego (biorcy usługi ubezpieczeniowej), to te drugie w dużej części mają charakter ogólny i niekiedy jedynie pośrednio odnoszą się do interesujących nas kwestii. Nie sposób w tym miejscu nie wspomnieć raz jeszcze o instytucjach ochronnych mających walor ogólny, a osadzonych w innych aktach normatywnych, jak dla przykładu w ustawie o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów, czy w ustawie o ochronie danych osobowych.

Należy ponadto zwrócić uwagę na konstytucjonalizację problemu ochrony konsumenta co uczyniła nasza Konstytucja z 1997 r. stanowiąc w art. 76, iż władze publiczne chronią konsumentów przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Regulacja ta ma swoje odniesienie również do konsumenta usługi ubezpieczeniowej. Należy jednak zwrócić uwagę, co podkreśliła prof. Ewa Łętowska, że

mamy tu do czynienia z zadaniem władzy publicznej, a nie z konstytucyjnym prawem jednostki. Co do zakresu tej ochrony Konstytucja odsyła do uregulowań ustawowych. Te znajdują się przede wszystkim w ustawie z dnia 24 lutego 1990 r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów ( t.j. Dz. U. Nr 52 z 1999 r. poz. 547).

#### **4. Ogólne warunki ubezpieczenia ustalane przez zakład ubezpieczeń a ochrona ubezpieczającego**

Prawna instytucja ogólnych warunków ubezpieczenia ustalanych przez zakład ubezpieczeń mieści w sobie bogactwo problemów prawnych. W referacie zostaną zasygnalizowane jedynie te z nich, które dotyczą kwestii ochrony ubezpieczającego konsumenta.

Należy rozpocząć od przypomnienia, że charakter prawny prezentowanych ogólnych warunków ubezpieczenia do niedawna nie był oceniany jednolicie. W tej mierze można było dostrzec dwa zasadnicze stanowiska.

Według jednego z nich ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowiły części umowy ubezpieczenia, lecz były w stosunku do umowy czynnikiem zewnętrznym, kształtującym sytuację prawną (katalog praw i obowiązków) uczestników nawiązywanego stosunku umownego z zewnątrz, poprzez tzw. konsens normatywny. Według innego stanowiska ogólne warunki ubezpieczenia uważane były za integralną część umowy, a więc mieściły się w zakresie *lex contractus*.

Dokonana przed paroma laty nowelizacja ustawy ubezpieczeniowej (z 1995 r.) wprowadziła istotne zmiany dotyczące ogólnych warunków ubezpieczenia stanowiących przez zakłady ubezpieczeń. Wpłynęły one w sposób zasadniczy na ocenę charakteru prawnego ogólnych warunków ubezpieczenia. Skoro zakład ubezpieczeń ma obowiązek doręczyć (i to bez wezwania) stronie ubezpieczającej tekst ogólnych warunków ubezpieczenia podpisany przez dwóch członków zarządu, to tym samym ogólne warunki ubezpieczenia powinny być uznane za czynnik kształtujący treść nawiązanego stosunku ubezpieczenia poprzez tzw. konsens umowny, który nie powinien być jednak uznany za część postanowień umownych. Stanowisko to ma swoje praktyczne konsekwencje w kwestii reguł wykładni; innym regułom

podlega wykładnia oświadczeń woli stron umowy (vide art. 65 k.c.), innym zaś – wykładnia regulaminu stanowionego przez jednego z kontrahentów nawiązywanego stosunku umownego. O ile wprowadzenie w odniesieniu do zakładu ubezpieczeń obowiązku doręczania tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia było już od dawna postulowane, co została ostatecznie wprowadzone nowelizacją ustawy z 1995 r., o tyle wskazany przez ustawodawcę czas spełniania tego obowiązku budzi pewne zastrzeżenia i wątpliwości.

Wydaje się bowiem, że tekst ogólnych warunków ubezpieczenia powinien być doręczany ubezpieczającemu przed zawarciem umowy, a nie dopiero w trakcie procedury jej zawierania. Stan *de lege lata* nie daje ubezpieczającemu możliwości należytego przygotowania się do zawarcia umowy ubezpieczenia. Należy bowiem podkreślić fakt, że ogólne warunki ubezpieczenia są z reguły aktem dość obszernym, a przy tym posługującym się specyficznym językiem nie dla każdego ubezpieczającego w pełni czytelnym i zrozumiałym.

Z punktu widzenia ochrony interesów ubezpieczającego konsumenta należy wskazać na te uregulowania ustawy ubezpieczeniowej, które wprowadzają mechanizmy kontroli postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia ustalonych przez zakład ubezpieczeń. Chodzi tu tak o kontrolę uprzednią, która jest dokonywana w procedurze udzielania zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, jak i kontrolę następczą, która jest dokonywana w trakcie prowadzenia przez zakład ubezpieczeń działalności, w przypadku wprowadzenia przez zakład ubezpieczeń nowych ogólnych warunków ubezpieczenia lub dokonywania zmian w treści stosowanych (i „dopuszczonych” wcześniej do stosowania) ogólnych warunków ubezpieczenia.

Wskazana kontrola uprzednia, sprawowana przez Ministra Finansów i Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, dokonywana jest w trybie art. 30 i następnych ustawy ubezpieczeniowej. Ma ona miejsce w trakcie procedury podejmowania decyzji dotyczącej zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Natomiast kontrola następcza, sprawowana jedynie przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, dokonywana jest w trybie art. 83 ust. 6 ustawy ubezpieczeniowej.

Ma ona miejsce w czasie prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, a dokonywana jest wtedy, gdy zakład ubezpieczeń wprowadza do obrotu nowe ogólne warunki ubezpieczenia lub dokonuje zmian w treści funkcjonujących warunków.

Ta ostatnia forma kontroli ustalonych przez zakład ubezpieczeń ogólnych warunków ubezpieczenia zawiera pewną ułomność, polegającą na tym, że sprawdzenie poprawności, rzetelności, a mówiąc ogólnie – przyzwoitej jakości, warunków następuje w jakiś czas po ich wprowadzeniu do obrotu. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek przekazania takich nowych (zmienionych) ogólnych warunków ubezpieczeń organowi nadzoru w terminie 14 dni od dnia ich wprowadzenia do obrotu.

Dopiero po spełnieniu tego obowiązku przez zakład ubezpieczeń organ nadzoru może przystąpić do przeprowadzenia czynności badawczych, po dokonaniu których może być wydana decyzja nakładająca na zakład ubezpieczeń obowiązek dostosowania treści zakwestionowanych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia do obowiązujących przepisów prawnych.

Od przystąpienia do wskazanych czynności badawczych do usunięcia dostrzeżonych i zakwestionowanych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia upływać będzie co najmniej kilka tygodni, w ciągu których zawierane będą nowe umowy ubezpieczenia. Powstanie więc problem zmiany treści ukształtowanych – z użyciem zakwestionowanych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia – stosunków ubezpieczenia. Powinno to następować w drodze zawarcia stosownych umów korygujących (aneksów do wcześniej zawartej umowy ubezpieczenia). Niestety, obowiązujące przepisy prawne kwestii tej wyraźnie nie normują.

Trudno jednak przyjąć, żeby mogło być inaczej, dokonywałyby się to bowiem z pokrzywdzeniem interesu ubezpieczającego. Co prawda ubezpieczony mógłby wykorzystać w takiej sytuacji drogę określoną przepisem art. 385 k.c., ale nie jest ona prosta. Jej wykorzystanie wymaga bowiem: po pierwsze – dobrej znajomości tej specyficznej i dość skomplikowanej regulacji prawnej, po drugie – wykazania, iż konkretne postanowienie (czy też postanowienia) przynoszą zakładowi ubezpieczeń rażąco nieuzasadnione korzyści, po trzecie –

skierowania stosowanego pozwu na drogę postępowania sądowego, po czwarte – poniesienia kosztów opłaty sądowej, wreszcie, po piąte – zachowania miesięcznego terminu (w zakresie wystąpienia do sądu o uznanie ich zastosowania za bezskuteczne) od wykonania umowy ubezpieczenia.

Przedstawiając wpływ ogólnych warunków ubezpieczenia ustalanych przez zakład ubezpieczenia na pozycję ubezpieczającego należy zwrócić uwagę na obserwowane w praktyce ubezpieczeniowej stosunkowo częste zmiany treści ogólnych warunków ubezpieczenia. Z jednej strony należy pozytywnie ocenić dążenie zakładu ubezpieczeń do podnoszenia jakości (w tym czytelności) ogólnych warunków ubezpieczenia, ale z drugiej strony należy dostrzec i zagrożenia z tym się wiążące. Zakłady ubezpieczeń nie zawsze dbają bowiem o właściwą dokumentację faktu doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia na etapie zawierania umowy. Jeszcze częściej dokumentacja ta ma charakter iluzoryczny, bowiem często polisy ubezpieczeniowe niezbyt precyzyjnie wskazują wersję doręczanych ogólnych warunków ubezpieczeń.

Prezentując problematykę ogólnych warunków ubezpieczenia w kontekście ochrony ubezpieczającego należy zwrócić uwagę na ukształtowaną na przestrzeni ostatnich lat linię orzecznictwa sądowego stojącego na gruncie zasady, iż wszelkie wątpliwości interpretacyjne co do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczającego, a tym samym na niekorzyść ich twórcy tj. zakładu ubezpieczeń.

Nie ma - jak się wydaje – przeszkód, by zasadę tę wyrazić *expressis verbis* w regulacjach normatywnych. Właściwym jak się wydaje miejscem byłaby przygotowywana nowa ustawa o działalności ubezpieczeniowej lub sam kodeks cywilny. W tym ostatnim przypadku regulacja normatywna mogłaby mieć charakter ogólny odnosząc się nie tylko do ogólnych warunków ubezpieczenia, ale do wszelkich regulaminów ustalanych przez przedsiębiorców w trybie art. 385 k.c. Gdyby tak się stało mielibyśmy do czynienia ze spotykanym niekiedy wyraźnym wpływem dorobku orzecznictwa sądowego, w tym przypadku z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, na regulacje normatywne o szerszym zakresie.

## 5. Prawo ubezpieczającego do odstąpienia od umowy

Instytucją w szczególny sposób chroniącą ubezpieczonego jest możliwość odstąpienia przez niego od umowy ubezpieczenia. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, w ogólnych warunkach ubezpieczenia należy zastrzec możliwość odstąpienia przez ubezpieczającego od zawartej umowy. Ten obowiązek umieszczenia stosownego postanowienia w treści ogólnych warunków ubezpieczeń ustalonych przez zakład ubezpieczeń nie jest zagwarantowany żadną sankcją.

Można jak się wydaje przyjąć, że organ wydający zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej – bez wskazanego postanowienia w przedłożonych warunkach – nie wyda zezwolenia. Gdyby zaś miało chodzić o zmianę treści ogólnych warunków ubezpieczenia, dokonanych w trybie art. 83 ust. 6 ustawy ubezpieczeniowej – należy oczekiwać, że organ nadzoru nie zaakceptuje załączonych do wniosku ogólnych warunków ubezpieczenia i podejmie działania mające na celu zapewnienie należytej ochrony ubezpieczonych (art. 82a ust. 2 pkt 1 ustawy ubezpieczeniowej). *De lege lata* należy postulować wprowadzenie regulacji normatywnej, która określałaby sankcję na wypadek pominięcia w treści ogólnych warunków ubezpieczenia stosownego postanowienia o prawie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego.

Ustawa ubezpieczeniowa, wymagając by ogólne warunki ubezpieczenia zawierały postanowienia zastrzegające możliwość odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, jednocześnie określiła różne terminy do złożenia stosownego oświadczenia woli przez ubezpieczającego. Jeżeli ubezpieczającym jest osoba fizyczna oświadczenie takie może być złożone w okresie 30 dni od daty zawarcia umowy.

Natomiast jeżeli jest nim osoba prawna - termin ten wynosi 7 dni. Taka dyferencjacja podmiotowa (vide: schemat 2) nie wydaje się słuszna. *De lege ferenda* termin 30 dniowy na odstąpienie od umowy winien mieć zastosowanie do osób fizycznych działających w ramach stosunków nie-gospodarczych, a więc inaczej mówiąc dla tych osób fizycznych, które zawierają konsumencką umowę ubezpieczenia (w

ścisłym tego słowa znaczeniu). Jeżeli natomiast osoba fizyczna zawiera umowę ubezpieczenia nie jako konsument sensu stricto, a jako przedsiębiorca (np. prowadzący indywidualną działalność gospodarczą), to w zakresie możliwości odstąpienia od umowy powinien go obowiązywać taki sam termin jaki prawo przewiduje dla osób prawnych. Krótko mówiąc, w zakresie terminów dających prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia bardziej właściwą byłaby dyferencjacja przewidująca kategorię przedsiębiorców i kategorię nieprzedsiębiorców (vide: schemat 3).

## **6. Właściwość sądów w sprawach ubezpieczeniowych**

Instytucją prawną, która powinna być dostrzeżona przy prezentacji zagadnień ochrony ubezpieczonego jest właściwość miejscowa sądu w sporach ubezpieczeniowych. Wiąże się ona pośrednio i z instytucją ogólnych warunków ubezpieczenia. Co do meritum regulacja ta pochodzi z roku 1990. W ustawie nowelizującej z 1995 r. zmieniło się jedynie miejsce tego przepisu prawnego (aktualnie jest nim art. 7a). Do czasu nowelizacji z 1995 r. przepis ten mieścił się w ostatnim rozdziale ustawy ubezpieczeniowej, aktualnie zaś usytuowany jest w rozdziale I zatytułowanym „Przepisy ogólne”. Zmiana usytuowania wskazanego przepisu wprowadziła większą czytelność prezentowanej zasady, która stanowi, iż „spory wynikające z umów ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe dla siedziby osoby ubezpieczonej lub uprawnionej do odszkodowania, jeżeli umowa ubezpieczenia albo ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej.”

Wydaje się, że wprowadzenie odstępstwa od zasady właściwości miejscowej sądów w sprawach ubezpieczeniowych przewidującej, że spory z umów ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe dla siedziby osoby ubezpieczonej lub uprawnionej do odszkodowania lub świadczenia powinno ulec pewnemu zastrzegającemu ograniczeniu.

*De lege ferenda* słuszne byłoby wyeliminowanie możliwości zmiany ustawowej reguły (co do właściwości sądu) postanowieniami samych ogólnych warunków ubezpieczenia. Analiza treści ustalanych przez zakłady ubezpieczeń ogólnych warunków ubezpieczenia wskazuje, że bardzo często właśnie postanowienia ogólnych warunków

ubezpieczenia zmieniają ustawową regułę właściwości miejscowej wyrażoną w artykule 7a ustawy ubezpieczeniowej.

Tego rodzaju praktyka nie powinna być akceptowana, a to przede wszystkim z tego powodu, iż czyni ona zasadę ustawową dotyczącą właściwości miejscowej sądu iluzoryczną, dając szeroką możliwość łatwego (by nie rzec dość zakamuflowanego) odstępstwa od regulacji ustawowej. W ten sposób wskazane uregulowanie ustawy o działalności ubezpieczeniowej staje się jedynie swego rodzaju ozdobnikiem, świadczącym złudnie o ochronnym charakterze unormowań ustawowych. Pozostawienie możliwości odstępstwa od ustawowych reguł właściwości miejscowej sądu mogłoby zyskać ewentualną aprobatę wtedy, gdyby było dopuszczalne jedynie postanowieniem umownym *sensu stricto*.

## **7. Reglamentacja działalności ubezpieczeniowej jako wyraz ochrony ubezpieczających**

Prowadzenie działalności ubezpieczeniowej wymaga zezwolenia Ministra Finansów, który podejmuje decyzję po uzyskaniu opinii Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń. Procedura uzyskiwania zezwolenia przewidziana prawem jest dość skomplikowana, wymaga spełnienia przez wnioskodawcę szeregu warunków formalnych i merytorycznych określonych szczegółowo przepisami dość rozbudowanego rozdziału 3 i 4 ustawy ubezpieczeniowej.

Potrzeba zagwarantowania właściwej ochrony ubezpieczonym doprowadziła do ustawowego uregulowania kwestii zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń, co dotyczy trzech podstawowych spraw: zabezpieczenia wypłacalności zakładu ubezpieczeń, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz działalności lokacyjnej zakładu ubezpieczeń. Na szczególne podkreślenie zasługuje konieczność spełniania przez zakład ubezpieczeń wymogów o charakterze finansowym, a mianowicie posiadanie określonych przepisami prawa środków własnych w wysokości nie niższej niż margines wypłacalności oraz posiadanie kapitału gwarancyjnego.

Wskazane wymogi formalne i merytoryczne, a zwłaszcza te, które dotyczą zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń mają służyć należytej dbałości ze strony władz publicznych o interesy majątkowe



ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych. Naturalną konsekwencją reglamentacji działalności ubezpieczeniowej jest możliwość cofnięcia zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej (vide art. 35 ustawy ubezpieczeniowej).

Skutki cofnięcia zezwolenia obejmują następstwa o charakterze ochronnym względem ubezpieczających i ubezpieczonych. Zakład ubezpieczeń, któremu cofnięto zezwolenie nie może bowiem zawierać nowych umów ubezpieczeń, umowy już zawarte nie mogą być przedłużane, a suma ubezpieczenia nie może być podwyższana.

## **8. Reglamentacja pośrednictwa ubezpieczeniowego jako wyraz ochrony interesów ubezpieczających**

Ochrona konsumenta usługi ubezpieczeniowej w sposób niewątpliwy uległa w 1995 r. wzmocnieniu przez uregulowania dotyczące pośrednictwa ubezpieczeniowego, któremu poświęcono w znowelizowanej ustawie odrębny rozdział. Pośrednictwo ubezpieczeniowe stało się działalnością gospodarczą poddaną reglamentacji; działalność brokerów ubezpieczeniowych wymaga uprzedniego uzyskania zezwolenia Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń, a działalność agencyjna może być wykonywana wyłącznie przy pomocy osób fizycznych posiadających zezwolenie Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń na wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego. Wprowadzone ograniczenia wolności gospodarczej w sferze pośrednictwa ubezpieczeniowego mają na celu przede wszystkim ochronę uzasadnionych interesów ubezpieczających, w tym i ubezpieczających konsumentów.

Są one wyrazem dążenia do podniesienia poziomu usług ubezpieczeniowych, świadczonych z pomocą (przy współdziałaniu) pośredników ubezpieczeniowych. Stąd też od pośredników ubezpieczeniowych wymaga się spełnienia określonych ustawą wymogów formalnych oraz zdania egzaminu stwierdzającego właściwe przygotowanie do pełnienia niełatwej funkcji na dynamicznie rozwijającym się rynku ubezpieczeniowym. Pośrednictwo ubezpieczeniowe zostało poddane nadzorowi Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń, który ma kompetencję do wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie tej działalności. Na obu pośredników (agentów i brokerów) nałożono

obowiązek działania nie tylko zgodnie z przepisami prawa, ale i zasadami uczciwego obrotu.

Ustawowe uregulowanie pośrednictwa ubezpieczeniowego zasługuje z całą pewnością na ogólną pozytywną ocenę. Należy jednak stwierdzić, że niektóre konkretne kwestie związane ze szczegółowymi uregulowaniami budzić muszą krytyczne uwagi. Ze względu na charakter niniejszego opracowania mogą one być wskazane jedynie przykładowo. Jedną z nich jest sprawa dopuszczalności jednoczesnego bycia agentem ubezpieczeniowym kilku zakładów ubezpieczeń (problem multiagenta), a tym samym możliwość prowadzenia w tym samym czasie działalności agencji na rzecz kilku zakładów ubezpieczeń. Ustawowy liberalizm w tej kwestii nie zawsze idzie w parze z dbałością o należyłą ochronę interesów konsumenta jako biorcy usługi ubezpieczeniowej. Niejednokrotnie można zadawać pytanie, czy występowanie agenta w roli multiagenta jest zgodne z zasadami uczciwego obrotu, które agent ubezpieczeniowy obowiązany jest przestrzegać przy wykonywaniu czynności zawodowych (vide art. 37n ust. 1 ustawy ubezpieczeniowej). Inną kwestią nasuwającą wątpliwości jest pominięcie – w odniesieniu do brokera ubezpieczeniowego – odpowiedniego stosowania przepisu przewidującego zakaz udzielania informacji dotyczących poszczególnych umów ubezpieczenia (vide art. 37n ust. 2 w związku z art. 9 ustawy ubezpieczeniowej).

## **9. Funkcja ochronna Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego**

Wśród instytucji chroniących ubezpieczonego (uprawnionego) konsumenta nie sposób pominąć Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Zadaniem jego jest między innymi zaspakajanie roszczeń osób uprawnionych z tytułu umów ubezpieczenia na życie (w wysokości 50 % wierzytelności, nie więcej jednak niż kwota będąca równoważnością w złotych 30 000 EURO, według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego, zgodnie z tabelą kursową ogłaszaną przez Narodowy Bank Polski, obowiązująca w dniu ogłoszenia upadłości) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń. Należy w tym miejscu zauważyć, że ta regulacja (wprowadzona w 1995 r.) stanowi jeden z niezmiernie rzadko spotykanych w ostatnich latach przykład

ograniczania prawnej ochrony konsumenta, a to dlatego, że pierwotne ujęcie ustawy ubezpieczeniowej było dla uprawnionych o wiele korzystniejsze (roszczenia ubezpieczonych osób fizycznych w przypadku niewypłacalności ubezpieczyciela zaspokajał Fundusz Ochrony Ubezpieczonych w wysokości 100 % w dziale ubezpieczeń na życie, 90 % w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych i 50 % w dziale innych ubezpieczeń).

### **10. Reglamentacja umowy o przeniesienie portfela jako wyraz ochrony interesów ubezpieczonych i uprawnionych**

Każda umowa o przeniesienie portfela (tak całościowego, jak i częściowego) wymaga zatwierdzenia przez organ nadzoru (art. 66 ustawy). W ten sposób ustawa o działalności ubezpieczeniowej uczyniła tę cywilnoprawną umowę nienazwaną szczególnym typem kontraktu. Jest to regulacja oryginalna, ale motywy jej wprowadzenia są bardzo czytelne. Ustawodawca chciał przez to ograniczenie i wprowadzenie szczególnego rodzaju kontroli (zwłaszcza odnoszącej się do zakładu ubezpieczeń przejmującego portfel) w maksymalnym stopniu zabezpieczyć interesy ubezpieczonych i uprawnionych.

Ustawa ubezpieczeniowa przewiduje specjalny tryb postępowania przed zatwierdzeniem umowy o przeniesienie portfela przez organ nadzoru (obowiązek dwukrotnych ogłoszeń o zamierzonym przeniesieniu portfela, wezwanie do ewentualnego zgłaszania sprzeciwu), co ma na celu zachowanie autonomiczności ubezpieczonych i uprawnionych. Wskazane motywy dają też ubezpieczonym, którzy zgłosili sprzeciw, prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na ostatni dzień trzeciego miesiąca od daty zatwierdzenia umowy o przeniesienie portfela.

### **11. Rzecznik Ubezpieczonych jako obrońca konsumentów usług ubezpieczeniowych**

Szczególnego rodzaju instytucją, powołaną przede wszystkim do ochrony interesów ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, w tym zwłaszcza konsumentów, jest Rzecznik Ubezpieczonych. Zakres jego zadań wskazuje w sposób nie budzący wątpliwości,

że służy on przede wszystkim reprezentowaniu i ochronie interesów ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia na dynamicznie rozwijającym się rynku ubezpieczeniowym. Choć ustawa ubezpieczeniowa *expressis verbis* tego nie stanowi, to należy przyjąć, że w zakresie uprawnień Rzecznika Ubezpieczonych leży również reprezentacja interesów uposażonych z umów ubezpieczenia. Obok tego Rzecznik Ubezpieczonych ma w szczególności obowiązek: informowania organu nadzoru o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działalności zakładu ubezpieczeń (choć ustawa nie stanowi tego wprost, wydaje się oczywiste, że powinien on informować organ nadzoru również o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działalności brokerów i agentów ubezpieczeniowych), opiniowania projektów aktów prawnych (a więc nie tylko normatywnych) dotyczących ubezpieczeń oraz inicjowania i prowadzenia działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie ubezpieczeń. Zakres zadań Rzecznika Ubezpieczonych został w ustawie ubezpieczeniowej określony w sposób bardzo ogólny, co nie wydaje się słuszne. W tej mierze byłaby wskazana nieco dalej idąca szczegółowość i konkretność. Jako przykład zagadnienia, które wymagałoby takiej właśnie konkretyzacji można podać potrzebę przeprowadzania monitoringu w stosowanych przez zakłady ubezpieczeń przy zawieraniu umów ubezpieczenia dokumentów (w tym polis) oraz monitoringu treści ustalanych przez zakłady ubezpieczeń ogólnych warunków ubezpieczenia, zwłaszcza w zakresie dokonywania zmian w ich postanowieniach. Jeżeli chodzi o stan *de lege lata*, to w kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych leży informowanie organu nadzoru o dostrzeżonych w stosowanych przez zakłady ubezpieczeń dokumentach nieprawidłowości (art. 90c ust. 1 pkt 3 ustawy ubezpieczeniowej). Wydaje się celowe rozszerzenie w tej mierze zadań Rzecznika Ubezpieczonych w przedstawionym wyżej zakresie, to jest wyraźne wskazanie, iż do zadań Rzecznika Ubezpieczonych należy stałe prowadzenie monitoringu treści ustalanych przez zakłady ubezpieczeń ogólnych warunków ubezpieczenia. W wykonywaniu przedstawionych wyżej rozlicznych zadań Rzecznika Ubezpieczonych powinna wspierać Rada Ubezpieczonych, która jest dwunastoosobowym organem o charakterze opiniodawczo-doradczym. Regulacja prawna dotycząca tego organu jest nad wyraz skromna, a przyznanie Radzie

Ubezpieczonych możliwości składania wniosku o odwołanie Rzecznika Ubezpieczonych przed upływem kadencji jest rozwiązaniem nad wyraz oryginalnym (by nie rzec egzotycznym).

## **12. Uwagi końcowe**

Ochronie prawnej interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych służą – jak już wcześniej wskazano - i inne instytucje prawne, uregulowane w szczególności przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej (na przykład instytucja Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń, czy instytucje przestępstw ubezpieczeniowych), a także instytucje uregulowane przepisami kodeksu cywilnego (na przykład instytucja sądowej skargi na postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń ustalanych przez zakład ubezpieczeń przewidujących rażąco nieuzasadnione korzyści dla zakładu ubezpieczeń – art. 385 k.c., czy ciążący na zakładzie ubezpieczeń obowiązek wyraźnego informowania ubezpieczającego o umieszczeniu w dokumencie ubezpieczeniowym postanowień odbiegających na jego niekorzyść w stosunku do złożonej przez niego oferty lub postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia – art. 811 k.c.).

W prezentowanym referacie skoncentrowano się na wybranych, posiadających istotne znaczenie praktyczne instytucjach służących prawnej ochronie konsumenta usługi ubezpieczeniowej. Generalna ocena regulacji prawnych o charakterze ochronnym nakazuje wyrazić pogląd, że niezbędne jest utrzymanie dostrzegalnego w ostatnich latach kierunku zmierzającego do dalszych ich modyfikacji w celu wzmocnienia pozycji występującego na rynku ubezpieczeniowym konsumenta – biorcy usługi ubezpieczeniowej. Sprzyjającą ku temu sytuację stwarza fakt intensyfikacji prac nad projektami nowych regulacji z zakresu prawa ubezpieczeń gospodarczych.

***Dr Ryszard Zelwiański***

Dyrektor Zespołu Prawa Gospodarczego  
Danin Publicznych i Ochrony Konsumenta  
w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich

## Uwagi o działalności zakładów ubezpieczeń w świetle skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich

1. W uzasadnieniu idei ochrony konsumenta powszechnie wskazuje się na o wiele słabszą – w obecnym stanie postępu cywilizacyjnego – rynkową pozycję konsumenta (zarówno towarów jak i usług) w stosunku do równych, ale tylko formalnie, rzeczywiście natomiast znacznie silniejszych ekonomicznie i organizacyjnie – sprzedawców czy usługodawców. Ta idea rozwinięta w szeregu dokumentów m.in. w rezolucji Rady Europy Nr 543 z 17 maja 1973 r. w sprawie Karty Ochrony Konsumenta, czy w rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej z 1975 r. formułująca ramowy program ochrony konsumenta w relacji współczesnych zagrożeń rynkowych z trudem dopiero przebija się w polskim ustawodawstwie, a także w praktyce sądowej oraz w praktycznych działaniach organów kontroli i nadzoru państwowego (np. dopiero w br. do prawa polskiego zostały wprowadzone zalecenia zawarte w Dyrektywie Rady EWG 93/13 z dnia 5.04.1993 r. określające niedozwolone klauzule w umowach konsumenckich co ma istotne znaczenie także dla treści umów ubezpieczenia).

Nie powinno budzić wątpliwości, że przeciętny konsument usług ubezpieczeniowych jest podmiotem oczywiście słabszym od potężnych finansowo i organizacyjnie zakładów ubezpieczeń, które nie muszą się liczyć – w przypadku sporu – z kosztami postępowania sądowego, a długotrwałość postępowania sądowego w sprawie w któ-

rej zakład jest pozwany przez przeciętnego ubezpieczającego nie ma dla nich żadnego praktycznie znaczenia.

Mogą więc – zamiast prowadzenia rokowań z ubezpieczonym a często także zamiast dokładnego wyjaśnienia samego zdarzenia ubezpieczeniowego i odpowiedzialności zakładu – pozwalać sobie na lakoniczną informację, że ubezpieczony, jeśli nie zgadza się ze stanowiskiem zakładu, może wnieść powództwo do sądu.

Inaczej jest jednak z odbiorcą usług ubezpieczeniowych, który najczęściej sam musi występować przed sądem, bo nie stać go na obrońcę, musi wnieść opłatę sądową, zaliczkę na koszty biegłych i czekać miesiącami a nawet latami, w sytuacji zapaści naszego sądownictwa, na rozstrzygnięcie sporu bo zakład ubezpieczeń będzie składał środki odwoławcze i stać go na to. Dlatego wielu ubezpieczonych, w przypadku sporu z zakładem ubezpieczeń, rezygnuje z wniesienia powództwa do sądu przyjmując odmowę lub zaniżone odszkodowanie. Postępowanie takie daje zakładom ubezpieczeń określone efekty ekonomiczne. Taki obraz rysuje się w skargach kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich.

Prawdą jest także, że odnotowuje się znaczne ilości usiłowanych lub dokonanych oszustw asekuracyjnych, procederu znanego tak długo jak długo prowadzone są ubezpieczenia, którym to zakłady ubezpieczeń powinny skutecznie się przeciwstawiać. Dlatego zakłady ubezpieczeń powinny posiadać własne wyspecjalizowane służby zdolne do skutecznego badania wątpliwych zdarzeń i roszczeń. Nie może to jednak wytwarzać nieprzychylnych sytuacji dla setek tysięcy uczciwych ubezpieczonych.

2. Skargi związane z działalnością zakładów ubezpieczeń kierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich można uszeregować w następujące grupy:

a) skargi związane z zaniżonymi wypłatami świadczeń z umów ubezpieczenia tzw. „starego portfela” w wysokości nie odpowiadającej celowi ubezpieczenia,

b) skargi związane z nieprzeliczaniem wysokości wypłacanych rent wypadkowych i wyrównawczych w wysokościach ustalanych przed wielu laty, niekiedy wręcz w hańbiących wysokościach (kilka

złoty miesięcznie), mimo zmiany stosunków ekonomicznych a więc i realnej wartości pieniądza,

c) skargi związane ze stratami ponoszonymi przez ubezpieczonych lub posiadających roszczenie do ubezpieczonych związane z ogłoszeniem upadłości zakładów ubezpieczeń,

d) skargi na systematyczne podnoszenie przez zakłady ubezpieczeń wysokości składek za obowiązkowe ubezpieczenia OC, w szczególności posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – bez przedstawiania do publicznej wiadomości analizy przyczyn uzasadniających taką podwyżkę potwierdzonej przez badania dokonane przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń oraz – w miarę potrzeby – także przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów,

e) skargi na sposób prowadzenia akwizycji oraz na proces likwidacji szkód,

f) skargi poddające w wątpliwość zgodność z Konstytucją RP niektórych uprawnień Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

**Ad. 2a)** Nadal wpływają liczne skargi związane z nieurealnianiem, pomimo inflacji jaka w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych dotknęła całą gospodarkę i zmiany systemu cen, świadczeń z tytułu ubezpieczenia: rent odroczonych oraz natychmiast płatnych, sum nominalnych ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci (tzw. ubezpieczenia posagowe), a także rent wypłacanych z tytułu odpowiedzialności cywilnej do wysokości ustalonej przed laty sumy gwarancyjnej przewidzianej w warunkach ubezpieczenia.

Akwizycja ubezpieczeń rentowych, a także ubezpieczeń nazwanych „posagowymi”, była podjęta w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych przez PZU za pomocą agresywnej wspieranej przez Państwo reklamy zapewniającej, że ubezpieczenia te zabezpieczą „spokojną starość” a dadzą „posag” młodym osobom wchodzącym w samodzielne życie. Ubezpieczenia te wprowadzono w okresie, gdy ludność wiejska nie korzystała jeszcze z ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczający wpłacali wysokie – wedle ich zarobków – jednorazowe kwoty (lub płacili je w ratach). Wypłacane w latach dziewięćdziesiątych, a i obecnie, kilkunasto – a nawet kilku złotych (po denominacji)



renty są – w ocenie Rzecznika – niedopuszczalnym nadużyciem podrywającym zaufanie do instytucji ubezpieczeniowych.

W dniu 21 października 1991 r. Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił Sądowi Najwyższemu zagadnienie prawne i uzyskał uchwałę składu siedmiu sędziów SN z dnia 10 kwietnia 1992 r. (sygn. akt III CZP 126/91), w której to SN uznał, że wysokość nominalnej renty miesięcznej, określonej w umowie ubezpieczenia renty odroczonej oraz natychmiast płatnej, a także wysokość nominalnej sumy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci – mogą być zmienione na podstawie art. 358<sup>1</sup> § 3 Kodeksu cywilnego. Sąd Najwyższy wskazał przy tym, że pod względem spełnianych funkcji społeczno-gospodarczych ubezpieczenia osobowe są zbliżone do ubezpieczeń społecznych, a motywem ich zawarcia było u zyskanie przez ubezpieczającego w przyszłości określonych świadczeń. Wskazana uchwała SN powinna była doprowadzić do załatwienia tych roszczeń np. drogą ich wykupienia, szczególnie, że SN w uzasadnieniu wskazał, iż obie strony powinny ponieść ryzyko inflacji, a żądanie należytego podwyższenia tych świadczeń ma istotne znaczenie z punktu widzenia zasad współżycia społecznego.

Ten pogląd Sądu Najwyższego nie może być przy tym interpretowany w ten sposób, iż ponieważ obie strony powinny ponieść ryzyko inflacji to obowiązki stron „kwitują się” czy „znoszą wzajemnie”. Pogląd Sądu Najwyższego wyraźnie wskazuje na obowiązek dokonania zmian wysokości tych świadczeń, natomiast nie w pełnej wysokości.

Mimo to, odpowiednią waloryzację ubezpieczający zmuszeni są często uzyskiwać w drodze powództwa sądowego. Rzecznik od lat udziela ubezpieczającym pomocy prawnej w ich działaniach. Także w niektórych przypadkach, gdy żądanie ubezpieczającego dotyczące waloryzacji świadczenia już wykonanego zostaje przez ubezpieczyciela w sposób automatyczny oddalone – Rzecznik, po zbadaniu stanu faktycznego wskazuje na treść wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1993 r. (sygn. CRN 74/93) wyjaśniając, czy i kiedy spełnienie świadczenia pieniężnego w nominalnej wysokości (odmiennie niż to często interpretuje ubezpieczyciel) nie stanowi właściwego wyko-

nania zobowiązania (art. 354 Kc), a zatem nie zawsze powoduje wygaśnięcie zobowiązania.

Podobna sytuacja występuje w związku z obsługiwanymi jeszcze rentami z tytułu ubezpieczenia NW szkolnego w związku z wypadkami powodującymi trwałe kalectwo.

Wbrew poglądom PZU na Życie S.A., które przejęło te zobowiązania od b. PZU nierozwiązanie problemu starego portfela ubezpieczeń powoduje utratę zaufania do tego zakładu ubezpieczeń i do ubezpieczeń życiowych w ogóle co – być może – warto głębiej rozważyć.

**Ad. 2b)** Równie liczne skargi są kierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich przez osoby otrzymujące renty powypadkowe (renty uzupełniające) płacone z tytułu ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej sprawców szkody. Renty te, to obecnie – często – znikome kwoty wedle przed laty zawartej ugody bądź przed laty zapadłego wyroku. Są to świadczenia, których obsługa i koszt przekazu przewyższają nierzadko kwoty przekazywane poszkodowanym. Wprawdzie zgodnie z art. 907 Kc każda ze stron może w razie zmiany stosunków społecznych żądać zmiany wysokości lub czasu trwania renty, a ubezpieczyciel nie ma obowiązku zmieniać je bez wniosku strony, to jednak niski stan świadomości prawnej znacznej części społeczeństwa przyzwyczajonego w poprzedniej formacji politycznej do tego, że „państwo za nich pomyśli”, nie powinien być przez zakład ubezpieczeń wykorzystywany. I w tych sprawach Rzecznik świadczy skarżącym się pomoc prawną wskazując na ich prawa oraz możliwości i tryb dochodzenia zwaloryzowanych rent, a w części spraw występując bezpośrednio do ubezpieczyciela. Wystąpienia takie – co należy podkreślić – są często załatwiane pozytywnie.

Natomiast niezalatwionymi pozostają niektóre świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników, w których była ustalana wysokość sumy gwarancyjnej, czy świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej różnych zakładów pracy za wypadki powstałe w związku z ruchem tych zakładów, w których to umowach także była określona wysokość sumy gwarancyjnej. Chodzi o sumy gwarancyjne określone przed laty. Renty takie przestają być przez ubezpieczyciela płacone z

chwila wyczerpania sumy gwarancyjnej (w warunkach inflacji suma gwarancyjna szybko zostaje skonsumowana), a poszkodowani pozostają bez świadczeń, bowiem ich dochodzenie od rolnika – sprawcy szkody lub przekształconego własnościowo zakładu pracy są często niemożliwe lub bardzo utrudnione. Rentobiorcy najczęściej nie orientują się, że zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 1991 r. (sygn. akt III CZP 122/91) w sprawach o odszkodowanie z umowy ubezpieczenia, w której określono górną granicę odpowiedzialności, dopuszczalne jest stosowanie art. 357<sup>1</sup> § 1 Kc, a zgodnie z treścią uchwały składu siedmiu sędziów SN z 29 grudnia 1994 r. (sygn. akt III CZP 120/94), podjętej na wniosek Rzecznika, w sprawach o świadczenia z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników, w których określono wysokość sumy gwarancyjnej – w wyjątkowych przypadkach możliwe jest zastosowanie art. 357<sup>1</sup> § 1 Kc. Schematyczne odmowy, jakie są podejmowane przez ubezpieczycieli w takich przypadkach naruszają zasadę sprawiedliwości społecznej.

Ze sprawami rent wypadkowych (art. 444 § 2 Kc) z tzw. starego portfela wiążą się natomiast różne działania, mające na celu obniżanie lub zaniechanie płacenia tych rent, gdy tylko poszkodowany – uprawniony wchodzi w wiek emerytalny. Osiągnięcie wieku emerytalnego i możliwości przejścia na emeryturę, ubezpieczyciel traktuje nie jako uprawnienie, ale jako obowiązek. Powoduje to, że zakład ubezpieczenia wypłacający renty uzupełniające dąży do ich ograniczenia lub odebrania, bo poszkodowani otrzymują już emerytury z ZUS”.

Zauważyć jednak należy, że zmieniły się poglądy zarówno, co do charakteru świadczenia emerytalnego, jak i przepisy prawa o pracy emeryta i zarobkowaniu bez zawieszenia emerytury lub jej zmniejszenia. Art. 103 ust. 2 w związku z art. 104-106 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118) wyraźnie stanowi, że emerytury lub renty nie ulegają zawieszeniu lub zmniejszeniu w sytuacji podjęcia zatrudnienia i osiągnięcia przychodu z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego jeśli emeryt – kobieta ukończyła 60 lat, zaś emeryt – mężczyzna 65 lat. Odwrotnie: roszczenie o wyrównanie szkody może obejmować straty, jakie poszkodowany po-

niósł w sytuacji, gdy nie jest mu dane korzystanie zarówno z emerytury, jak i dodatkowych zarobków, które mógłby uzyskiwać, gdyby nie wyrządzono mu szkody. I w tej sprawie Rzecznik podjął odpowiednie działania, mające na celu przeciwstawienie się tym praktykom.

**Ad. 2c)** Ogłoszenie kolejnych zakładów ubezpieczeń, które utraciły płynność finansową a tym samym i wiarygodność rynkową i którym grozi ogłoszenie upadłości stawia – zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich – pod znakiem zapytania skuteczność nadzoru Państwa nad tą działalnością gospodarczą w której znaczną część ubezpieczeń stanowią ubezpieczenia obowiązkowe do zawarcia których Państwo zobowiązało w drodze ustawowej.

Siedem przypadków utraty płynności finansowej zakładów ubezpieczeń – to zdarzenia podważające zaufanie do polskich zakładów ubezpieczeń.

Skarżący się do Rzecznika podnoszą – jako jedną z przyczyn takiego stanu – niedostateczny nadzór agend państwowych nad działalnością zakładów ubezpieczeń.

Ich rozgoryczenie jest zrozumiałe jeśli zważy się, że Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny tylko w części pokrywa straty ubezpieczonych – zgodnie z treścią art. 51 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. z 1996 r. Dz.U. Nr 11, poz. 62 z późn.zm.) – przy czym z chwilą ogłoszenia upadłości zawarte umowy ubezpieczenia tracą ważność, co nie wydaje się rozwiązaniem prawidłowym w stosunku do umów obowiązkowego ubezpieczenia, których obsługę – w takim przypadku – do czasu wyekspirowania, powinien przejmować Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny pobierający także kary za niezawarcie ubezpieczenia.

Jak w skutkach swoich ważą upadłości zakładów ubezpieczeń na losach ubezpieczonych wskazuje wieloletni proces postępowania upadłościowego „Westy” i „Westy Life”. Nietrafna – moim zdaniem – koncepcja trybu zaspokojenia roszczeń ubezpieczających po ogłoszeniu upadłości zakładów ubezpieczeń „Westa” i „Westa Life”, wywołująca tysiące skarg osób oczekujących na wypłatę, spowodowała przedstawienie przez Rzecznika już w 1997 r. zagadnienia prawnego Sądowi Najwyższemu. Rzecznik nie uważał bowiem za trafny tryb likwidacji, przyjęty przez sędziego-komisarza.

Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów SN z 27 października 1993 r. (sygn. III CZP 103/93) wskazał na możliwość innego trybu likwidacji, a mianowicie, iż: „Fundusz Ochrony Ubezpieczonych (chodzi o stan prawny przed zmianą ustawy) – powołany zarządzeniem Ministra Finansów z dnia 27 sierpnia 1992 r. w sprawie powołania Funduszu Ochrony Ubezpieczonych, jego organizacji i trybu działania oraz procentu składki wnoszonej przez ubezpieczycieli na ten fundusz (M.P. nr 29, poz. 202) – zaspokaja roszczenia ubezpieczonych osób fizycznych w granicach art. 57 ust. 2 zd. 2 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. nr 59, poz. 344), także po ogłoszeniu upadłości niewypłacalnego ubezpieczyciela, bez potrzeby uprzedniego wpisania tych roszczeń na listę wierzycieli sporządzoną w toku postępowania upadłościowego i ich uznania przez sędziego-komisarza (art. 161 i 162 prawa upadłościowego).

Wywołana przez Rzecznika uchwała SN z 27 października 1993 r. stała się podstawą dla nowej treści art. 56 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (po nowelizacji).

Problem nadzoru nad działalnością zakładów ubezpieczenia nabiera pierwszorzędnej wagi. Zgodzić się trzeba z oceną wyrażoną przez Ministra Finansów, że działania PUNU były nie w pełni zdecydowane oraz opóźnione (pismo Podsekretarza Stanu Rafała Zagórno z dnia 20.11.1999 r. (FI/2477/Au/KD 199).

Jak wskazuje Prezes PUNU Pani Danuta Wałczak – jeszcze kilka innych towarzystw ubezpieczeniowych – jeśli nie zdobędą inwestorów -mogą mieć problemy na rynku (Gazeta bankowa Nr 1/2000 str. 19). Nie ustała bowiem praktyka, stosowana przez nowopowstające zakłady, szybkiego powiększania „portfela” ubezpieczeń, przy stosowaniu konkurencyjnych stawek, życia ponad stan bez kalkulacji przyszłościowych wypłat, które nieuchronnie nastąpią w ciągu następnych lat.

W związku z wprowadzeniem nowego systemu ubezpieczeń rentowych nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń musi być tym bardziej głębszy, aby nie powstało zagrożenie upadłości ubezpieczycieli obsługujących II i III Filar systemu ubezpieczeń społecznych.

(Argentyna, która ma podobny system ubezpieczeń przeżyła – ciężkie w skutkach – załamania w tym sektorze).

**Ad. 2d)** Podwyższanie przez zakłady ubezpieczeń wysokości składek za ubezpieczenia obowiązkowe bez podawania do wiadomości publicznej umotywowanych konkretnie przyczyn kolejnych podwyżek, których zasadność sprawdził wcześniej właściwy organ administracji, to brak – zdaniem Rzecznika – dostatecznego nadzoru nad tymi ubezpieczeniami ze strony organów państwa. Sytuacja ta powoduje napływ znacznej ilości skarg.

Cztery rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych wymienione w art. 4 pkt 1-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wzrosły – na mocy innych ustaw – do dziewięciu. Obowiązkowymi ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku działalności zawodowej objęte zostały także:

- podmioty uprawnione do badania sprawozdań finansowych,
- podmioty eksploatujące energię jądrową,
- doradcy podatkowi,
- szkody wyrządzone zanieczyszczeniami olejami,
- podmioty prowadzące działalność brokerską,
- ubezpieczeniem obowiązkowym od następstw nieszczęśliwych wypadków wynikłych na skutek uprawiania sportu objęci zostali zawodnicy sportowi.

Rzecznik – odmiennie od poglądu Ministra Finansów, który uważa, że „najlepszym i jedynie właściwym weryfikatorem wysokości składek ubezpieczeniowych w realiach gospodarki wolnorynkowej jest konkurencja na rynku ubezpieczeń (pismo z dnia 15.04.1999 r. FI/469/LE/JZ/99) – stoi na stanowisku, że jeśli państwo nakazuje obywatelom, pod groźbą kary (opłaty karnej), zawierać określone przez ustawę umowy ubezpieczenia na warunkach ustanawianych rozporządzeniami Ministra Finansów, to jednocześnie państwo powinno przez swoje organy precyzyjnie kontrolować, czy system taryf za te ubezpieczenia jest ustalany na podstawie prawidłowo dokonywanej oceny i klasyfikacji ryzyka przyjmowanego przez ubezpieczonego w ramach danego ubezpieczenia, czy oceny ryzyka dokonywane przez zakłady ubezpieczeń były poprzedzone analitycznymi badania-

mi danych statystycznych, opiniami rzeczoznawców itp. Brak komputerowej analitycznej rejestracji ubezpieczeń i szkód staje na przeszkodzie takim badaniom.

Badania organu państwowego sprawdzające – w trybie nadzoru – wysokość stawek za ubezpieczenia obowiązkowe oraz przyczyny ich podnoszenia nie naruszają zasady wolności gospodarczej (art. 22 Konstytucji RP) ani zasady swobody kontraktowania (art. 353 k.c.). Analiza językowa i celowościowa treści art. 5 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie dają podstaw dla wniosku, że taryfy za ubezpieczenia obowiązkowe nie powinny być badane przez organ nadzoru administracji państwowej, szczególnie, gdy zgodnie z treścią art. 82a ustawy zadaniem nadzoru ubezpieczeniowego jest „ochrona interesów osoby ubezpieczeniowej, w szczególności zaś podejmowanie działań mających na celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania rynku ubezpieczeń i ochronę ubezpieczonych” (art. 82a ust. 2 pkt 1).

Takie badania – zdaniem Rzecznika – powinny być dokonywane przed każdorazową zmianą taryfy i podaniem jej do wiadomości publicznej. Każdy bowiem obowiązek nałożony przez państwo na obywatela powinien jednocześnie powodować określone obowiązki gwarancyjne ze strony państwa, mające na celu dopilnowanie, aby ciężar tego obowiązku był uzasadniony odpowiednimi potrzebami i aby nie był dowolnie zwiększany oraz aby potrzeba jego ponoszenia w określonej wielkości była społeczeństwu w sposób przekonywający przekazywana.

**Ad. 2e)** Wiele skarg dotyczy sposobów prowadzenia akwizycji. Dla zawierającego umowę ubezpieczenia sprawą niezwykle istotną jest rzetelność akwizycji. Skargi kierowane do Rzecznika zawierają stwierdzenia, że przedstawiciele ubezpieczyciela w sposób niedokładny wyjaśniają w czasie zawierania umowy ubezpieczenia rzeczywisty zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nie zwracając, w sposób dostateczny, uwagi ubezpieczających na zakres wyłączeń. aby tylko zawrzeć umowę ubezpieczeniową i pobrać prowizję. 21 Kwietnia 1999 r. Rzecznik zwrócił się do Prezesa Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń z wnioskiem o zalecenie zakładom ubezpieczeń, aby – wzorem innych ubezpieczycieli europejskich (np. nie-

mieckich) – postanowienia o wyłączeniu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za powstałą szkodę w ubezpieczeniu standardowym podawane były drukiem wyfluszczonym w sposób „rzucający się w oczy”. I to w sposób jednoznaczny. Wyłączenia powinny być podawane w o.w.u. Stanowienie o wyłączeniach w Taryfie składki wydaje się niedopuszczalne.

Tragiczne w skutkach niedawne powodzie wykazały, że wiele zawartych umów ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych było zawieranych z wyłączeniem odpowiedzialności za szkody spowodowane powodzią. Część poszkodowanych twierdziła, że zawierając umowę ubezpieczenia nie zdawała sobie sprawy z ograniczonego zakresu ubezpieczenia, którego nazwa była myląca. Mogą to być stwierdzenia nieprawdziwe, ale zważyć należy, że niektóre ryzyka były zwyczajowo przez dziesiątki lat objęte ubezpieczeniem standardowym np. powodzi – w ubezpieczeniu od ognia i innych zdarzeń losowych czy kradzieży – w ubezpieczeniu pojazdów od uszkodzeń (auto-casco). Ograniczenie ryzyk w ubezpieczeniu standardowym, mające na celu obniżenie składki, aby przyciągnąć klienta – przynosi niekiedy tragiczne skutki.

Zakłady ubezpieczeń nie mogą nie liczyć się z faktem, że wielu ubezpieczających nie czyta ogólnych warunków ubezpieczeń, często też czytając je – nie rozumie ich treści. Oczywiście, niezrozumienie się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia – to ryzyko samego ubezpieczającego. Zakłady ubezpieczeń nie powinny jednak wykorzystywać sytuacji zawierania ubezpieczeń przy niepełnej świadomości ubezpieczającego co do zakresu ubezpieczenia.

Setki skarg i listów kierowanych do Rzecznika, na podstawie których podejmuje postępowania wyjaśniające w indywidualnych sprawach, dotyczą przebiegu likwidacji szkód, w tym najczęściej szkód, w których zakład ubezpieczeń występuje jako ubezpieczyciel odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody. Ubezpieczający zarzucają zakładom ubezpieczeń asekuracyjny tryb likwidacji, dążący do minimalizacji szkody, ciągnący się miesiącami, w którym ciężary biegu likwidacji zostają przerzucane na barki poszkodowanych. Zdając sobie pełni sprawę z obowiązku zakładów ubezpieczeń w zwalczaniu prze-



stępczości ubezpieczeniowej w każdej jej postaci i wspierając takie działania, Rzecznik nie może jednak akceptować coraz bardziej krzewiącej się formy „likwidacji szkód z za biurka”, w czasie której likwidator szkody wydaje tylko polecenia dostarczania przez poszkodowanego coraz to nowych dokumentów, w tym oświadczeń nawet niewątpliwego sprawcy szkody, mimo iż takie oświadczenie złożył już natychmiast po zdarzeniu lub został przez policję uznany winnym zdarzenia powodującego szkodę i zapłacił mandat karny, uchylając się tym samym od własnej oceny zdarzenia. Sprawca szkody nie jest zainteresowany w składaniu oświadczeń o swojej winie (może to spowodować np. utratę ulgi w składce ubezpieczenia), tak więc często wycofuje swoje poprzednie oświadczenia, bądź uchyla się od ich złożenia, szuka „lewych świadków” itp.

Prosty niekiedy proces likwidacji ciągnie się miesiącami, a nawet latami, bo likwidator szkody nie chcąc podejmować samodzielnych ocen i woli oczekiwać na wynik postępowania karnego, który – w sytuacji, w jakiej znalazł się polski wymiar sprawiedliwości – może zapaść po upływie wielu miesięcy. Odsyłanie poszkodowanego na drogę postępowania sądowego powinno stanowić wyjątek. Zważyć jednak należy, że taka asekuracyjna likwidacja szkód będzie mogła funkcjonować tak długo, jak długo poszkodowani nie nauczą się dochodzić w pełni swoich roszczeń, w tym szkód powstałych z przewlekłości postępowania szkodowego (a mogą to być roszczenia niemałe). Przedmiotem skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich jest także nieuzasadnione – zdaniem skarżących się – nieuznawanie różnych wydatków poszkodowanych, jakie ponieśli w związku z wyrządzoną im szkodą. Dotyczy to kosztów zastępczego posługiwania się rzeczą, kosztów dodatkowego odżywiania się, leczenia, leków specjalistycznych, kosztów dojazdów na zabiegi rehabilitacyjne, kosztów pobytu w sanatoriach i wielu innych w przypadku szkody na osobie.

**Ad. 2f)** Wątpliwości nasuwają rozwiązania ustawy dotyczące opłat karnych za niezawarcie obowiązkowego ubezpieczenia oraz dotyczące uprawnień Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Art. 90e ustawy stanowi o „sankcjach” za niedopełnienie przez osobę fizyczną lub prawną zawarcia obowiązkowej umowy ubezpie-

czenia, o której mowa w art. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Przewidziana w art. 90e ust. 1 ustawy sankcja przewiduje, w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia wniesienie opłaty w wysokości trzykrotnej średniej podstawowej składki ubezpieczeniowej należnej w roku kalendarzowym. Sankcja ta jest nakładana przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny bez określonej ustawą procedury. Pobranie odbywa się w oparciu o „wezwanie” do zapłaty. Ustawa nie przewiduje trybu zaskarżenia takiego wezwania, a należność – po myśli art. 90e ust. 2 pkt IV podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji

Jest to – w ocenie Rzecznika – rozwiązanie naruszające zasady państwa prawa. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny to podmiot gospodarczy prawa prywatnego nie odpowiadający kryteriom art. 1 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (t.j. Dz. U. z 1991 r. nr 36 z późn. zm.), a należności tegoż Funduszu nie stanowią należności, które po myśli art. 2 tej ustawy podlegają egzekucji administracyjnej. Wprawdzie art. 2 § 1 pkt 3 ustawy stanowi, że egzekucji administracyjnej mogą podlegać także „inne należności pieniężne ... przekazane egzekucji administracyjnej na podstawie przepisu szczególnego”, chodzi tu jednak stale o należności publiczno-prawne.

Sama możliwość dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych na drodze egzekucji administracyjnej jest oczywiście niemożliwa ale w innej konstrukcji prawnej. Jako rażąco sprzeczne z zasadami obowiązującymi w państwie prawa, należy natomiast uznać takie rozwiązania, które umożliwiają wierzycielom dochodzenie ich roszczeń cywilnoprawnych w drodze egzekucji administracyjnej prowadzonej na podstawie własnych tytułów wykonawczych wystawionych przez samego wierzyciela. Jest to także przeniesienie ciężaru dowodu na zobowiązanego.

W polskim systemie prawnym w drodze egzekucji administracyjnej egzekwowane są należności publiczno-prawne. Do tak określonego celu dostosowano postępowanie egzekucyjne, jego strukturę, a przede wszystkim podstawy tej egzekucji. Zarówno w teorii polskiego prawa, jak i w orzecznictwie SN przyjmuje się jako zasadniczy wyznacznik określający prawo cywilne (a co za tym idzie) i charakter uprawnień

poszczególnych podmiotów wynikających z określonych stosunków) metodę regulowania stosunków prawnych na zasadzie równorzędności.

Rozwiązania zawarte w art. 90e ust. 2 pkt 1 ustawy powodują, że w omawianych tu roszczeniach – niewątpliwie cywilnych – mamy do czynienia z typowym przykładem, iż wierzyciel staje się nie tylko sędzią we własnej sprawie, ale i egzekutorem swoich należności, co w państwie prawa jest niedopuszczalne. Bez znaczenia jest przy tym, że technicznie egzekucję prowadzi urząd skarbowy.

Ponadto, co jest nie mniej ważne, taka konstrukcja prawna nakłada na dłużnika obowiązek ponoszenia ewentualnych kosztów postępowania związanego z wytoczeniem przez niego powództwa o ustalenie, że należność nie istnieje.

Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił w tej materii do Trybunału Konstytucyjnego.

Jak wiadomo, niedopełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w art. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, może polegać na opóźnieniu w zawarciu umowy tego ubezpieczenia np. o jeden lub dwa dni w stosunku do daty rejestracji pojazdu i na uchylaniu się od zawarcia takiej umowy. Ustawa nie różni jednak takich stanów. Pobranie opłaty sankcyjnej nie stanowi uregulowania należności. Jest to „kara” zaliczana na poczet dochodów Funduszu. Tak więc podmiot prawa prywatnego otrzymał uprawnienia, których nawet nie posiadają banki, które mają obowiązek uzyskiwania sądowych klauzul wykonalności.

Rzecznik nie jest przeciwny karaniu tych, którzy nie wykonują nakazu ustawowego. Powinno to jednak odbywać się w zgodzie z obowiązującymi w Polsce zasadami prawnymi.

**3.** Rzecznik Praw Obywatelskich zgłaszał Komisji Ustawodawczej Sejmu RP poprzedniej kadencji, szereg uwag do proponowanej nowelizacji ustawy z dnia 28.07.1990 r. o działalności ubezpieczeniowej. Uwagi te nie zostały jednakże wzięte pod rozwagę.

**4.** W niniejszym opracowaniu przedstawiam jedynie krytyczne uwagi o działalności zakładów ubezpieczeń oparte o wpływające i sprawdzone skargi. Do Rzecznika „zadowoleni” raczej nie piszą

skarg. Skarg takich wpływa około 30-40 miesięcznie. Zważyć należy, że skargi płyną także do Rzecznika Ubezpieczonych, do Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń, do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a także do organizacji konsumenckich.

Można oczywiście podnieść, że przedstawiona tu ocena jest jednostronna. Nie było jednakże moim celem przedstawianie osiągnięć rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Dobrze więc stało się, że przed Sejmową Komisją dochodzi do zaprezentowania różnych materiałów i ocen.

## Lista uczestników seminarium

<b>Barańska Joanna</b>	Redakcja - „Prawo i Gospodarka”
<b>Bentkowska Danuta</b>	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
<b>Berkowska Elżbieta</b>	Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu
<b>Berlory Elżbieta</b>	Redakcja - „Boss-Gospodarka”
<b>Bogucka Łucja</b>	100% Ubezpieczeń
<b>Bolek Juliusz</b>	PZU Życie S.A.
<b>Bombała Robert</b>	Redakcja - „Parkiet”
<b>Bryński Piotr</b>	Energio-Asekuracja S.A.
<b>Czerwińska Ewa</b>	Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu
<b>Gałkiewicz B.</b>	Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych S.A.
<b>Gawlas Cezary</b>	Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń
<b>Gieros Andrzej</b>	Redakcja - „Życie”
<b>Giziński Henryk</b>	broker (Opole)
<b>Gładysz Andrzej</b>	COMMERCIAL UNION Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
<b>Głowacki Jacek</b>	Biuro Studio i Ekspertyz Kancelarii Sejmu
<b>Herde Jacek</b>	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
<b>Janczyk Marek</b>	Miejski Rzecznik Konsumentów w Poznaniu
<b>Kiziewicz Ewa</b>	Biuro Rzecznika Ubezpieczonych
<b>Klimczyk Mariusz</b>	Urząd Miejski w Suwałkach
<b>Koralewski Jerzy</b>	poseł
<b>Kowalewski Eugeniusz</b>	Uniwersytet M. Kopernika w Toruniu
<b>Krajewski Jerzy</b>	Redakcja - „Twój Pieniądz”
<b>Krawczyk Krystyna</b>	Biuro Rzecznika Ubezpieczonych
<b>Kuczyk Grzegorz</b>	Federacja Konsumentów
<b>Kufel Jan</b>	Akademia Ekonomiczna w Poznaniu

<b>Kulesza Ewa</b>	Generalny Inspektor Danych Osobowych
<b>Kurowska Marianna</b>	Sejmik Kujawsko-Pomorski
<b>Lewandowska Iwona</b>	Redakcja - „Prawo Asekuracyjne”
<b>Manis Katarzyna</b>	Starostwo Powiatowe - Janów Lubelski
<b>Michalik Lech</b>	Zakład Ubezpieczeń i Reasekuracji POLONIA S.A.
<b>Mintoft-Czyż Tomasz</b>	Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczenio- wych i Reasekuracyjnych
<b>Nowak Ryszard</b>	Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń
<b>Ochocka Iwona</b>	Towarzystwo Ubezpieczeń AMPLICO LIFE S.A.
<b>Pawlus Tadeusz</b>	poseł
<b>Piłka Mirosława</b>	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
<b>Półczyńska Elżbieta</b>	Poznański Klub Federacji Konsumentów
<b>Puzio Zdzisław</b>	Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Emerytalnych PETRUS S.A.
<b>Rasz Hanna</b>	Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu
<b>Remuszko Mieczysław</b>	Redakcja – „Auto Moto”
<b>Rogowski Stanisław</b>	Rzecznik Ubezpieczonych
<b>Sangowski Tadeusz</b>	Akademia Ekonomiczna w Poznaniu
<b>Sawicki Marek</b>	poseł
<b>Siwiec Marta</b>	Towarzystwo Ubezpieczeń ZURICH S.A.
<b>Sobieska Liliana</b>	Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie NATIONALE NEDERLANDEN Polska S.A.
<b>Soroka Tadeusz</b>	Towarzystwo Ubezpieczeniowe DAEWOO S.A.
<b>Stankiewicz Dorota</b>	Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu
<b>Strzelec Emilia</b>	Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA- STU S.A.
<b>Szumlicz Tadeusz</b>	Szkoła Główna Handlowa
<b>Twardowska Katarzyna</b>	PZU Życie S.A.
<b>Wałczarz Danuta</b>	Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń
<b>Woźniak Jan</b>	Urząd Gminy - Urzędów

<b>Wymysłowski Sławomir</b>	Federacja Konsumentów
<b>Wysocki Jerzy</b>	Polska Izba Ubezpieczeń
<b>Zajac Jerzy</b>	poseł
<b>Zborowska Władysława</b>	Konsumencki Instytut Jakości
<b>Zelwiański Ryszard</b>	Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
<b>Zubrzycka Iwona</b>	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów