

**SPRAWOZDANIE
RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH
ZA
2011 ROK**

Warszawa, luty 2012 r.

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	4
I. Zmiany w przepisach stanowiących podstawy prawne działania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych .	7
II. Organizacja i finanse	9
1. Stan osobowy	9
2. Lokal i wyposażenie	9
3. Finanse	10
III. Działania o charakterze ogólnym	14
1. Działania z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	14
1.1. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Ministerstwem Finansów	14
1.2. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów	15
1.3. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Komisją Nadzoru Finansowego	20
1.4. Inne czynności o charakterze ogólnym	21
2. Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa, które ujawniły się w orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego	23
3. Działania w zakresie problematyki zabezpieczenia emerytalnego	29
IV. Opiniowanie aktów prawnych i udział w pracach legislacyjnych	30
1. Ubezpieczenia gospodarcze	30
2. Zabezpieczenie emerytalne	62
V. Analiza wzorców umownych - ogólnych warunków ubezpieczenia	68
VI. Formy bezpośredniej pomocy na rzecz konsumentów i innych podmiotów	70
1. Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	70
1.1. Tematyka skarg	74
1.2. Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	84
1.3. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wyniki interwencji	87
1.4. Liczba skarg kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń	94
2. Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych	116
2.1. Podział skarg ze względu na podmiot, wobec którego została wniesiona skarga	119
2.2. Tematyka skarg	122
2.3. Sposób załatwienia spraw wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych i wyniki interwencji	124
3. Dyżury telefoniczne	125
3.1. Dyżury z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	125
3.2. Dyżury z zakresu zabezpieczenia emerytalnego	148
4. Listy napływające drogą elektroniczną (e-maile)	150
5. Przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla sprawy	154
5.1. Podstawy prawne	154

5.2. Wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy	156
VII. Działalność edukacyjno-informacyjna.....	160
1. Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych	160
2. Współpraca z mediami i publikacje	162
3. „Monitor Ubezpieczeniowy”	164
4. „Rozprawy Ubezpieczeniowe”	164
5. Konkurs na najlepszą pracę dokorską, magisterską, licencjacką (dyplomową) oraz podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.....	166
6. Współpraca z organizacjami konsumenckimi oraz powiatowymi i miejskimi rzecznikami konsumentów ...	167
7. Udział w konferencjach, sympozjach, seminariach itp.	169
8. Współpraca ze środowiskiem akademickim.....	176
VIII. Współpraca międzynarodowa	178
1. FIN-NET – Financial Network	178
2. INFOSOS – International Network of Financial Services Ombudsman Schemes	180
3. Komisja Europejska	180
4. Parlament Europejski.....	181
5. Inne działania na polu współpracy międzynarodowej	181
IX. Rada Ubezpieczonych.....	183
X. Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych	185
1. Geneza i podstawy prawne działania Sądu Polubownego	185
2. Organizacja i zasady funkcjonowania Sądu Polubownego	186
3. Koszty działalności Sądu Polubownego.....	187
4. Arbitrzy Sądu Polubownego	187
5. Wnioski kierowane do Sądu Polubownego	188
6. Popularyzacja pozasądowego rozstrzygania sporów	190
XI. Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej	192
XII. Wnioski	197
ZAŁĄCZNIKI.....	205
Załącznik nr 1. „Monitory Ubezpieczeniowe” wydane w 2010 r.	205
Załącznik nr 2. Zeszyty Naukowe „Rozprawy Ubezpieczeniowe” wydane w 2010 r.	205

Wykaz skrótów

AC, autocasco – ubezpieczenie pojazdów mechanicznych od zniszczenia i uszkodzeń oraz kradzieży

BRPO – Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

BRU – Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

ds. – do spraw

Dz. U. – Dziennik Ustaw

FEU – Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej

FUS – Fundusz Ubezpieczeń Społecznych

IKE – Indywidualne Konto Emerytalne

IKZE – Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego

jedn. – jednolity

k.c. – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)

k.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

KNF – Komisja Nadzoru Finansowego

KNUiFE – Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych

k.p.c. – ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.)

MF – Ministerstwo Finansów

m.in. – między innymi

MNiSW – Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

MS – Ministerstwo Sprawiedliwości

MU – Monitor Ubezpieczeniowy, wydawnictwo Rzecznika Ubezpieczonych

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NNW – Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków

OC – odpowiedzialność cywilna

OFE – otwarty fundusz emerytalny

o.w.u. – ogólne warunki ubezpieczenia

PBUK – Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

PIU – Polska Izba Ubezpieczeń

pkt – punkt

por. – porównaj

poz. – pozycja
późn. zm. – późniejszymi zmianami
PPE – pracownicze programy emerytalne
ppkt – podpunkt
pt. – pod tytułem
PTE – Powszechne Towarzystwo Emerytalne
roz. – rozdział
RP – Rzeczpospolita Polska
RPO – Rzecznik Praw Obywatelskich
RRRF – Rada Rozwoju Rynku Finansowego
RU – Rzecznik Ubezpieczonych
S.A. – Spółka Akcyjna
SN – Sąd Najwyższy
SOKiK – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
sygn. – sygnatura
tab. - tabela
TU – Towarzystwo Ubezpieczeń
TUO – Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych
TUiR – Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji
TUW – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
UFG – Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
UE – Unia Europejska
UKNF – Urząd Komisji Nadzoru Finansowego
UOKiK – Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
ust. – ustęp
WPiA – Wydział Prawa i Administracji
ww. –wyżej wymieniony
VAT, podatek VAT – podatek od towarów i usług
ZBP – Związek Banków Polskich
zd. – zdanie
ZU – zakład ubezpieczeń
ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych
zw. - związku

ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.)

ustawa o ochronie konsumentów – ustawa z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczne (Dz. U. Nr 22, poz. 271 z późn. zm.)

ustawa o OFE – ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189 z późn. zm.)

ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym – ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171, poz. 1206)

ustawa o Rzeczniku Ubezpieczonych – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.)

ustawa o Sądzie Najwyższym – ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. Nr 240, poz. 2052 z późn. zm.)

ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych – ustawa z dnia 2 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.)

I. Zmiany w przepisach stanowiących podstawy prawne działania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych

W 2011 r. w ustawie o Rzeczniku Ubezpieczonych zostały wprowadzone następujące zmiany:

1. Art. 9 pkt 2) ustawy z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 75, poz. 398 z późn. zm.) zmienił art. 22 w ust. 1 pkt 2, które obecnie otrzymał brzmienie:

„Art. 22. 1. Koszty działalności Rzecznika i jego Biura ponoszą:

(...)

2) powszechne towarzystwa emerytalne w wysokości stanowiącej iloczyn średniej rocznej wartości aktywów otwartego funduszu emerytalnego zarządzanego przez dane powszechne towarzystwo emerytalne i stawki nieprzekraczającej 0,0015%; średnią roczną wartość aktywów otwartego funduszu emerytalnego wylicza się na podstawie wartości aktywów otwartego funduszu emerytalnego ustalonej na ostatni dzień roboczy każdego miesiąca danego roku kalendarzowego”.

Nowy przepis zmienił sposób określania wysokości pokrywanych przez PTE kosztów działalności RU i jego Biura.

2. Ustawa z dnia 16 września 2011 r. o zmianie ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 234, poz. 1388) wprowadziła zmianę w art. 24. Przepis ten otrzymał brzmienie:

„Art. 24. 1. Rzecznik nie może:

1) zajmować innego stanowiska, z wyjątkiem stanowiska naukowo-dydaktycznego lub naukowego w szkole wyższej, w Polskiej Akademii Nauk, w instytucie badawczym lub innej jednostce naukowej, ani wykonywać innych zajęć zawodowych;

2) należeć do partii politycznej;

3) być akcjonariuszem (udziałowcem) lub członkiem władz zakładów ubezpieczeń oraz wykonywać czynności związanych z działalnością ubezpieczeniową lub pośrednictwem ubezpieczeniowym;

4) być akcjonariuszem oraz wykonywać obowiązków członka zarządu lub rady nadzorczej towarzystwa emerytalnego;

5) wykonywać innych czynności, które pozostawałyby w sprzeczności z jego obowiązkami albo mogłyby wywołać podejrzenie o stronnictwo lub interesowność;

6) prowadzić działalności publicznej niedającej się pogodzić z obowiązkami i godnością jego urzędu.

2. Pracownicy Biura Rzecznika nie mogą:

1) być akcjonariuszami (udziałowcami) lub członkami władz zakładów ubezpieczeń oraz wykonywać czynności związanych z działalnością ubezpieczeniową lub pośrednictwem ubezpieczeniowym, a także podejmować zatrudnienia w zakładzie ubezpieczeń na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo na podstawie innej umowy o podobnym charakterze;

2) być akcjonariuszami oraz wykonywać obowiązków członka zarządu lub rady nadzorczej towarzystwa emerytalnego, a także podejmować zatrudnienia w takim towarzystwie na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo na podstawie innej umowy o podobnym charakterze;

3) podejmować zatrudnienia w funduszu emerytalnym na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo na podstawie innej umowy o podobnym charakterze;

4) wykonywać innych czynności, które pozostawałyby w sprzeczności z ich obowiązkami albo mogłyby wywołać podejrzenie o stronnictwo lub interesowność”.

Nowy przepis rozszerzył ograniczenia w zakresie wykonywania przez RU i Rzecznika Praw Pacjenta i jego zastępców innej działalności zawodowej w okresie pełnienia funkcji.

II. Organizacja i finanse

1. Stan osobowy

1.1. W okresie sprawozdawczym do dnia 10 listopada 2011 r. funkcję Rzecznika Ubezpieczonych pełniła Halina Olendzka (kadencja: od 10 listopada 2007 r. do 10 listopada 2011 r.).

Od dnia 10 listopada 2011 r. funkcję Rzecznika Ubezpieczonych pełni Aleksandra Wiktorow (kadencja: od 10 listopada 2011 r. do 10 listopada 2015 r.).

1.2. W roku 2011 w BRU zatrudnionych było 37 osób w wymiarze pełnego etatu. 25 osób z tej grupy wykonywało zadania merytoryczne, 12 osób – administracyjno-biurowe.

RU w ramach umów o dzieło lub zlecenia współpracował z 56 ekspertami, którzy rozpatrywali sprawy indywidualne (skargi), przygotowywali do sądów oświadczenia RU zawierające pogląd istotny dla sprawy, analizowali teksty wzorców umownych – o.w.u., a także wykonywali czynności w zakresie działań edukacyjno-informacyjnych. W okresach natężenia pracy zawierano w zależności od bieżących potrzeb, krótkoterminowe umowy cywilne z 10 innymi osobami, wykonującymi różne zadania pomocnicze.

Zarówno etatowi pracownicy merytoryczni, jak i eksperci, to osoby legitymujące się znajomością prawa, zwłaszcza prawa ubezpieczeniowego i zabezpieczenia społecznego. Znaczna część tych osób posiada również doświadczenie praktyczne w zakresie działalności ubezpieczeniowej, funkcjonowania organów i instytucji publicznych bądź pracy naukowej i naukowo-dydaktycznej. Wśród osób z wykształceniem prawniczym (38 osoby) 13 osób posiada uprawnienia radcowskie bądź adwokackie.

Taka struktura i sposób zatrudniania podyktowane są specyfiką zadań Urzędu RU, różnym ich nasileniem, a także względami racjonalnej gospodarki finansowej (redukcji kosztów działalności BRU przy jednoczesnej gwarancji wysokiej i profesjonalnej jakości świadczonych usług).

2. Lokal i wyposażenie

Siedziba BRU (od lipca 2002 r.) mieści się przy Al. Jerozolimskich 44, zajmując powierzchnię 401 m². Powierzchnia biurowa obejmuje 361 m² / 16 pomieszczeń / oraz 40 m²

z przeznaczeniem na archiwum.

W 2011 r. zakupiono dodatkowy serwer oraz 9 zestawów komputerowych. Doposażono w koniecznym zakresie wyposażenie pomieszczeń biurowych i magazynowych. Wykonano również drobne prace konserwatorskie.

3. Finanse

Źródła finansowania działalności RU określa art. 22 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych oraz wydane na podstawie delegacji zawartej w tej ustawie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie wpłat na pokrycie kosztów działalności Rzecznika Ubezpieczonych i jego Biura (Dz. U. z 2011 r., Nr 90, poz. 522).

Zgodnie z § 3 wskazywanego przepisu zakład ubezpieczeń ustala co miesiąc zaliczkę na poczet kosztów Rzecznika Ubezpieczonych w wysokości 0,0071% sumy składek przypisanych brutto w miesiącu poprzednim, natomiast PTE ustala zaliczkę w wysokości 1/12 kwoty stanowiącej iloczyn stawki 0,0008% i średniej rocznej wartości aktywów OFE. Analogicznie jak w poprzednich latach Urząd RU utrzymywał się z owych wpłat oraz – w zakresie części dotyczącej działalności Sądu Polubownego przy RU – z opłat stron uczestniczących w postępowaniach przed tym Sądem (por. roz. X pkt 4). Pozostałe niewielkie przychody stanowią przychody finansowe – odsetki oraz pozostałe przychody operacyjne. Szczegółowe dane dotyczące przychodów Rzecznika Ubezpieczonych w 2011 r. przedstawia Tabela nr 2.

Koszty RU przeznaczone są, co do zasady, głównie na wynagrodzenia, czynsz oraz pozostałe koszty utrzymania Biura. Dane dotyczące kosztów w 2011 r. zostały zaprezentowane w Tabeli nr 3.

W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu środków finansowych do bieżącego pokrywania zobowiązań Urzędu, w sytuacji zróżnicowania miesięcznych wpłat zaliczek na poczet kosztów, RU zawarł umowę kredytową z Bankiem Gospodarstwa Krajowego I Oddział w Warszawie, który przyznał Rzecznikowi kredyt otwarty w rachunku bieżącym w kwocie 200 000,00 zł. Kredyt zabezpiecza zdolność terminowego wywiązywania się RU z comiesięcznych zobowiązań wobec znacznego zróżnicowania poziomu wpłat w poszczególnych miesiącach. Na dzień 31 grudnia 2011 r. RU nie posiadał zadłużenia

wobec Banku Gospodarstwa Krajowego I Oddział w Warszawie z tytułu kredytu otwartego w rachunku bieżącym.

Tabela nr 1
Wysokość przychodów i kosztów RU w 2011 r.

Miesiąc	Przychody	Koszty¹
styczeń	332 262,00	400 510,00
luty	477 874,00	519 966,00
marzec	383 780,00	421 914,00
kwiecień	593 113,00	536 157,00
maj	473 729,00	443 297,00
czerwiec	522 462,00	561 517,00
lipiec	544 797,00	540 658,00
sierpień	548 940,00	481 582,00
wrzesień	455 436,00	433 671,00
październik	1 498 643,00 ²	574 054,00
listopad	769,00	573 836,00
grudzień	364 295,00	708 489,00
Ogółem	6 196 100,00	6 195 651,00

¹ Koszty uwzględniają wszystkie obciążenia RU również koszty Sądu Polubownego, które w 2011 r. wyniosły 480,00 zł.

² Zgodnie z § 3 ust. 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 kwietnia 2011 r. zaliczki za trzy ostatnie miesiące ZU i PTE wpłacają do 31 października w wysokości trzykrotności zaliczki wpłaconej za miesiąc poprzedni.

Tabela nr 2
Wysokość przychodów RU w 2011 r.

Miesiąc	Przychody	Przychody od zakładów ubezpieczeń	Przychody od powszechnych towarzystw emerytalnych	Przychody z działalności Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych	Przychody finansowe (odsetki)	Pozostałe przychody operacyjne
styczeń	332 262,00	331 754,00	0,00	60,00	129,00	319,00
luty	477 874,00	347 034,00	130 462,00	45,00	14,00	319,00
marzec	383 780,00	292 951,00	76 271,00	60,00	39,00	14 459,00
kwiecień	593 113,00	353 300,00	239 313,00	15,00	22,00	463,00
maj	473 729,00	325 571,00	145 131,00	60,00	0,00	2 967,00
czerwiec	522 462,00	369 569,00	152 301,00	0,00	27,00	565,00
lipiec	544 797,00	386 737,00	157 460,00	0,00	26,00	565,00
sierpień	548 940,00	394 674,00	153 546,00	30,00	19,00	671,00
wrzesień	455 436,00	296 593,00	151 381,00	30,00	111,00	7 321,00
październik	1 498 643,00	893 576,00	604 347,00	15,00	34,00	671,00
listopad	769,00	0,00	0,00	45,00	53,00	671,00
grudzień	364 295,00	247 925,00	112 430,00	45,00	373,00	3 522,00
Ogółem	6 196 100,00	4 239 684,00	1 922 650,00	405,00	847,00	32 514,00

Tabela nr 3
Wysokość kosztów RU w 2011 r.

Lp.	Treść	Koszty (w zł)
A.	Koszty działalności operacyjnej	6 058 926,00
1.	Amortyzacja	55 896,00
2.	Zużycie materiałów i energii: - wydatki dotyczące wyposażenia Biura – zakup mebli i małowartościowego sprzętu biurowego - materiały biurowe - pozostałe (środki czystości, eksploatacja samochodu służbowego, prasa, literatura fachowa, zakup energii itp.)	<u>143 846,00</u> 23 487,00 100 857,00 19 502,00
3.	Usługi obce: - czynsz i opłaty parkingowe - usługi pocztowe - usługi telekomunikacyjne - remonty (m.in. środków trwałych, naprawy pomieszczeń biura wymiana wykładzin naprawy oświetlenia, naprawa maszyn i urządzeń biurowych. - modernizacja sieci telefonicznej – komputerowej, przegląd techniczny samochodu służbowego, wykonanie instalacji elektrycznej i kablowej w BRU) - koszty analizy skarg oraz wykonanie analizy ogólnych warunków ubezpieczeń, usługi informatyczne - pozostałe (są to przede wszystkim koszty pełnienia Administratora Bezpieczeństwa Informacji i inne)	<u>850 818,00</u> 308 645,00 90 462,00 34 718,00 18 675,00 312 566,00 85 752,00
4.	Podatki i opłaty (m.in. wpłaty na PFRON, znaczki skarbowe)	33 113,00
5.	Wynagrodzenie: - podstawowa i dodatkowa lista płac - umowy zlecenia i o dzieło	<u>4 305 283,00</u> 3 167 226,00 1 138 057,00
6.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia na rzecz pracowników: - koszty pracodawcy – ZUS - szkolenia (w tym szkolenie BHP) - inne świadczenia (świadczenia zdrowotne medycyny pracy, artykuły spożywcze na potrzeby pracowników BRU, inne świadczenia wynikające z przepisów o BHP) - odpisy na ZFŚS dot. pracowników	<u>604 863,00</u> 463 110,00 22 487,00 79 994,00 39 272,00
7.	Pozostałe koszty rodzajowe: - ubezpieczenia majątkowe - podróże służbowe, delegacje - pracowników BRU, członków Rady itp. - reprezentacja i reklama - pozostałe	<u>65 107,00</u> 8 289,00 15 326,00 5 510,00 35 982,00
B.	Pozostałe koszty operacyjne (m.in. darowizna na rzecz działalności edukacyjnej w obszarze ubezpieczeń określonej w statucie FEU oraz rezerwa na świadczenia pracownicze: odprawy emerytalne i rentowe oraz nagrody jubileuszowe)	132 497,00
C.	Koszty finansowe (prowizje i odsetki od zaciągniętych kredytów bankowych i inne odsetki stanowiące koszty finansowe)	4 228,00
8.	Ogółem	6 195 651,00

III. Działania o charakterze ogólnym

W 2011 r. RU podjął szereg działań o charakterze ogólnym mających na celu ochronę interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków OFE i uczestników PPE.

1. Działania z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

1.1. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Ministerstwem Finansów

1.1.1. Pismem z dnia 26 stycznia 2011 r., Minister Finansów zwrócił się z prośbą o przedstawienie opinii RU w zakresie propozycji Ogólnopolskiej Komisji Rzemiosł Motoryzacyjnych Związku Rzemiosła Polskiego dotyczącej zmian w systemie rozliczania szkód komunikacyjnych, która zakładała, iż wypłata odszkodowań dokonywana byłaby wyłącznie po przedstawieniu faktury VAT za dokonaną naprawę. W odpowiedzi w dniu 18 lutego 2011 r. RU, pomimo zawartych w projekcie trafnych w części spostrzeżeń, wyraził opinię, iż propozycje przedstawione przez Ogólnopolską Komisję Rzemiosł Motoryzacyjnych Związku Rzemiosła Polskiego są niezgodne z Konstytucją RP, sprzeczne z prawem UE, zasadami wpływającymi z ogólnych norm kodeksu cywilnego, ugruntowanym orzecznictwem sądowym i w konsekwencji zmierzają do naruszenia zasady pełnego odszkodowania, ograniczając wybór sposobu naprawienia szkody, jednocześnie naruszając interesy osób poszkodowanych.

1.1.2. Dyrektor BRU pismem z dnia 29 listopada 2011 r., zwrócił się do Ministra Finansów o wyrażenie opinii w przedmiocie interpretacji zmian w art. 24 ust.1 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych dotyczących ograniczeń związanych z łączeniem stanowiska RU z innymi stanowiskami.

1.2. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów

W 2011 r. RU złożył 17 zawiadomień o podejrzeniu stosowania przez ZU praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów oraz jedno zawiadomienie dotyczące działalności kancelarii odszkodowawczych, w szczególności:

1.2.1. Pismami z dnia 12 kwietnia 2011 r., 18 kwietnia 2011 r., 29 kwietnia 2011 r. oraz 4 maja 2011 r. RU złożył zawiadomienia o podejrzeniu stosowania przez ZU, praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez stosowanie w o.w.u. AC pojazdów mechanicznych, postanowień umownych, które zostały wpisane pod numerami 1265, 2001 oraz 2012 do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479⁴⁵ k.p.c. Przedmiotowe postanowienia umowne ograniczały wysokość odszkodowania dla ubezpieczonego konsumenta do kwoty netto (bez podatku VAT), w sytuacji kiedy szkoda rozliczana była na podstawie kosztorysu naprawczego, bez przedstawiania faktury za naprawę pojazdu.

Wystąpienia RU dotyczyły kolejno następujących ZU:

- BENEFIA TU S.A. VIG;
- PZM TU S.A. VIG;
- MTU Moje Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.;
- UNIQA TU S.A.;
- STU Ergo Hestia S.A.;
- Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych TUW.

1.2.2. W dniu 21 kwietnia 2011 r., RU poinformował o niezgodnym z prawem postępowaniu firm pośrednictwa finansowego, banków oraz zakładów ubezpieczeń w ramach zawartych umów ubezpieczenia za pośrednictwem instytucji finansowych, tzw. bancassurance. W trakcie realizacji ustawowych obowiązków, RU zaobserwował wiele negatywnych zjawisk w omawianym zakresie związanych w szczególności z:

- 1) odmową wypłaty świadczenia z powodu braku ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) odmową zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia,
- 3) opieszałości w realizacji umowy ubezpieczenia przejawiającej się kolejno:
 - a) przewlekłym postępowaniem ubezpieczycieli;
 - b) późnym zgłaszaniem roszczeń przez bank;

- c) błędnym – niewłaściwym kierowaniem roszczeń przez bank;
- d) zupełnym brakiem zainteresowania i dochodzenia przez bank jako ubezpieczającego roszczeń w ramach postępowania sądowego.

W związku z wystąpieniem, w dniu 26 maja 2011 r. dodatkowo odbyło się spotkanie przedstawicieli UKNF, RU oraz UOKiK, podczas którego została przyjęta strategia dalszych działań celem rozwiązania problemów związanych z rynkiem bancassurance. W dniu 9 czerwca 2011 r., RU zaprezentował Prezesowi UOKiK informacje dotyczące rekomendowanych przez RU działań w obszarze bancassurance. Przedmiotowe propozycje dotyczyły zarówno działań bieżących, jak również konieczności podjęcia w przyszłości niezbędnych prac legislacyjnych w tym zakresie.

1.2.3. W piśmie z dnia 1 lipca 2011 r. RU złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez STU Ergo Hestia S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów polegających na pomniejszeniu kwoty należnego odszkodowania o tzw. potrącenia amortyzacyjne oraz ustalanie wysokości odszkodowania w oparciu o ceny tzw. części alternatywnych w sytuacji, kiedy poszkodowany nie wyraził na to zgody, a wymianie lub naprawie podlegały oryginalne części zamienne pochodzące od producenta – w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

1.2.4. RU pismem z dnia 20 lipca 2011 r. złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez Compensę TU S.A. VIG praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez posługiwanie się w o.w.u. autocasco postanowieniami sprzecznymi z treścią art. 813 § 1 k.c., zgodnie z którym w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

1.2.5. W dniu 28 lipca 2011 r. RU złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez TUiR Allianz Polska S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów polegających na:

- odmawianiu osobom poszkodowanym pokrycia kosztów naprawy pojazdu w sytuacji, gdy koszty te nie przekraczają wartości pojazdu według stanu sprzed wypadku, w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;

- pomniejszaniu kwoty należnego poszkodowanym odszkodowania o tzw. potrącenia amortyzacyjne z tytułu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- ustalaniu przez ZU wysokości odszkodowania za szkody komunikacyjne z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w oparciu o ceny tzw. części alternatywnych w sytuacji, gdy poszkodowany nie wyraził na to zgody, a wymianie lub naprawie podlegały oryginalne części zamienne pochodzące od producenta.

1.2.6. W dniu 28 lipca 2011 r. RU złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez STU Ergo Hestia S.A. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów wskutek zamieszczenia we wzorcu umownym postanowienia, które może być niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ k.c., gdyż przyznaje kontrahentowi konsumenta prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy w zakresie niejasnego i niejednoznacznego pojęcia „poważnej szkody”.

1.2.7. RU w piśmie z dnia 8 sierpnia 2011 r. złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez STU Ergo Hestia S.A. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów polegających na stosowaniu we wzorcu umownym pn. „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pojazdów Mechanicznych od Utraty, Zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) oraz Kosztów Udzielania Natychmiastowej Pomocy Hestia Car Assistance dla Klienta Korporacyjnego” postanowienia z § 3 ust. 16 pkt 2 o.w.u. o treści tożsamej z postanowieniem, które zostało wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone pod numerem 1264 („Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny jest to pojazd wprowadzony: z zachowaniem obowiązku określonego w punkcie 1, lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie, danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia w obrocie”).

1.2.8. Pismem z dnia 8 sierpnia 2011 r., RU poinformował Prezesa UOKiK o możliwości stosowania przez TUiR Allianz Polska S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów polegających na zamieszczeniu we wzorcach umownych postanowień polegających na uzależnianiu braku 10% udziału ubezpieczonego w szkodzie od przeprowadzenia naprawy w warsztacie mającym autoryzację importera danej marki. W odniesieniu do tej sprawy, jedyny raz w 2011 r., Prezes UOKiK nie podzielił argumentacji

RU i uznał, że brak jest podstaw do podjęcia wobec Ubezpieczyciela działań określonych ustawą o ochronie konsumentów.

1.2.9. Pismami z dnia 8 września 2011 r. oraz 3 listopada 2011 r. RU złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez InterRisk TU S.A. VIG oraz HDI Asekuracja TU S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów polegających na pomniejszeniu kwoty należnego odszkodowania o tzw. potrącenia amortyzacyjne oraz ustalaniu wysokości odszkodowania w oparciu o ceny tzw. części alternatywnych w sytuacji, kiedy poszkodowany nie wyraził na to zgody, a wymianie lub naprawie podlegały oryginalne części zamienne pochodzące od producenta – w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

1.2.10. W dniu 26 września 2011 r. RU powiadomił Prezesa UOKiK o podejrzeniu stosowania przez PZU S.A. postanowień Ogólnych warunków obowiązkowego dotowanego ubezpieczenia upraw rolnych, które w świetle art. 385¹ k.c. mogą zawierać niedozwolone postanowienia umowne. W szczególności wątpliwości RU dotyczyły zapisu § 20 pkt 4 ppkt 2 o.w.u., wskazującego iż podstawę obliczenia wysokości szkody częściowej w uprawach rolnych ustala się m.in. na podstawie „Norm do ustalenia wysokości szkody w uprawach rolnych”, które nie są udostępniane ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zaś w trakcie likwidacji szkody, PZU S.A. udostępnia przedmiotowe „Normy” wyłącznie na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

1.2.11. Pismem z dnia 3 listopada 2011 r., RU złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez PZU Życie S.A. nieuczciwej praktyki rynkowej polegającej na stosowaniu we wzorcu umownym – ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia grupowego na wypadek ciężkiej choroby – postanowienia umownego, które może poprzez zawężającą definicję choroby (boreliozy) wprowadzać konsumentów w błąd co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jednocześnie będąc sprzecznym z zasadami współżycia społecznego.

1.2.12. W dniu 7 listopada 2011 r. RU zgłosił zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez stosowanie niedozwolonych postanowień wzorców umownych przez Votum S.A. z siedzibą we Wrocławiu. W ocenie RU należałoby następujące klauzule uznać za niedozwolone:

- § 5 ust. 1 lit. a wzorca, który uzależnia uprawnienie konsumenta do osobistego dochodzenia roszczeń objętych umową lub powierzenia tych czynności innemu podmiotowi niż zleceniobiorca od wyrażenia zgody przez Votum S.A.;
- § 5 ust. 1 lit. c wzorca, który pozbawia jedynie konsumenta uprawnienia do rozwiązania umowy zlecenia i cofnięcia pełnomocnictwa, co pozostaje w sprzeczności z art. 746 k.c. oraz narusza postanowienie art. 101 § 1 k.c.

RU poza składaniem zawiadomień o podejrzeniu stosowania przez ZU praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów równie aktywnie współpracował z Prezesem UOKiK w innych obszarach związanych z ochroną interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

1.2.13. W dniu 4 kwietnia 2011 r. RU przedstawił swoje stanowisko dotyczące problematyki wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia OC (OC) dla powiatowych oraz miejskich rzeczników konsumentów, wskazując m.in. na rozważenie możliwości promowania zawierania przez rzeczników dobrowolnych umów ubezpieczenia OC jako alternatywy dla wprowadzenia obowiązku posiadania takiego ubezpieczenia.

1.2.14. W odpowiedzi na pismo Prezesa UOKiK dotyczące realizacji „Polityki Konsumentckiej na lata 2010-2013”, RU w dniu 6 czerwca 2011 r. przedstawił swoje propozycje dotyczące modyfikacji Rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, które doprowadziłyby do zwiększenia jego przejrzystości i funkcjonalności.

1.2.15. W odpowiedzi na konsultacje prowadzone przez Prezesa UOKiK w związku z „Dezyderatem nr 14 sejmowej Komisji ds. Kontroli Państwowej do Prezesa Rady Ministrów w sprawie zmian legislacyjnych w celu zwiększenia skuteczności ochrony interesów konsumentów”, w pismach z dnia 3 marca 2011 r. oraz 17 czerwca 2011 r. RU zdecydowanie poparł pomysł wprowadzenia do porządku prawnego instytucji domniemania wyrażenia zgody na przystąpienie przez ZU do postępowania w ramach sądownictwa polubownego.

1.2.16. W piśmie z dnia 11 lipca 2011 r. RU przedstawił informacje w sprawie tematu skarg i zapytań konsumentckich, które to dane posłużyły Komisji Europejskiej do

przygotowania edycji tablicy wyników dla rynków konsumenckich w ramach monitorowania wyników dotyczących konsumentów na wspólnym rynku (*Scoreboard*).

1.3. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Komisją Nadzoru Finansowego

1.3.1. W piśmie z dnia 31 marca 2011 r. RU poinformował KNF o problemach z uzyskaniem informacji od RESO EUROPA SERVICE Sp. z o.o. reprezentantem ds. roszczeń lotewskiego zakładu ubezpieczeń BTA SE (dawniej AAS BTA).

1.3.2. W piśmie z dnia 11 lipca 2011 r., RU przedstawił opinię w zakresie proponowanych przez UKNF zmian w ustawie o działalności ubezpieczeniowej dotyczących zapewnienia konsumentom szerszej ochrony w przypadku produktów ubezpieczeniowych powiązanych z inwestycjami w instrumenty finansowe (np. akcje, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, obligacje, itp.).

1.3.3. Pismem z dnia 11 sierpnia 2011 r., RU poinformował UKNF o wątpliwościach dotyczących praktyki CACI Life Limited w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

1.3.4. W dniu 31 sierpnia 2011 r., w ramach porozumienia o współpracy zawartego z KNF w dniu 21 czerwca 2007 r., RU przekazał informacje o liczbie skarg, które wpłynęły do Rzecznika w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 maja 2011 r., dotyczących zastrzeżeń osób poszkodowanych związanych z działalnością zakładów ubezpieczeń w zakresie roszczeń związanych z wynajmem pojazdu zastępczego.

1.3.5. Ponadto RU, w oparciu o art. 20 pkt 4 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, powiadamiał w indywidualnych sprawach UKNF o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działaniach ZU, polegających m.in. na nieprzekazywaniu Rzecznikowi sporządzonych przez ubezpieczyciela kalkulacji oraz wycen będących podstawą stanowiska w przedmiocie wysokości wypłaconego skarżącym odszkodowania, odmowy udostępnienia kopii zawartej umowy ubezpieczenia, braku udzielenia RU wyczerpujących wyjaśnień, rażącej opieszałości

w zakresie podjęcia czynności związanych z likwidacją zgłoszonych szkód majątkowych, indeksacji sumy ubezpieczenia w ramach ubezpieczeń na życie, naruszenia ustawowego terminu do wypłaty odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

1.4. Inne czynności o charakterze ogólnym

W okresie sprawozdawczym RU podejmował także inne czynności o charakterze ogólnym, jak przykładowo:

1.4.1. RU w dniu 12 stycznia 2011 r. przedstawił UFG swoje wątpliwości dotyczące praktyki Funduszu polegającej na odmowie poszkodowanym oraz ich pełnomocnikom wglądu w dokumentację zgromadzoną w aktach szkodowych, odmowę przekazania kserokopii dokumentacji RU oraz interpretację treści art. 442¹ k.c. w zakresie dotyczącym przedawnienia roszczeń wobec UFG. Należy podkreślić, iż powyższe kwestie w wyniku działań RU zostały jednoznacznie rozstrzygnięte w nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, która weszła w życie z dniem 11 lutego 2012 r.

1.4.2. W odpowiedzi na wspólne pismo Prezesa ZBP oraz Prezesa PIU, pismem z dnia 27 stycznia 2011 r., RU przekazał swoje sugestie oraz uwagi na temat przedmiotu i treści kolejnej III rekomendacji w sprawie dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance dotyczącej ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych oferowanych przez banki .

1.4.3. W dniu 2 lutego 2011 r. RU, kierując się interesem konsumentów usług ubezpieczeniowych, wystąpił do Signal Iduna Polska TU S.A. z prośbą o przedstawienie wyjaśnień w zakresie informacji zamieszczonych na witrynie internetowej Ubezpieczyciela, które w związku z niepokojem społecznym dotyczyły zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej dla osób i grup zorganizowanych, które wyjadą do Egiptu po 30 stycznia 2011 r.

1.4.4. RU w dniu 22 marca 2011 r., podjął interwencję w TUO AVIVA S.A. w związku z praktykami Ubezpieczyciela dotyczącymi likwidacji szkód z umów dobrowolnego ubezpieczenia domów i mieszkań związanych z powodzią, która dotknęła południe kraju

w maju oraz w czerwcu 2010 r. W ocenie RU Ubezpieczyciel w sposób nieuprawniony żądał zwrotu wypłacanych osobom ubezpieczonym odszkodowań do wysokości kwoty otrzymanego zasiłku pomocowego przeznaczonego dla powodzian ze środków budżetu państwa.

1.4.5. Pismem z dnia 18 kwietnia 2011 r. RU – w odpowiedzi na pismo RPO – przekazał informacje w przedmiocie problematyki przestrzegania przez ZU zasad równego traktowania obywateli w Rzeczypospolitej Polskiej na gruncie ubezpieczeń gospodarczych. W szczególności RU dokonał analizy skarg z 2010 r. i przekazał swoje uwagi i spostrzeżenia RPO.

1.4.6. W dniu 22 kwietnia 2011 r. RU przekazał RPO informacje o działaniach podejmowanych w zakresie wyeliminowania niezgodnych z prawem praktyk ubezpieczycieli wyrażających się w żądaniu zwrotu wypłacanych osobom ubezpieczonym odszkodowań do wysokości otrzymanego z budżetu państwa zasiłku.

1.4.7. RU w pismach z dnia 10 lutego 2011 r. oraz 4 maja 2011 r. z uwagi na wątpliwości w działaniu PZU Życie S.A. w zakresie zapisów ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka oraz praktyki odmawiania wypłaty świadczeń z tytułu urodzenia martwego dziecka, wystąpił z prośbą do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Zdrowia o przedstawienie interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa związanych z urodzeniem się martwego dziecka.

1.4.8. W piśmie z dnia 29 czerwca 2011 r. RU przekazał Pełnomocnikowi Prezesa Rady Ministrów ds. Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu szczegółowe wyjaśnienia w zakresie występującego problemu wyczerpywania się sum gwarancyjnych w przypadku obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, co skutkuje brakiem ochrony w indywidualnych sytuacjach osób poszkodowanych. Jednocześnie RU apelując o wsparcie swoich działań wskazał, iż w jego ocenie wskazane jest podjęcie działań – także na płaszczyźnie legislacyjnej – w celu zapewnienia osobom poszkodowanym godnych warunków życia w sytuacji wyczerpania się sumy gwarancyjnej.

1.4.9. W dniu 29 września 2011 r. RU, z uwagi na liczne skargi w zakresie likwidacji szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, w których to szkodach poszkodowanymi są osoby fizyczne oraz przedsiębiorcy zagraniczni z terytorium Ukrainy, Białorusi oraz Federacji Rosyjskiej – wystąpił z pismem do PZU S.A. z prośbą o przedstawienie wyjaśnień związanych z likwidacją przedmiotowych szkód.

1.4.10. W piśmie z dnia 18 października 2011 r., RU podjął interwencję w TU LINK 4 S.A. w związku z podejrzeniem stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez błędną interpretację treści art. 115 k.c., przy rozwiązywaniu umów z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

1.4.11. Działając na podstawie art. 20 ust. 4 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, w dniu 9 listopada 2011 r., RU poinformował Prezesa Zarządu PIU o dostrzeżonych problemach w działalności ZU dotyczących czynności podejmowanych w trakcie rozmów telefonicznych zarówno z potencjalnymi klientami usług ubezpieczeniowych jak i z osobami uprawnionymi do odbioru należnych odszkodowań oraz świadczeń.

2. Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa, które ujawniły się w orzecznictwie sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego

Stosownie do art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym RU posiada legitymację do złożenia wniosku o podjęcie przez SN uchwały mającej na celu usunięcie rozbieżności w wykładni prawa odszkodowawczego lub prawa ubezpieczeń gospodarczych, które ujawniły się w orzecznictwie sądów powszechnych. Jak wskazują dotychczasowe doświadczenia kompetencja ta ma istotny wpływ na poziom ochrony praw ubezpieczających, ubezpieczonych, poszkodowanych w wypadkach drogowych. Uchwały Sądu Najwyższego nie tylko ujednolicają orzecznictwo sądów powszechnych w analogicznych sprawach, ale mają także istotny wpływ na praktykę zakładów ubezpieczeń w postępowaniach likwidacyjnych, często dostosowując ją do zasad prawa odszkodowawczego. W 2011 r. RU złożył 3 nowe wnioski do Sądu Najwyższego – wszystkie dotyczyły problematyki zakresu odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Zostało również wszczęte postępowanie przed Sądem Najwyższym w sprawie refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego od ubezpieczyciela sprawcy szkody z tytułu umowy obowiązkowego

ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych poniesionych przez osoby, które nie wykorzystywały zniszczonego lub uszkodzonego pojazdu do prowadzenia działalności gospodarczej (sygn. akt III CZP 05/11).

1. W sprawozdaniu RU za rok 2010 została przedstawiona informacja, iż w dniu 16 grudnia 2010 r. RU złożył wniosek do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu usunięcie rozbieżności w wykładni prawa, które ujawniły się w orzecznictwie sądów powszechnych, dotyczących roszczenia poszkodowanego niewykorzystującego pojazdu do prowadzenia działalności gospodarczej o zwrot poniesionych kosztów najmu na czas likwidacji szkody. W dniu 2 września 2011 r. RU złożył uzupełniające pismo do wniosku, zawierające rozwinięcie poglądów doktryny prawa cywilnego na zagadnienie refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego niesłużącego do kontynuowania działalności gospodarczej i informacje o wykładni tego roszczenia w innych systemach prawa (w Niemczech, USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii).

W dniu 17 listopada 2011 r. SN w sprawie sygn. akt III CZP 05/11 podjął uchwałę o następującej treści: „Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za uszkodzenie albo zniszczenie pojazdu mechanicznego niesłużącego do prowadzenia działalności gospodarczej obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego; nie jest ona uzależniona od niemożności korzystania przez poszkodowanego z komunikacji zbiorowej”. Po analizie treści uzasadnienia uchwały można zasadnie twierdzić, że cele jakie legły u podstaw wniosku RU zostały w pełni osiągnięte. Po pierwsze, SN wskazał, iż tego rodzaju szkodę należy kwalifikować jako szkodę majątkową. Po drugie, określił jakie warunki musi spełniać tego rodzaju wydatek, aby mieścił się w zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela (koszty celowe i ekonomicznie uzasadnione). Po trzecie, SN w pełni podzielił pogląd RU, że korzystanie przez poszkodowanego z własnego pojazdu mechanicznego nie może być odtworzone przez korzystanie z komunikacji publicznej, są to bowiem odmienne sposoby korzystania z rzeczy. SN wyraźnie podkreślił, że w dzisiejszych realiach samochód w sposób bardziej wszechstronny i funkcjonalny zaspokaja potrzeby właściciela uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu niż środki transportu zbiorowego. Korzystanie z samochodu stało się obecnie standardem cywilizacyjnym i taka jego funkcja będzie się umacniać. Innymi słowy, zakład ubezpieczeń nie może uzależniać refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego od wykazania przez poszkodowanego, że nie mógł on skorzystać ze środków komunikacji publicznej lub korzystanie z nich było niedogodne. Co również istotne, wykorzystanie środków transportu zbiorowego nie zostało uznane nawet za ekwiwalentny sposób odtworzenia możliwości korzystania z uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu, jeśli poszkodowany w sposób periodyczny wykorzystywał samochód. Po czwarte, odmowa refundacji

kosztów najmu pojazdu zastępczego lub redukcja wysokości tego świadczenia może nastąpić wyłącznie w warunkach przypisania i udowodnienia poszkodowanemu naruszenia zasady współdziałania z dłużnikiem przy wykonaniu zobowiązania. Wreszcie, do oceny roszczenia osoby fizycznej niewykorzystującej pojazdu mechanicznego do prowadzenia działalności gospodarczej można stosować wskazania dotychczasowego orzecznictwa, które ukształtowało się na tle najmu pojazdu zastępczego do kontynuowania działalności gospodarczej, w odniesieniu do okresu refundacji, pomniejszenia odszkodowania o nieponiesione koszty eksploatacji uszkodzonego pojazdu oraz wymagań wobec pojazdu zastępczego.

Reasumując, analiza treści uzasadnienia uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie sygn. akt III CZP 05/11, pozwala na kwalifikowanie wydatków celowych jako koszt najmu pojazdu zastępczego lub innego środka transportu niebędącego środkiem komunikacji publicznej, który został poniesiony na odtworzenie możliwości korzystania z uszkodzonej lub zniszczonej rzeczy. Wydatki ekonomicznie uzasadnione to wydatki na najem pojazdu zasadniczo o podobnej klasie do pojazdu uszkodzonego lub zniszczonego, poniesione w oparciu o stawki czynszu najmu, które obowiązują na danym rynku lokalnym (ceny rynkowe za tego typu usługi) i w czasie naprawy pojazdu mechanicznego lub do czasu nabycia nowego pojazdu. Zasadą jest zatem refundacja poniesionych kosztów najmu samochodu zastępczego, jej odmowa lub ograniczenie może nastąpić w wyjątkowych sytuacjach.

W ocenie RU wskazana powyżej uchwała będzie miała istotny wpływ na ujednolicenie orzecznictwa sądów powszechnych w sprawach o zapłatę przez ubezpieczycieli poniesionych przez poszkodowanych kosztów najmu pojazdu zastępczego, a co za tym idzie na praktykę ubezpieczycieli przy likwidacji szkód komunikacyjnych z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Będzie silnie oddziaływać na zagadnienie zwrotu kosztów innych dóbr zastępczych poniesionych przez poszkodowanego w ramach odpowiedzialności deliktowej sprawcy szkody lub odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy OC.

2. RU analizując skargi poszkodowanych w wypadkach i kolizjach drogowych zaobserwował, że jednym z głównych przyczyn sporów pomiędzy zakładami ubezpieczeń i poszkodowanymi jest praktyka ustalania odszkodowania za szkodę w pojeździe w oparciu o ceny części nieoryginalnych w sytuacji, gdy uszkodzeniu uległy części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu mechanicznego, a poszkodowany nie wyraził zgody na ustalenie odszkodowania w takich sposób. RU dostrzegł, że tego rodzaju praktyka ubezpieczyciela mogła być podyktowana rozbieżnościami w orzecznictwie sądów powszechnych. W tym celu RU w I półroczu zwrócił się do prezesów sądów powszechnych o przekazanie

prawomocnych wyroków w sprawach o zapłatę odszkodowania za szkodę w pojeździe z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC. RU po analizie ponad 300 otrzymanych prawomocnych wyroków sądów powszechnych zdiagnozował istnienie w orzecznictwie rozbieżności w wykładni prawa, która dotyczy zakresu uprawnienia poszkodowanego do żądania ustalenia odszkodowania za szkodę w pojeździe według cen części oryginalnych bezpośrednio pochodzących od producenta pojazdu w sytuacji, gdy uszkodzeniu uległy tego rodzaju części i zachodzi konieczność ich wymiany na nowe, a w obrocie handlowym znajdują się ich alternatywne zamienniki (części nieoryginalne). Przeważającym kierunkiem wykładni sądów powszechnych jest stanowisko, że poszkodowanemu przysługuje pełne prawo do żądania naprawienia szkody w oparciu o części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta. RU zdiagnozował jednak przypadki odmawiania ustalenia odszkodowania w oparciu o części oryginalne. Ujawniona rozbieżność w wykładni prawa, społeczny wymiar problemu spowodowały, że w dniu 8 listopada 2011 r. RU złożył wniosek do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu usunięcie rozbieżności w wykładni tego zagadnienia. SN przyjął wniosek do rozpoznania i wszczął postępowanie pod sygn. akt III CZP 85/11.

3. Kolejnym istotnym problemem przy wykonaniu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest powszechna praktyka pomniejszania kwoty należnego odszkodowania poprzez dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych (zwanych również merkantylnym ubytkiem wartości) od wyliczonej wartości nowych części zamiennych, koniecznych do przeprowadzenia naprawy. RU zdiagnozował, iż przyjęty model postępowania opiera się na takiej wykładni przepisów art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., która *a priori* zakłada, iż w przypadku wyliczenia należnej poszkodowanemu kwoty odszkodowania należy stosować urealnienie cen nowych części zamiennych koniecznych do napraw pojazdu naprawy, tj. uwzględnić tzw. potrącenia amortyzacyjne będące różnicą pomiędzy wartością nowych części koniecznych do naprawy, a wartością wynikającą ze stopnia zużycia części dotychczasowych. Wykładnia ta opiera się też na założeniu, iż przyjęcie w wyliczeniu kwoty odszkodowania cen nowych części zamiennych prowadziłoby do nadmiernego wzbogacenia się osoby poszkodowanej. Analizując tę problematykę RU dostrzegł, że jest ona spowodowana rozbieżnościami w orzecznictwie sądów powszechnych, zwłaszcza sądów niższej instancji na tle interpretacji zakresu uprawnienia poszkodowanego do użycia do naprawy pojazdu nowych części zamiennych. RU, podobnie jak w przypadku problematyki dopuszczalności stosowania części nieoryginalnych w miejsce części bezpośrednio pochodzących od producenta pojazdu, dokonał kwerendy orzecznictwa sądów powszechnych. Jej wyniki pozwalają na sformułowanie wniosku, iż w judykaturze upowszechnione jest stanowisko, że jeżeli dla osiągnięcia celu naprawienia

szkody, którym jest przywrócenie uszkodzonego pojazdu do takiego stanu używalności jaki istniał przed wyrządzeniem szkody, konieczne jest użycie nowych części, to poniesione na nie wydatki wchodzą w skład niezbędnych i ekonomicznie uzasadnionych kosztów naprawy pojazdu. Pomniejszenie odszkodowania może mieć miejsce tylko w sytuacji wykonania napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem lub gdyby naprawa doprowadziłaby do istotnego wzrostu wartości pojazdu w porównaniu do jego stanu sprzed wypadku. RU zdiagnozował również orzeczenia, które dopuszczają stosowanie potrąceń amortyzacyjnych z uwagi na wiek pojazdu i stopień zużycia jego części lub tylko co do niektórych części pojazdu (głównie mających charakter eksploatacyjny). Ujawniona rozbieżność w orzecznictwie sądów powszechnych, a także społeczny wymiar problemu, spowodowały, że RU w dniu 16 października 2011 r. złożył wniosek do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały i udzielenia odpowiedzi na następujące pytanie: „Czy w świetle art. 363 § 1 k.c. w związku z 361 § 2 k.c., poszkodowany dochodzący roszczenia w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych może domagać się w przypadku uszkodzenia pojazdu mechanicznego, w którym zachodzi konieczność wymiany uszkodzonych części, aby należne odszkodowanie zostało ustalone w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych?”. SN przyjął wniosek do rozpoznania i wszczął postępowanie pod sygn. akt III CZP 80/11.

4. Kolejne zapytanie RU do Sądu Najwyższego, będące obecnie w toku rozpatrywania, dotyczyło możliwości zwrotu kosztów pełnomocnika na etapie postępowania likwidacyjnego. W orzecznictwie sądów powszechnych i w doktrynie prawa cywilnego można spotkać się z rozbieżnościami w kwalifikacji kosztów poszkodowanego poniesionych na pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym jako wydatku mieszczącego w się w granicach odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody lub jego ubezpieczyciela. Rozbieżność ta spowodowała, że w dniu 14 września 2011 r. RU złożył do Sądu Najwyższego wniosek o podjęcie uchwały i udzielenia odpowiedzi na pytanie: „Czy w świetle art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.) oraz art. 361 k.c., poniesiony na etapie postępowania przedsądowego koszt zastępstwa poszkodowanego przez pełnomocnika wobec zakładu ubezpieczeń podlega kompensacji w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych?”. W opinii bowiem RU ponoszenie przez osobę poszkodowaną wydatków mających na celu likwidację szkody należy uznać za następstwo zdarzenia sprawczego. Wydatki tego typu są ponoszone za przyzwoleniem poszkodowanego, ale wbrew jego woli, są bowiem skutkiem sytuacji, której on sam nie spowodował. Konieczność formułowania roszczenia

odszkodowawczego i weryfikacji oferty odszkodowania są następstwami wyrządzonej szkody, a tym samym ich koszty powinny być pokryte przez ubezpieczyciela. Obowiązek ograniczania szkody nie może bowiem doprowadzić do ograniczania praw poszkodowanego i stawiania go w niekorzystnej sytuacji. Tym samym ustanowienie pełnomocnika jest usprawiedliwione przede wszystkim z tego powodu, że pozwala zaoszczędzić koszty, jakie poszkodowany by poniósł, gdyby sam musiał zajmować się postępowaniem likwidacyjnym. Samodzielne dochodzenie przez poszkodowanego roszczeń od zakładu ubezpieczeń połączone jest ze znacznym wysiłkiem (również intelektualnym) i utratą czasu, a także wydatkami na rozmowy telefoniczne, prowadzenie korespondencji, sporządzanie kopii i odpisów dokumentów, dojazdy, porady ekspertów, opinie lekarskie itp. W przypadku przedsiębiorców negatywnym skutkiem jest także utrata dochodów związana z oddelegowaniem pracowników do czynności towarzyszących likwidacji szkody, w stosunku zaś do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej – utrata wynagrodzenia lub konieczność wykorzystania urlopu wypoczynkowego na czas załatwiania sprawy. Tym samym część konsekwencji wynikających ze zdarzenia wywołującego szkodę nieodwracalnie spada na poszkodowanego, co uznać należy za sprzeczne z zasadą pełnego odszkodowania. Wobec skomplikowanej materii prawa odszkodowawczego, zmieniających się przepisów oraz ewoluującego orzecznictwa i poglądów doktryny prawa, poszkodowany powinien mieć prawo do uzyskania fachowej pomocy przy formułowaniu swych roszczeń i weryfikacji oferty odszkodowania złożonej mu przez ubezpieczyciela także ze względu na występującą pomiędzy tymi podmiotami znaczną dysproporcję sił, środków i fachowej wiedzy. Bez profesjonalnego zastępstwa poszkodowany stoi zwykle na znacznie gorszej, a czasami wręcz straconej pozycji, nie potrafiąc należycie zinterpretować skomplikowanych przepisów regulujących odpowiedzialność cywilną, prawidłowo zgromadzić materiału dowodowego i często wobec ich wielości, właściwie sformułować rodzaju i wysokości przysługujących mu w świetle przepisów prawa roszczeń. Poszkodowani najczęściej nie mają też odpowiedniej wiedzy co do praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli w toku likwidacji szkód. Bez znajomości rzeczy trudno także odnieść się do argumentacji ubezpieczyciela, ocenić czy jego stanowisko jest słuszne i jak z nim polemizować. Wniosek RU we wskazanej powyżej problematyce został przyjęty do rozpoznania i zostało wszczęte postępowanie pod sygn. akt III CZP 75/11.

W ocenie RU właściwe określenie przez SN kierunku wykładni treści art. 361 § 2 k.c. w zakresie uprawnienia poszkodowanego do: 1) żądania ustalenia odszkodowania według cen części oryginalnych; 2) żądania ustalenia odszkodowania bez potrąceń amortyzacyjnych; 3) żądania zwrotu poniesionych kosztów pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, przyczyni się do ujednolicenia orzecznictwa sądów powszechnych w analogicznych sprawach, ale również do istotnego zmniejszenia liczby postępowań sądowych. Wpłynie to także na poprawę jakości

postępowań likwidacyjnych prowadzonych przez ubezpieczycieli w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

3. Działania w zakresie problematyki zabezpieczenia emerytalnego

W 2011 r. RU dokonywał zgodnie z posiadanymi upoważnieniami, analizy i opinii przedłożonych mu aktów prawnych. RU uczestniczył w pracach legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych. Do powyższego aktu zgłoszono szereg uwag i sugestii. Ponadto, RU opiniował także projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie sposobu i trybu zawarcia umowy, na podstawie której następuje uzyskanie członkostwa w OFE. Także w tym przypadku RU złożył szereg propozycji dotyczących treści projektowanego aktu.

IV. Opiniowanie aktów prawnych i udział w pracach legislacyjnych

Stosownie do brzmienia regulacji zawartych w art. 20 pkt 2 i 3 oraz art. 26 ust. 4 pkt 2 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, do zadań RU należy:

- opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych;
- występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych;
- zwracanie się do ministra właściwego ds. instytucji finansowych w sprawach dotyczących ubezpieczeń obowiązkowych i postulowanie o ewentualną zmianę przepisów regulujących te ubezpieczenia.

Poniżej prezentujemy podjęte w 2011 r. ważniejsze działania RU w tym obszarze.

1. Ubezpieczenia gospodarcze

1.1. W 2011 r. RU oraz pracownicy jego Biura brali udział w pracach legislacyjnych, opiniowali oraz zgłaszali własne propozycje nowych przepisów w zakresie następujących projektów ustaw:

a) projekt ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3960)

W trakcie całego procesu ustawodawczego RU biorąc aktywny w nim udział zgłaszał liczne uwagi i propozycje dotyczące brzmienia nowych przepisów. Ustawa nowelizująca została uchwalona w dniu 19 sierpnia 2011 r.³

Pośród regulacji, na których kształt znaczący wpływ miał RU warto wymienić kilka ważniejszych, zmieniających na korzyść sytuację ubezpieczających, ubezpieczonych.

³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 205, poz. 1210).

Pierwszym z nich jest nowy art. 8a, który będzie stanowił, w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych normę zapobiegającą zatajaniu przed ubezpieczycielem przez ubezpieczającego znanych mu okoliczności mających wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W brzmieniu projektu rządowego przepis ten miał wprowadzić zasadę, zgodnie z którą, jeżeli ubezpieczający nie podał zakładowi ubezpieczeń wszystkich znanych sobie okoliczności istotnych dla ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej, o które ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia obowiązkowego, a okoliczności te wyszły na jaw po zawarciu umowy ubezpieczenia obowiązkowego, zakład ubezpieczeń ma prawo żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem okoliczności niepodanych do jego wiadomości.

Zmiana wysokości składki ubezpieczeniowej po zawarciu umowy ubezpieczenia obowiązkowego mogłaby wówczas nastąpić w przypadku wadliwego podania ubezpieczycielowi jakichkolwiek informacji mających wpływ na ustalenie jej wysokości, nie zaś tych, które istotnie dotyczą okoliczności zwiększających prawdopodobieństwo zajścia wypadku ubezpieczeniowego, jak to ma miejsce w odniesieniu do ubezpieczeń dobrowolnych.

Przedstawiciele RU zwrócili uwagę, że przepis w projektowanej wersji rodziłby ryzyko, iż wysokość składki ubezpieczeniowej byłaby ustalana w oderwaniu od rozmiaru rzeczywistego ryzyka, a tym samym ubezpieczający w ubezpieczeniach obowiązkowych byłby traktowany znacznie gorzej niż ubezpieczający w ubezpieczeniach dobrowolnych.

Ostatecznie, zgodnie z uchwalonym brzmieniem przepisu, jeżeli ubezpieczający nie podał zakładowi ubezpieczeń znanych sobie okoliczności, o które zakład ubezpieczeń zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia obowiązkowego i które pociągają za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, zakład ubezpieczeń ma prawo żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem zwiększenia prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego wskutek okoliczności niepodanych do jego wiadomości. Ponadto, w razie zawarcia przez zakład ubezpieczeń umowy ubezpieczenia obowiązkowego mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Następnymi przepisami ważnymi głównie dla poszkodowanych są dodane, w następstwie propozycji zgłoszonych przez RU ust. 5 i 6 w art. 14 ustawy. Nowe regulacje zobowiązują UFG do udostępniania poszkodowanemu lub uprawnionemu informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Funduszu lub wysokości świadczenia. Osoby te będą mogły także żądać pisemnego potwierdzenia przez Fundusz

udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem. Na żądanie poszkodowanych i uprawnionych, Fundusz będzie również ww. informacje i dokumenty udostępniał w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem nie będzie mógł wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby, nie będą mogły odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług. Przepisy te będą się również odpowiednio stosowały do PBUK w zakresie szkód, o których mowa w art. 123 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Ratio legis tych zmian wynikało z potrzeby zapewnienia przejrzystości i transparentności postępowania likwidacyjnego, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do ubezpieczycieli⁴, również w przypadku postępowań prowadzonych przez UFG, bądź przez PBUK wypełniającego funkcję organu odszkodowawczego. W ostatnich latach RU w toku rozpoznawania indywidualnych skarg dostrzegł bowiem, iż poszkodowani mają nierzadko problemy z uzyskaniem z UFG znajdujących się tam informacji i dokumentów dotyczących odpowiedzialności Funduszu oraz wysokości świadczeń. UFG odmawiając dostępu do znajdujących się w jego posiadaniu akt szkodowych argumentował, że w świetle obowiązujących przepisów nie ma takiego obowiązku. Brak jego istnienia oparty był na gramatycznej wykładni przepisów art. 16 i 25 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 14 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Uwagę RU zwróciło również to, że w początkowych latach obowiązywania tych dwóch ustaw, UFG nie negował istnienia takiego obowiązku. Ze względu na zmianę wcześniejszej korzystnej dla poszkodowanych praktyki, RU uznał za niezbędne doprecyzowanie obowiązujących regulacji w tym zakresie, co zostało uwzględnione.

Kolejnym nowym przepisem, ważnym dla ubezpieczających, o którego wprowadzenie zabiegał RU, jest dodany w art. 18 ustawy ust. 3 w następującym brzmieniu:

„3. W przypadku nadania oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w art. 4 pkt 1–3, przesyłką listową, za chwilę

⁴ Por. art. 16 ust. 4 oraz art. 23 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

jego złożenia uważa się datę nadania oświadczenia w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego”.

Regulacja ta miała wielu przeciwników⁵. Niektórzy przedstawiciele branży ubezpieczeniowej uważali bowiem ją za zbędną, po pierwsze ze względu na art. 61 k.c., a po drugie stawiającą ubezpieczycieli w trudnej sytuacji ze względu na to, że ubezpieczyciel w niektórych przypadkach będzie musiał poczekać kilka dni, aby dowiedzieć się, czy została złożona rezygnacja z zawarcia kolejnej umowy. Do tej pory jednak, w tej kłopotliwej sytuacji był ubezpieczający, dla którego droga pocztowa często była jedynym sposobem złożenia oświadczenia o rezygnacji z zawarcia kolejnej umowy i to on często miał dylemat, czy skutecznie unicestwił skutki działania klauzuli prolongacyjnej i nie grozi mu podwójne ubezpieczenie, a także konieczność podwójnego uregulowania, składki ubezpieczeniowej. Sądzymy, że przepis ten dla zakładów ubezpieczeń, jako profesjonalistów nie powinien w rzeczywistości stanowić poważniejszego problemu.

Praktyka RU wskazywała, że dodatkowa regulacja uwzględniająca specyfikę ubezpieczeń obowiązkowych jest potrzebna ze względu na szereg dotychczasowych problemów występujących w obrocie. Wielu konsumentów zgłaszało RU, iż mimo wysłania rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres, kilka dni czy nawet tygodni przed zakończeniem dotychczasowej umowy, nie ma gwarancji, iż dotrze ona do ubezpieczyciela na czas. Trzeba pamiętać, że cytowany wyżej przepis będzie dotyczył trzech ubezpieczeń obowiązkowych o charakterze powszechnym, w których zdecydowanego ograniczenia doznaje zasada swobody umów i które wiele osób nadal traktuje analogicznie jak zobowiązanie podatkowe, czy postępowanie przed sądem. Ubezpieczający, co jest naturalne, chcą mieć pewność, że nadane na pocztę oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia bądź odstąpieniu od umowy będzie skuteczne.

Znacznym udogodnieniem dla ubezpieczających stał się również nowy art. 16a w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, w myśl którego zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu uznawać się będzie za złożone zakładowi ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent ubezpieczeniowy działa. Dodatkowo, co równie ważne, zakład ubezpieczeń nie będzie mógł wyłączyć ani ograniczyć upoważnienia agenta ubezpieczeniowego do odbierania wymienionych oświadczeń.

⁵ Uwagi PIU do druku nr 3960,
[http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/4A939AE247D91BF7C125787200426582/\\$file/3960-003.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/4A939AE247D91BF7C125787200426582/$file/3960-003.pdf).

Przepis ten ułatwia składanie przez ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia oświadczeń woli związanych z zawartą umową ubezpieczenia, w tym także zawierających rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres. Warto dodać, iż przepis zakazuje ograniczania przez ubezpieczyciela prawa do przyjmowania tych zawiadomień i oświadczeń przez agentów działających na rzecz danego zakładu ubezpieczeń, co wcześniej było częstą praktyką.

Następne istotne zmiany w ustawie wprowadzone m.in. z inicjatywy RU to przepisy dodane w art. 28, art. 46 oraz art. 62 jako ust. 1a-1d. Zgodnie z ich brzmieniem od dnia 11 lutego 2012 r. ubezpieczyciele w razie zawarcia umowy obowiązkowych ubezpieczeń: OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników oraz budynków rolniczych będą obowiązani potwierdzić ubezpieczającemu zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia. Na gruncie obecnie obowiązujących przepisów, które nie przewidują terminu w jakim ubezpieczyciel powinien potwierdzić zawarcie umowy ubezpieczenia stosownym dokumentem, zdarzają się stosunkowo często przypadki, iż polisa ubezpieczeniowa nie jest w ogóle wystawiana lub jest przekazywana ubezpieczającemu bardzo późno, np. po kilku miesiącach od zawarcia umowy. Ta niewłaściwa praktyka zdarzała się właśnie w przypadku obowiązkowych umów ubezpieczenia zawieranych na mocy ustawowej klauzuli prolongacyjnej, co skutkowało po stronie ubezpieczającego brakiem dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązkowego, czy nawet niekiedy brakiem wiedzy o fakcie zawarcia kolejnej umowy.

Nowe przepisy nakładają również na ubezpieczycieli obowiązek wysłania ubezpieczającemu nie później niż 14 dni przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia obowiązkowego została zawarta, informacji o ubezpieczeniu na kolejny okres ubezpieczenia.

Informacja musi zawierać w szczególności:

- określenie wysokości składki ubezpieczeniowej w przypadku, gdy dojdzie do zawarcia następnej umowy ubezpieczenia;
- pouczenie, że wysokość składki, może ulec zmianie, jeżeli po wysłaniu informacji przez zakład ubezpieczeń wyjdą na jaw okoliczności mające wpływ na wysokość składki, oraz wskazanie tych okoliczności;
- pouczenie o prawie wypowiedzenia dotychczasowej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zgodnie z ust. 1 oraz o formie, możliwym sposobie oraz terminie złożenia tego wypowiedzenia;

- pouczenie o skutkach tego wypowiedzenia oraz o skutkach braku tego wypowiedzenia.

Ponadto informacja ta będzie musiała być wysłana:

- w postaci elektronicznej przy wykorzystaniu środka komunikacji elektronicznej, jeżeli przy zawarciu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ubezpieczający wyraził zgodę na składanie mu oświadczeń w takiej postaci, lub
- w formie pisemnej, w sposób umożliwiający niezwłoczne poinformowanie ubezpieczającego.

RU w trakcie prac legislacyjnych zwracał dodatkowo uwagę, że przepisy te powinny zostać uzupełnione o sankcję dla ubezpieczyciela za niewypełnienie ww. obowiązków związanych z wykonaniem umowy. RU postulował, aby sankcją było pozostawienie warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia w kształcie nie gorszym od warunków poprzedniej umowy lub powinno istnieć prawo wypowiedzenia umowy zawartej z ubezpieczycielem, który nie wykonał lub niewłaściwie wykonał związany z zawartą uprzednio umową obowiązek informacyjny. Ostatecznie sankcji takiej w ustawie nowelizującej nie wprowadzono.

W art. 28, 46 oraz 62 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zostały dodane jeszcze dwa ustępy: 1e i 1f.

Dodany ust. 1e stanowi, że jeżeli okoliczności mające wpływ na ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej wyszły na jaw po wysłaniu wyżej wspomnianych informacji o składce ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń będzie mógł odpowiednio ją zwiększyć z uwzględnieniem tych okoliczności i w takim przypadku wezwie ubezpieczającego do zapłaty podwyższonej składki.

Przepis ten wzbudził sprzeciw RU, jako że stwarzał sytuację, w której ubezpieczyciel będzie mógł zwiększyć składkę ubezpieczeniową, w razie ujawnienia, iż po wysłaniu informacji jakichkolwiek nowych okoliczności mających wpływ na wysokość składki, nawet wówczas, gdy informacje te w indywidualnym przypadku nie będą miały żadnego znaczenia dla określenia rozmiarów ryzyka. Innym niebezpieczeństwem może być to, że przepis ten będzie dawał zakładom ubezpieczeń możliwość ubiegania się o większą składkę po wysłaniu informacji o ubezpieczeniu na kolejny okres w związku z okolicznościami ujawnionymi nawet po zakończeniu tej kolejnej umowy ubezpieczenia. RU proponował doprecyzowanie tej regulacji, poprzez wskazanie, że jeżeli w okresie od wysłania przez ubezpieczyciela informacji do końca bieżącego okresu ubezpieczenia ujawniłyby się okoliczności powodujące

istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, o których zakład ubezpieczeń dowiedział się w kolejnym okresie ubezpieczenia, mógłby on wówczas odpowiednio zwiększyć składkę ubezpieczeniową z uwzględnieniem tych okoliczności. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wzywałby ubezpieczającego do zapłaty podwyższonej składki niezwłocznie, ale nie później niż do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia. Niestety propozycja ta nie zyskała akceptacji ustawodawcy.

Ważnymi zmianami dla tych, którzy mimo chęci zmiany ubezpieczyciela nie zrezygnują w terminie z zawarcia w trybie klauzuli prolongacyjnej umowy ubezpieczenia obowiązkowego: OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników, czy też budynków rolniczych, na kolejny okres ubezpieczenia i zawrą jednocześnie inną umowę ubezpieczenia są regulacje prawne oznaczone jako art. 28a, 46a oraz 62a.

Regulacje te stanowią w szczególności, że jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego lub rolnik w tym samym czasie będzie ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia obowiązkowego będzie zawarta w trybie klauzuli prolongacyjnej, ta ostatnia będzie mogła zostać przez niego wypowiedziana na piśmie. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel będzie mógł żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który będzie ponosił odpowiedzialność.

Ponadto w sytuacji, gdy dojdzie do zawarcia kilku umów ubezpieczenia w odniesieniu do tego samego pojazdu mechanicznego lub tego samego gospodarstwa rolnego lub tego samego budynku rolniczego, z tym samym okresem ubezpieczenia z jednym zakładem ubezpieczeń, wówczas temu ubezpieczycielowi będzie się należała składka ubezpieczeniowa z tytułu jednej umowy ubezpieczenia.

Warto zaznaczyć, że w trakcie prac sejmowych nad omawianą nowelizacją, m.in. dzięki staraniom RU udało się wypracować korzystne dla ubezpieczających brzmienie art. 28a ust. 1, 46a ust. 1 i 62a ust. 1. Toczyła się bowiem dyskusja odnośnie tych przepisów, a w szczególności zmiany ich brzmienia z przedłożenia rządowego projektu polegającej na zastąpieniu wyrazów: „w tym samym czasie” wyrazami: „na ten sam okres”. Gdyby w ww. przepisach znalazły się wyrazy „na ten sam okres” mogłoby to oznaczać osłabienie mechanizmów przeciwdziałających problemowi podwójnego ubezpieczenia. Przykładowo, jeżeli ubezpieczający zawarłby nową umowę z okresem ubezpieczenia rozpoczynającym się choćby dzień wcześniej, niż początkowy dzień ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy zawartej na mocy klauzuli ustawowej, byłby w zasadzie pozbawiony szansy

zrezygnowania z tej niepotrzebnej, podwójnej umowy, na mocy tego przepisu. Ostatecznie jednak przepisy obrały brzmienie wskazane wcześniej.

Wreszcie przykładem ważnych regulacji prokonsumenckich wprowadzonych w następstwie uwag i propozycji zgłoszonych przez RU były przyjęte w ustawie nowelizującej zmiany dotyczące art. 41, 42, 56, 57, 76 oraz 77 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, dotyczące zasad zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

Zasady zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony w przypadku trzech najpowszechniejszych ubezpieczeń obowiązkowych (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników i ubezpieczeń budynków rolniczych) zostały zrównane z zasadami obowiązującymi w stosunku do pozostałych umów ubezpieczenia określonymi w kodeksie cywilnym (art. 813 § 1 zd. 2 k.c.). Należy bowiem zaznaczyć, że regulacje dotyczące zwrotu składki ubezpieczeniowej znajdujące się w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych w kształcie sprzed nowelizacji były zdecydowanie mniej korzystne dla ubezpieczających niż zasady określone przepisami kodeksu cywilnego.

Rządowy projekt ustawy przewidywał, iż zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadkach określonych w art. 31 ust. 1 i 4 nastąpi niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia wystąpienia o zwrot składki. RU wskazał jednak, że ubezpieczający, którego przestała łączyć z zakładem ubezpieczeń umowa ubezpieczenia powinien otrzymać zwrot nienależnej składki jak najszybciej. RU proponował, aby zwrot składki następował automatycznie po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia i nie był uzależniany od wystąpienia z wnioskiem o zwrot składki do ubezpieczyciela.

Ostatecznie RU udało się uzyskać wprowadzenie normy, zgodnie z którą zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia będzie musiał nastąpić niezwłocznie bez wezwania, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia wypowiedzenia umowy lub w przypadku odstąpienia od umowy, od dnia złożenia oświadczenia o odstąpieniu lub od dnia powzięcia przez zakład ubezpieczeń wiadomości o rozwiązaniu umowy przed upływem okresu, na który została zawarta z innych przyczyn, niż wypowiedzenie lub odstąpienie.

Z ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych znikną ponadto regulacje ograniczające prawo uzyskania zwrotu składki z powodu szkody, która nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy, a także mówiące, że zwrot składki przysługuje jedynie za każdy pełen

miesiąc niewykorzystanego okresu ubezpieczenia⁶. Po wejściu w życie nowelizacji zwrot składki będzie przysługiwał za każdy niewykorzystany dzień ochrony ubezpieczeniowej.

RU udało się ponadto pozyskać poparcie, choć nie zawsze pełne, dla kilku innych propozycji precyzujących i rozwiewających wątpliwości co do stosowania niektórych obowiązujących regulacji, jak przykładowo regulacje zawarte w art. 14 ust. 4 dotyczące obowiązku niezwłocznego przekazania przez zakład ubezpieczeń dokumentacji do UFG w związku z nieustaleniem ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego⁷, w art. 39 ust. 1 i 1a, art. 54 i art. 74⁸ dotyczące momentu powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, OC rolników oraz ubezpieczenia budynków rolniczych zawartych na mocy klauzuli prolongacyjnej, czy też dodanie art. 109a⁹ wskazującego, iż roszczenia poszkodowanego do UFG, o których mowa w art. 98 ust.1 i 1a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, przedawniają się z upływem terminu przewidzianego dla tych roszczeń w przepisach kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym oraz że bieg przedawnienia roszczenia poszkodowanego do UFG przerywa się także przez zgłoszenie Funduszowi tego roszczenia. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie otrzymał na piśmie oświadczenie UFG o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia. Na gruncie przepisów dotychczasowych z uwagi na fakt, iż odpowiedzialność UFG wynika bezpośrednio z ustawy, trudno było ustalić termin przedawnienia roszczeń.

Akceptacji posłów nie zyskała propozycja odrębnego określenia terminu przedawnienia w przypadku szkody na osobie wyrządzonej przez niezidentyfikowanego

⁶ Art. 41 ust. 2, 42, 56 ust. 2, 57 oraz 77.

⁷ W art. 14 ust. 4 otrzymał brzmienie: „4. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1 albo 2, zakład ubezpieczeń nie ustali ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w art. 4 pkt 1 i 2, osoby odpowiedzialnej za szkodę, właściwy do wypłaty odszkodowania jest Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, na zasadach określonych w rozdziale 7. Zakład ubezpieczeń przesyła niezwłocznie zgromadzoną dokumentację do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, powiadamiając o tym osobę zgłaszającą roszczenie. Przepis art. 109 ust. 3 stosuje się odpowiednio”.

⁸ W art. 39 ust. 1 otrzymał brzmienie: „1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 1a, 2 i 3”. Dodany został też ust. 1a w brzmieniu: „1a. W razie zawarcia umowy, o której mowa w art. 28 ust. 1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń powstaje z chwilą jej zawarcia”. Analogiczne zmiany wprowadzono w odniesieniu do obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników oraz ubezpieczenia budynków rolniczych.

⁹ „1. Roszczenia poszkodowanego do Funduszu, o których mowa w art. 98 ust.1 i 1a, przedawniają się z upływem terminu przewidzianego dla tych roszczeń w przepisach Kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym.

2. Bieg przedawnienia roszczenia, o którym mowa w ust. 1, przerywa się także przez zgłoszenie Funduszowi tego roszczenia. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie otrzymał na piśmie oświadczenie Funduszu o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia”.

sprawcę, jeśli jego zachowanie wyczerpywałoby jednocześnie w zakresie strony przedmiotowej znamiona przestępstwa katastrofy lub wypadku drogowego. RU zwracał uwagę, że w aktualnym stanie prawnym, jeżeli szkoda jest wynikiem zbrodni lub przestępstwa to termin przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody wynosi lat 20 od dnia popełnienia przestępstwa, bez względu na to kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Rzecznik wystąpił z taką propozycją ze względu na występujące w doktrynie prawa cywilnego jak i w orzecznictwie sądowym, rozbieżności interpretacyjne w zakresie pojęcia „szkoda wynikła ze zbrodni lub występku”. Istnieje bowiem spór, czy dla ustalenia dopuszczalności stosowania dwudziestoletniego terminu konieczne jest imienne ustalenie sprawcy szkody i przypisanie mu winy w rozumieniu prawa karnego, czy też wystarczające jest ustalenie, że określone zachowanie w okolicznościach danego zdarzenia jest przestępstwem bez konieczności imiennego wskazania sprawcy szkody.

Niestety, pomimo długotrwałych prac i szeregu prób RU nie udało się uzyskać akceptacji ustawodawcy dla wszystkich propozycji, co trzeba przyznać dyskusyjnych, aczkolwiek służących ochronie interesów ubezpieczających oraz poszkodowanych, a także budowie korzystniejszego aniżeli dotychczas wizerunku branży ubezpieczeniowej. Mamy tutaj na myśli propozycje: rozwiązania problemu wyczerpywalności sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniach obowiązkowych oraz publikowania szerszych informacji na temat działalności poszczególnych zakładów ubezpieczeń, w tym przebiegu postępowań likwidacyjnych oraz wyników postępowań sądowych związanych z wykonywaniem umów ubezpieczenia. Niemniej jednak zagadnieniami tymi zainteresowało się żywo wielu uczestników prac legislacyjnych, w tym parlamentarzystów, co – miejmy nadzieję zaowocuje w przyszłości lepszymi rozwiązaniami także tych trudnych kwestii. Wyrażamy bowiem głębokie przekonanie, że wobec szeregu sporów w związku z wyczerpaniem się sumy gwarancyjnej lub zagrożeniem jej wyczerpania SN, gdzie obecnie toczą się postępowania w tym zakresie, wypracuje prospołeczną linię judykatury, natomiast kwestia szerszego przekazywania opinii publicznej informacji na temat działalności poszczególnych zakładów ubezpieczeń, tym razem bez nieuzasadnionego oporu ze strony samorządu zakładów ubezpieczeń znajdzie wyraz w planowanej nowelizacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

b) projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (druk sejmowy nr 3488)

W trakcie prac sejmowych nad projektem RU podnosił szereg problematycznych kwestii wpływających na praktykę obrotu dotyczących głównie nierównego traktowania pacjentów, uprawnionych do świadczeń oraz rozbieżności w stosunku do systemu kompensacji szkód wynikających z norm kodeksu cywilnego, tj. założenia, iż ustawa będzie miała zastosowanie wyłącznie do błędów medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach. Tymczasem świadczenia medyczne udzielane są również w innych zakładach opieki zdrowotnej, takich jak np. zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, przychodnia, ośrodek zdrowia, ambulatorium, pogotowie ratunkowe, gdzie prawdopodobieństwo popełniania błędu medycznego jest porównywalne. Założenie, że błędy medyczne najczęściej występują w trakcie leczenia w szpitalach nie może stanowić uzasadnienia dla ograniczania stosowania przepisów ustawy wyłącznie do pacjentów poszkodowanych w wyniku leczenia w warunkach szpitalnych; ponadto odniesienie do pojęcia „szpitala” z art. 20 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) może rodzić problemy natury interpretacyjnej z uwagi na nieprecyzyjne regulacje w tym zakresie (nie określają zakresu i warunków udzielanych tam świadczeń).

RU zwrócił ponadto uwagę na:

- ograniczania kręgu osób, które w przypadku śmierci pacjenta mogą złożyć wniosek o ustalenie błędu medycznego, wyłącznie do spadkobierców w projektowanym art. 67b ust. 1 pkt 2; w przypadku roszczeń określonych w art. 446 § 3 i 4 k.c. przysługują one najbliższym członkom rodziny, czyli znacznie szerszemu kręgowi osób, niż przewiduje to przedmiotowy projekt;
- termin na złożenie wniosku niekorespondujący z terminami przedawnienia roszczeń z czynów niedozwolonych; projektowany art. 67c ust. 2 określający termin na złożenie wniosku o ustalenie błędu medycznego powinien odpowiadać terminom przedawnienia roszczeń o naprawienie szkód deliktowych wynikających z kodeksu cywilnego;
- zbyt krótki termin na wydanie orzeczenia o błędzie medycznym - projekt zakładał, iż wojewódzka komisja wydaje orzeczenie o błędzie medycznym nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Trudno było zatem sobie wyobrazić

jak w tak krótkim terminie, komisja ma w sposób rzetelny przeprowadzić postępowanie dowodowe celem ustalenia, czy powstał błąd medyczny (np. błędna diagnoza i jej konsekwencje); należy zaznaczyć, że sprawy dotyczące błędów medycznych są jednymi z najtrudniejszych spraw o odszkodowania, jeśli chodzi o ustalenie stanu faktycznego; projektodawca zakłada, iż w ciągu 3 miesięcy od dnia złożenia wniosku, wybrana czteroosobowa komisja (w której 2 osoby nie będą miały wykształcenia medycznego) nie tylko zabezpieczy potrzebną dokumentację medyczną w szpitalu, dokona jej przeglądu i analizy, ale również zasięgnie opinii lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny, po czym wyda orzeczenie, zaś w terminie 7 dni od dnia jego wydania sporządzi uzasadnienie;

- związanie szpitala i zakładu ubezpieczeń, z którym szpital zawarł obowiązkowe ubezpieczenie OC, orzeczeniem wojewódzkiej komisji; zakład ubezpieczeń oraz szpital mogą co prawda złożyć do wojewódzkiej komisji umotywowany wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Powstaje jednak uzasadniona wątpliwość, czy powyższe normy są zgodne z art. 45 Konstytucji RP, zgodnie z którym każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd, zaś sam projekt nie przewiduje poza wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy do samej komisji innego trybu odwoławczego oraz kontroli sądowej orzeczeń wydanych przez wojewódzką komisję. Wydaje się, że w wielu przypadkach nie da się uniknąć personalizowania, czyli ustalenia osób winnych popełniania błędu, zaś samo orzeczenie komisji wojewódzkiej, w którym zostanie uznana winna błędu medycznego będzie miało niewątpliwie bardzo negatywne konsekwencje w środowisku lokalnym albo zawodowym, pomimo braku wyroku sądowego. Ponadto, jeżeli w związku z tym samym zdarzeniem, będzie toczyło się już postępowanie karne lub postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny, wówczas postępowanie takie zawiesza się, co w praktyce oznacza, iż we wszystkich sprawach, w których zostało narażone na niebezpieczeństwo życie lub zdrowie pacjenta i tak nie będzie można skorzystać z szybszego trybu administracyjnego przewidziane w ustawie;
- kwestię przedstawienia przez ZU pacjentowi, bądź też jego spadkobiercom propozycji wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia; zgodnie z projektem komisja miałaby jedynie stwierdzić fakt zaistnienia błędu medycznego, propozycję świadczenia składa zaś ubezpieczyciel; powstaje zatem pytanie, co będzie w sytuacji,

kiedy propozycja wysokości odszkodowania przedstawiona przez zakład ubezpieczeń będzie rażąco niska, bądź też symboliczna i takie sytuacje mogą powtarzać się w sposób nagminny - wnioskodawcy pozostanie dochodzenie swoich roszczeń na drodze postępowania cywilnego. O zasadności propozycji wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia zawartej we wniosku o ustalenie błędu medycznego (art. 1 pkt 6 projektu – art. 67d ust. 1 pkt 7) powinna rozstrzygać wojewódzka komisja;

- zbyt krótki termin (7 dni) przedstawienia propozycji odszkodowania przez zakład ubezpieczeń oraz dla złożenia przez wnioskodawcę oświadczenia o przyjęciu lub odrzuceniu tej propozycji;
- wyznaczanie składu orzekającego wojewódzkiej komisji (projektowany art. 67f) – wskazane wydaje się wprowadzenie wymogu, aby w składzie tym znalazł się reprezentant każdej z grup określonych w projektowanym art. 67e ust. 5; nie powinno być sytuacji, w której w składzie orzekającym zabraknie przedstawiciela organizacji reprezentującej interesy pacjenta – niestety przy proponowanym brzmieniu przepisu może się tak w praktyce zdarzać;
- wprowadzanie sztywnego limitu wysokości odszkodowania; takie rozwiązanie stoi w sprzeczności z normą art. 361 k.c. Analogicznie nie do przyjęcia było zawarte w projekcie rozwiązanie, zgodnie z którym przyjęcie propozycji odszkodowania ma pociągać za sobą zrzeczenie się wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez komisję za błąd medyczny. Dla RU była to propozycja rażąco niekorzystna dla poszkodowanych, naruszająca zasady pełnej kompensaty szkody deliktowej, gdyż zamyka drogę do dochodzenia na drodze cywilnoprawnej nie tylko wyższych świadczeń, ale również, np. podwyższenia renty w przyszłości, czy też zadośćuczynienia w przypadku ujawnienia się nowej krzywdy, tj. innego rozstroju zdrowia lub nowego stanu chorobowego wywołanego uprzednim błędem medycznym. RU podkreślił, że rozwiązanie takie nie zostało uzasadnione przez twórców projektu;
- zbyt niskie maksymalne kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia; projektowane kwoty są nieadekwatne do sum zasądzanych w procesach cywilnych, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę okoliczność, iż przyjęcie kwoty odszkodowania, czyli przyjęcie propozycji przedstawionej przez zakład ubezpieczeń oznacza zamknięcie

możliwości dalszego dochodzenia roszczeń na drodze sądowej; projekt zakłada, iż wraz ze złożeniem oświadczenia o przyjęciu propozycji odszkodowania, podmiot składający wniosek o odszkodowanie jest zobowiązany złożyć oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za błąd medyczny w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Taka sytuacja stawiałaby pacjenta w zdecydowanie gorszej sytuacji niż obecnie, gdzie szpital, czy też zakład ubezpieczeń wypłaca bezsporną kwotę odszkodowania, zaś o spornej kwocie roszczeń, rozstrzyga sąd w postępowaniu cywilnym.

Projekt przewidywał, że maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku:

- zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – ma wynosić 100 000 zł,
- śmierci pacjenta 300 000 zł.

RU nie znajdował uzasadnienia dlaczego maksymalne roszczenia spadkobierców zmarłego są określone na trzykrotnie wyższym poziomie niż roszczenia samego pacjenta, który konsekwencje błędu medycznego będzie ponosił do końca życia, zaś otrzymana kwota ma zapewnić leczenie, dalszą egzystencję oraz odpowiednie warunki życia. Zatem zaproponowana maksymalna kwota odszkodowania w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, która ma wynosić 100 000 zł, może okazać się, np. w przypadku, gdy błąd będzie dotyczył młodego człowieka, kwotą absolutnie niewystarczającą.

Ustawa ostatecznie została uchwalona bez uwzględnienia większości uwag zgłoszonych zarówno przez RU jak i inne podmioty¹⁰.

RU zaopiniował także projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego,

RU zauważył, że projekt przewiduje zamknięty katalog zasad, którymi miałby kierować się ubezpieczyciel ustalając uprawnienie do uzyskania świadczenia, jak i jego wysokość. W ocenie RU takie ograniczenia, a także brak elastyczności przepisów, które mogłyby mieć

¹⁰ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz. U. Nr 113, poz. 660).

zastosowanie do rozmaitych, niełatwych do opisanego w sposób skończony, następstw zdarzeń medycznych określonych w ustawie, rodziły wątpliwości co do tego, czy większość z proponowanych rozwiązań będzie kłopotliwa w praktycznym ich stosowaniu.

RU przypominał, że w trakcie prac legislacyjnych nad ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, wskazywał m.in., że zaproponowana w art. 67k ust. 1 maksymalna wartość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia pacjenta określona na poziomie 100 tys. zł wydaje się zdecydowanie za niska. Biorąc dodatkowo pod uwagę, że proponowane brzmienie rozporządzenia kwestię określenia wysokości świadczenia pozostawia ubezpieczycielowi oraz fakt, iż proponowany system nie jest *de facto* systemem o charakterze alternatywnym (zgodnie bowiem z art. 67k ust. 6 ustawy o prawach pacjenta, przyjęcie przez wnioskodawcę propozycji ubezpieczyciela w zakresie zadośćuczynienia i odszkodowania oznacza konieczność złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku), wysunął przypuszczenie, iż szczególnie w odniesieniu do zdarzeń medycznych o poważnych i trwałych skutkach, proponowane rozwiązania nie będą wystarczające.

RU zauważył również, że proponowane brzmienie § 2 projektu rozporządzenia wskazuje na elementy, które ubezpieczyciel miałby brać pod uwagę przy określaniu wysokości świadczenia. W przepisie wymieniono następujące elementy: stopień pogorszenia zdrowia (poziom uszkodzenia ciała) powstały w wyniku zdarzenia medycznego, pogorszenie jakości życia (z uszczegółowieniem, iż chodzi o konieczność zapewnienia opieki osób trzecich oraz utratę zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości nauki) oraz uciążliwość leczenia pozostająca w związku ze zdarzeniem medycznym. Opierając się na dotychczasowym dorobku doktryny i orzecznictwa sądowego odnoszącego się do cywilnoprawnych zasad odpowiedzialności odszkodowawczej, do których nawiązują nowe przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności na regułach przyjętych przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z art. 445 k.c., RU podniósł, iż czynników mogących wpływać na wysokość zadośćuczynienia może być zdecydowanie więcej niż wskazuje się w projekcie rozporządzenia. Można wymienić tutaj chociażby wiek poszkodowanego, jego szanse powodzenia na przyszłość, poczucie bezradności życiowej, utratę możliwości korzystania z rozrywek itp.

Zaznaczył, iż każdy z elementów wskazanych w projekcie może mieć różne nasilenie w indywidualnych przypadkach. Można sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której przy umiarkowanym, czy nawet lekkim uszkodzeniu ciała będziemy, które zgodnie z tabelą zostanie uznane za długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynoszący mniej niż 10%, wystąpią drastyczne ograniczenia w zakresie pracy zarobkowej lub wręcz całkowita niemożność jej wykonywania; wówczas w myśl rozwiązań zaproponowanych w projekcie rozporządzenia można by się spodziewać, iż świadczenie nie będzie zbyt wysokie z racji limitów ustalonych w Tabeli w § 2. Rzecznik ponadto zwrócił uwagę na niespójność pkt 2 tabeli zawartej w § 2 projektu rozporządzenia z brzmieniem § 4 ust. 2 projektu rozporządzenia. Tabela zawarta w § 2 wskazuje poniekąd podział kwoty określonej w art. 67k. ust. 7 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i jednocześnie limity świadczeń powiązane z poszczególnymi elementami, natomiast § 4 ust. 2 projektu przewiduje podział kwoty z art. 67k. ust. 7 pkt 1 ustawy ze względu na czas trwania pogorszenia jakości życia.

Wątpliwości RU budziła również kwestia zdefiniowania pogorszenia jakości życia jako okoliczności polegającej wyłącznie na konieczności korzystania z opieki osób trzecich lub utraty zdolności do pracy zarobkowej lub braku możliwości nauki. Takie ujęcie w sposób znaczący ogranicza możliwość uzyskania świadczenia z tego tytułu.

Kierując się dorobkiem orzecznictwa i doktryny wypracowanym w oparciu o art. 445 § 1 k.c., w którym podkreśla się charakter kompensacyjny zadośćuczynienia, wskazywał, iż zasadniczą przesłanką przy określaniu jego wysokości jest stopień natężenia krzywdy, tj. cierpień fizycznych i ujemnych doznań psychicznych (uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 r., sygn. akt III CZP 37/73, OSNCP 1974/145). Decydujące znaczenie mają rzutujące na rozmiar krzywdy okoliczności uwzględnione przez sądy orzekające, takie jak rodzaj, charakter, długotrwałość i intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, stopień i trwałość kalectwa. Za doniosłe dla określenia wysokości zadośćuczynienia w sprawie przyjmuje się ponadto takie okoliczności, jak młody wiek, negatywne zmiany w psychice będące następstwem zdarzenia, które wywołało rozstrój zdrowia oraz niepewne perspektywy i rokowania zdrowotne na przyszłość. Nie powinny pozostać bez wpływu na wysokość zadośćuczynienia takie okoliczności, które w ustalonym stanie sprawy niewątpliwie stanowiły czynnik zwiększający poczucie krzywdy w postaci wysokiego stopnia winy osoby odpowiedzialnej za wyrządzoną szkodę.

RU zajął stanowisko, zgodnie z którym zaproponowane w projekcie bardzo wąskie tabelaryczne ujęcie zasad ustalania wysokości świadczeń pozostawały w sprzeczności z zasadą indywidualizmu stosowaną dotychczas przy miarkowaniu świadczeń w ramach

odpowiedzialności odszkodowawczej. Niektóre z nich wydawały się mieć charakter czysto informacyjny, bez większej wartości normatywnej.

Zdaniem RU należało się zastanowić nad wskazywanymi w projekcie pułapami świadczeń. W uzasadnieniu projektu nie zostało podane dlaczego zdecydowano się na przyjęte w projekcie limity oraz metodykę ustalania przez ubezpieczyciela wysokości świadczeń. Zaproponowane rozwiązania wydawały się być nieadekwatne do obserwowanej przez RU tendencji w tym zakresie zarówno w polskim orzecznictwie sądowym, jak i w przypadku systemów kompensacji szkód związanych z leczeniem funkcjonujących w niektórych krajach europejskich. Kwoty zasądzanych przez sądy świadczeń bywają zdecydowanie wyższe (np. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r. (sygn. akt I ACa 1131/05) przyznano kwotę odszkodowania w wysokości 477 000 zł (w tym samo zadośćuczynienie w wysokości 300 000 zł oraz comiesięczną rentę w wysokości 2 800 zł), w wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 3 sierpnia 2011 r. (sygn. akt I ACa 298/11) przyznano łączną kwotę świadczeń w wysokości 1 073 000 zł (w tym zadośćuczynienie w kwocie 600 000 zł; 130 000 zł na pokrycie kosztów leczenia i sprzęt rehabilitacyjny, comiesięczna renta w wysokości 5 630 zł). Orzecznictwo wskazuje, że odszkodowania za szkody pacjentów stale rosną. W krajach europejskich, w których funkcjonują systemy *no fault compensation*, głównym założeniem przy ich wprowadzaniu było ograniczenie sądowych procesów odszkodowawczych. Podobne argumenty można było usłyszeć przy tworzeniu polskiego systemu. Tymczasem wydaje się, iż cel ten może nie zostać osiągnięty ze względu na fakt, iż proponowane zarówno w ustawie, jak i w projekcie rozporządzenia rozwiązania są mało atrakcyjne dla potencjalnych poszkodowanych.

W zakresie § 3 projektu odnoszącego się do zasad określania stopnia pogorszenia zdrowia w tabeli, RU nie widzi uzasadnienia, dla którego stwierdzony długotrwały uszczerbek na zdrowiu (mogący co prawda ulec zmniejszeniu), wynoszący mniej niż 10%, nie może stanowić przesłanki do wypłaty świadczenia. Wątpliwości RU budziła również kwestia zawężenia możliwości uzyskania świadczenia za następstwa zdarzeń medycznych w postaci pogorszenia zdrowia do sytuacji, poprzez wskazanie, iż muszą one wynikać wyłącznie ze zdarzenia medycznego oraz fakt, iż zgodnie z projektem oceny stopnia pogorszenia zdrowia będzie dokonywał nie biegły, lecz ubezpieczyciel po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta.

RU zwrócił uwagę na zbyt kazuistyczne określenie przesłanek oceny elementu pogorszenia jakości życia. Podobne uwagi formułował do wskazanego w projekcie sposobu oceny uciążliwości leczenia.

Zdaniem RU nie znajdowało uzasadnienia automatyczne określenie w projekcie, iż w przypadku śmierci pacjenta maksymalna kwota, o której mowa w art. 67k ust. 7 pkt 2 ustawy, ulega obniżeniu o:

- 50% - jeżeli wnioskodawcą są spadkobiercy należący do grupy II, o której mowa w art. 14 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn;
- 75% - jeżeli wnioskodawcą są spadkobiercy należący do grupy III, o której mowa w art. ust. 3 pkt 3 ustawy o podatku od spadków i darowizn.

RU wskazywał, że w prawie odszkodowawczym możliwość uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci poszkodowanego dotyczy osób, które poniosły koszty leczenia i pogrzebu, osoby, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny oraz najbliższych członków rodziny zmarłego, którymi zgodnie z orzecnictwem sądowym mogą być nie tylko osoby spokrewnione, czy też spadkobiercy. W przypadku roszczeń o stosowne odszkodowanie lub zadośćuczynienie z tytułu śmierci najbliższego członka rodziny coraz większe znaczenie w dzisiejszych uwarunkowaniach społecznych ma istnienie rzeczywistych więzi ze zmarłym, nie tylko sam fakt przynależności do rodziny (por. wyrok SN z dnia 13 kwietnia 2005 r., sygn. akt IV CK 648/04, OSNC 2006/3/54, Biul. SN 2005/6/12, M. Prawn. 2006/6/314, w którym jako uprawnioną wskazano konkubinę i jej dziecko).

Zdaniem RU jedynym kryterium określania wysokości świadczenia w przypadku śmierci pacjenta nie powinna być przynależność do określonej ustawowo grupy z kręgu osób uprawnionych do uzyskania świadczenia. Należy też brać pod uwagę istnienie rzeczywistych bliskich relacji o charakterze rodzinnym ze zmarłym oraz rzeczywiste pogorszenie wskutek śmierci pacjenta sytuacji życiowej osób uprawnionych.

RU opowiedział się za indywidualnym podejściem do ustalenia wysokości świadczeń i widziałby ewentualnie potrzebę stworzenia systemu bardziej ogólnych wskaźników, które byłyby na tyle elastyczne, aby można było świadczenie indywidualizować oraz aby dawało ono odczuwalną wartość ekonomiczną (por. wyrok SN z dnia 9 listopada 2007 r., sygn. akt V CSK 245/07).

c) projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz ustawy o płatnościach w ramach systemów wsparcia bezpośredniego

RU w piśmie skierowanym do Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi podkreślił, iż popiera wszelkie zmiany legislacyjne ukierunkowane na poprawę dotychczasowych rozwiązań, które jak wskazuje dotychczasowa praktyka, nie stanowią wystarczającej zachęty do zawierania tego typu umów widzianej z perspektywy zarówno producentów rolnych, jak i ubezpieczycieli. Zauważył, że przedłożony projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz ustawy o płatnościach w ramach systemów wsparcia bezpośredniego w głównej mierze odnosi się do przesunięcia ciężaru finansowania dopłat do składek oraz dotacji celowej na pokrycie części odszkodowań ze środków budżetu Państwa na rzecz finansowania ze środków pieniężnych uzyskiwanych z budżetu UE i powiązaniu systemu dopłat z systemem płatności w ramach wsparcia bezpośredniego. Zasadnicze wątpliwości RU wzbudziła zależność art. 70 rozporządzenia Rady (WE) nr 73/2009 z dnia 19 stycznia 2009 r. ustanawiającego wspólne zasady dla systemów wsparcia bezpośredniego dla rolników w ramach wspólnej polityki rolnej i ustanawiające określone systemy wsparcia dla rolników, zmieniające rozporządzenia (WE) nr 1290/2005, (WE) nr 247/2006, (WE) nr 378/2007 oraz uchylające rozporządzenie (WE) nr 1782/2003, w stosunku do proponowanych zmian.

RU wskazał na potrzebę wyjaśnienia w jakim zakresie wymóg szkody wynoszącej 30% średniej produkcji rolnika zostanie przeniesiony na grunt ustawowy. W myśl art. 70 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 73/2009, wkład finansowy może być przyznany wyłącznie w odniesieniu do strat spowodowanych niekorzystnym zjawiskiem klimatycznym, chorobą zwierząt lub roślin, lub inwazją szkodników, które niszczą więcej niż 30% średniej rocznej produkcji rolnika z poprzednich trzech lat lub średniej z trzech lat opartej na okresie pięciu wcześniejszych lat, z wyłączeniem wartości najwyższej i najniższej. Z rozporządzenia wynika więc, iż warunkiem przyznania wkładu finansowego na rzecz składki ubezpieczenia upraw rolnych i zwierząt od strat spowodowanych niekorzystnym zjawiskiem klimatycznym jest szkodowość w przedmiocie ubezpieczenia sięgająca 30% średniej produkcji rolnika oraz spełnienie przez rolnika dodatkowych wymogów dotyczących zarządzania i przestrzegania „dobrej kultury rolnej”.

RU stwierdził zatem, że wydaje się, iż przepisy rozporządzenia należy rozumieć w ten sposób, iż nie jest możliwe uczynienie systemu dopłat z budżetu UE do każdej składki ubezpieczeniowej, a jedynie wsparcie do systemu już obowiązującego wyrażającego się

dopłatą do składki dla rolnika, który w poprzednim okresie ochronnym poniósł szkodę w wysokości wspomnianego progu 30% i spełnienia pozostałych wymogów określonych w rozporządzeniu.

W tym też ujęciu RU uznał, że proponowane zmiany w projekcie założeń do ustawy idą zbyt daleko – wykraczając poza ramy zasad udzielania wkładu finansowego ze środków UE – co rodzi wątpliwość w zakresie zgodności proponowanych zmian z prawem unijnym. Zdaniem RU zmiana powinna była stanowić uzupełnienie norm dotychczas obowiązujących o przypadek zwiększenia puli dopłat do składek po dotknięciu rolnika szkodą w znacznych rozmiarach, tj. przekraczającej próg 30% średniej rocznej produkcji rolnika.

RU zaznaczył również, że proponowana zmiana dotychczasowych przepisów regulujących ubezpieczenie upraw rolnych i zwierząt gospodarskich, mogłaby wykluczyć z ochrony ubezpieczeniowej przypadki szkód częściowych ograniczając zaś odpowiedzialność ubezpieczycieli jedynie do szkód całkowitych, co w praktyce zamiast przyczynić się do popularyzacji i rozpowszechnienia danego typu umowy, uczyni z niej w praktyce martwą umowę.

Za pozytywną propozycję RU uznał rozszerzenie zakresu stosowania dotacji celowej dla ubezpieczycieli realizujących wypłaty odszkodowań z pozostałych oprócz suszy ryzyk, tj. huraganu, powodzi, gradu, obsunięcia się ziemi, skutków przezimowania oraz przymrozków wiosennych.

RU zaznaczał, że regulacja powinna zostać jedynie uzupełniona o możliwość dodatkowego wspomżenia rolników dotkniętych szkodą znacznych rozmiarów dopłatami ze środków UE oraz dotacjami dla ubezpieczycieli z tytułu wypłaconych odszkodowań. RU zwrócił ponadto uwagę na problemy związane z praktyką likwidacji szkód. Na gruncie postępowań skargowych RU wymienił przykłady zgłaszanych do Rzecznika problemów takich jak nieterminowość postępowania likwidacyjnego, opieszałość w przybyciu rzeczoznawcy ubezpieczeniowego na miejsce zdarzenia, co szczególnie widoczne jest w przypadkach szkód spowodowanych ujemnymi skutkami przezimowania i zbliżającym się terminem zasiania uprawy zamiennej (późne przybycie likwidatora powoduje zatarcie szkody z powodu wcześniejszego zaorania uprawy albo stratą spowodowaną zbyt długim oczekiwaniem na likwidatora i zasianiem uprawy po terminie zasiewu skutkującej obniżeniem plonu lub jego brakiem), albo szkód z przymrozków wiosennych, kiedy opóźnienie w oględzinach upraw może spowodować i zazwyczaj powoduje zatarcie śladów szkody z uwagi na szybkość wzrostu uprawy.

d) problematyka wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia OC dla rzeczników konsumentów

Prezes UOKiK skierował do RU zapytanie dotyczące zasadności ewentualnej interwencji legislacyjnej w zakresie wprowadzenia ubezpieczenia OC dla rzeczników konsumentów.

RU wskazał m.in., że dla zabezpieczenia interesów poszkodowanych, ale także samych rzeczników konsumentów wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia OC dla tych podmiotów nie stanowi jedynego rozwiązania. RU podnosił, iż wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia łączy się z często długotrwałym procesem legislacyjnym, stworzeniem systemu kontroli posiadania ochrony ubezpieczeniowej oraz wprowadzeniem sankcji za ewentualny brak tej ochrony. W procesie tym niezmiernie ważne jest określenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej, która stanowiłaby rzeczywiste zabezpieczenie interesów rzeczników konsumentów oraz osób, które korzystają z ich pomocy. Niepożądane byłoby stworzenie regulacji, które faktycznie powodowałyby dążenie do spełnienia obowiązku ustawowego, bez ochrony ubezpieczeniowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb ubezpieczonych podmiotów.

RU zwrócił również uwagę na następujące kwestie. Obserwacja praktyki rynkowej w zakresie funkcjonowania ubezpieczeń obowiązkowych, w przypadku których zakres ochrony jest wyznaczany przez prawodawcę, prowadzi do wniosku, iż niewątpliwie zaletą jest to, że zakres ochrony ubezpieczeniowej wynikający z umów obowiązkowych jest zdecydowanie szerszy niż w ubezpieczeniach dobrowolnych. Ubezpieczyciel właściwie nie może samodzielnie kształtować warunków takiej umowy i ograniczać swojej odpowiedzialności bardziej niż określił to ustawodawca. Jednakże przy ubezpieczeniach obowiązkowych pojawia się praktyczny problem małej konkurencyjności w zakresie oferowania tych ubezpieczeń przez zakłady ubezpieczeń, czy wręcz niechęć ubezpieczycieli do zawierania takich umów. Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych taryfy oraz wysokość składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe ustala zakład ubezpieczeń, co w praktyce oznacza, że w przypadku, gdy niektóre zakłady ubezpieczeń niechętnie udzielaniu ochrony w ramach określonych przez ustawodawcę, ustalają zaporową wysokość składki ubezpieczeniowej lub tego typu ubezpieczeń w ogóle nie oferują. Z powyższych względów, przed ewentualną interwencją ustawodawczą warto zastanowić się nad upowszechnieniem dobrowolnego ubezpieczenia OC wśród rzeczników konsumentów, czy też wynegocjowaniem przez organizację zrzeszającą rzeczników dobrego,

adekwatnego do rzeczywistych potrzeb środowiska rzeczników programu ubezpieczeniowego dla tych podmiotów.

Odpowiadając na pytanie, czy wprowadzenie ubezpieczenia OC zachęci rzeczników konsumentów do występowania z powództwami na rzecz konsumentów w ramach postępowania cywilnego, RU zaznaczył, iż można się spodziewać, że poczucie posiadania ochrony ubezpieczeniowej może przyczynić się do zwiększenia ich aktywności na tym polu, choć wydaje się, że nie będzie to czynnik decydujący. Zachętą do występowania z powództwami na rzecz konsumentów równie dobrze może być posiadanie szerokiej ochrony ubezpieczeniowej z odpowiednią sumą gwarancyjną wynikającą z dobrowolnego stosunku ubezpieczenia.

Odnosząc się do kwestii właściwego określenia wysokości sumy gwarancyjnej, to niewątpliwie kategorie prowadzonych spraw oraz przeciętna wartość przedmiotu sporu mogą być pomocne w jej oszacowaniu, jednakże tutaj również trzeba zwrócić uwagę na potrzebę indywidualizacji tej sumy dla poszczególnych rzeczników, przede wszystkim z uwzględnieniem skali ich działalności i maksymalnych wartości przedmiotu sporu w prowadzonych przez nich sprawach. Nie bez znaczenia będzie tutaj kwestia regionu, w którym działa rzecznik konsumenta oraz rodzaje i liczba prowadzonych spraw.

RU podkreślił również zalety ubezpieczenia dobrowolnego, które pozwalają na elastyczne dostosowywanie zakresu ochrony i wysokości składki ubezpieczeniowej do indywidualnych potrzeb i możliwości takiej grupy podmiotów, jak rzecznicy konsumentów.

e) projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym

Pierwszą ogólną uwagą, którą RU zgłosił Ministrowi Zdrowia będącemu gospodarzem projektu była obawa, iż wskazane w uzasadnieniu projektu cele wprowadzenia nowych regulacji, odnoszące się m.in. do zagwarantowania świadczeniobiorcom należytej realizacji ich uprawnień wynikających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, mogą okazać się niemożliwe do osiągnięcia. Taka ocena wynika w szczególności z faktu, iż projektowane przepisy nie gwarantują odpowiedniego poziomu świadczeń zdrowotnych – ubezpieczyciele będą właściwie mogli je kształtować swobodnie, a co za tym idzie znacząco je ograniczać. RU wskazywał również na zasady ustalania składek, których wysokość określa się po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. RU zwrócił uwagę, że możliwość znaczącego różnicowania składek ubezpieczeniowych oznacza, że nie dla wszystkich ubezpieczenia te będą osiągalne. Zapisy projektu nie wprowadzają bowiem mechanizmów chroniących pacjentów w przypadku występowania długofalowych problemów zdrowotnych

i osób starszych. RU w oparciu o prowadzone postępowania skargowe oraz udzielane porady spostrzegł, iż w przypadku obecnie funkcjonującego rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych preferowane są osoby zdrowe i młode. Z osobami mającymi problemy zdrowotne lub powyżej określonego wieku zakłady ubezpieczeń nie chcą zawierać i unikają kontynuacji umów ubezpieczenia.

W ocenie RU przedmiotowy projekt nie zawierał rozwiązań systemowych, które włączyłyby dodatkowe ubezpieczenia w obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia i czyniły ten system spójnym. Wbrew temu, o czym mowa jest w uzasadnieniu projektu, a mianowicie o potrzebie określenia zasad współpracy między zakładami ubezpieczeń i zakładami opieki zdrowotnej, projektowane przepisy tego zamierzenia nie realizowały. RU zaznaczył, że projekt przewiduje niejasne rozwiązania, które jak się wydaje nie pozwolą na odpowiednią kontrolę działania systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a w szczególności konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych.

RU wskazywał również na niepotrzebne powtórzenia przepisów znajdujących się już w innych ustawach oraz niewłaściwe zdefiniowanie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, które zostało w projekcie określone jako ubezpieczenie wypadkowe lub chorobowe, o którym mowa w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.). RU podniósł również kwestię ulgi podatkowej, obejmującej wyłącznie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, która może rodzić przypuszczenie nieuzasadnionego preferowania zakładów ubezpieczeń, z pominięciem funkcjonującego sektora prywatnej opieki zdrowotnej.

Prace nad projektem nie zostały ukończone.

f) projekt założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

W piśmie z dnia 27 kwietnia 2011 r. skierowanym do MF, RU podtrzymał uwzględnione w projekcie założeń do ustawy propozycje RU, zgłoszone w ramach prac Grupy roboczej ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych RRRF. Poinformował ponadto, że o zgłoszonej przez RU w związku z sejmowymi pracami nad rządowym projektem ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw (druk nr 3960) propozycji zmiany ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.) polegającej na rozszerzeniu obowiązków PIU w zakresie publikowania informacji na temat działalności

poszczególnych zakładów ubezpieczeń mających na celu zobrazowanie jakości prowadzonych postępowań likwidacyjnych, a tym samym usług świadczonych przez ubezpieczycieli, która w rezultacie tych prac nie została uwzględniona. RU uznał, że wpisuje się ona w przewidywane w przedłożonym projekcie nowe obowiązki informacyjne oraz obowiązek publicznego ujawniania sprawozdań na temat wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczycieli.

g) projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz senacki projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego (druk senacki 1182)

W trakcie końcowych prac Komisji Ustawodawczej Senatu RP nad projektem, RU podobnie jak w pierwotnie wyrażonej opinii o projekcie przekazanej Ministrowi Sprawiedliwości, poinformował, iż w pełni popiera zmiany, które zmierzają do rozszerzenia uprawnień poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, zarówno w obszarze prawa karnego, jak i cywilnego. Opowiedział się również za stworzeniem instytucji prawnych lub usprawnieniem dotychczas obecnych w systemie rozwiązań, które pozwolą na szybkie uzyskanie przez poszkodowanego odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Wskazał ponadto, iż w toku rozpoznawania skarg kierowanych przez poszkodowanych w wypadkach drogowych diagnozowana jest problematyka pewnego „automatyzmu” powstrzymania się przez ubezpieczycieli ze spełnienia świadczenia odszkodowawczego w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego w sprawach o przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji. Zastrzegł przy tym, iż istnieje grupa spraw, w których tylko dzięki ustaleniom faktycznym dokonanych przez organ procesowy w postępowaniu karnym lub sąd w postępowaniu cywilnym możliwe jest ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości odszkodowania. RU stwierdził również, że nie dysponuje danymi statystycznymi co do liczby postępowań, w których zostało zastosowane zabezpieczenie nowacyjne w trybie art. 753¹ k.c., które uzasadniałby twierdzenie, że instytucja ta w zakresie odpowiedzialności deliktowej nie sprawdza się.

RU podniósł natomiast, iż w toku wykonywania swoich ustawowych kompetencji zdiagnozował jednak, iż główną przyczyną wskazanej powyżej bierności zakładów ubezpieczeń są skutki prawne orzeczenia środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiazki w razie skazania za przestępstwo spowodowania katastrofy lub wypadku w ruchu lądowym na zakres (wysokość) odpowiedzialność gwarancyjną ubezpieczyciela

z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W aktualnym bowiem stanie prawnym suma orzeczonej kwoty tytułem obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki nie mieści się w zakresie odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Czyni to z jednej strony zachętę do powstrzymania się przez ubezpieczyciela ze spełnieniem świadczenia odszkodowawczego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego, z drugiej zaś istotnie ogranicza, a niekiedy i wyłącza możliwość dochodzenia przez pokrzywdzonego roszczeń cywilnoprawnych względem ubezpieczyciela.

Powyższe powoduje, że poszkodowany częstokroć nie może uzyskać, naprawienia szkody (np. z powodu braku majątku dłużnika), które mógłby uzyskać gdyby nie składał w postępowaniu karnym wniosku o naprawienie szkody, a zdecydował się skorzystać z instytucji *actio directa* po zakończeniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności karnej sprawcy szkody. Praktyka ta odnosi również swój negatywny skutek względem ubezpieczającego, który nie może uruchomić instrumentów wynikających z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W następstwie tego zostaje on zmuszony do poniesienia pełnych konsekwencji majątkowych szkody (kwalifikowanej jednocześnie przez prawo karne jako czyn zabroniony), pomimo istnienia ważnej umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Z powyższych więc względów i do uznania projektodawcy, RU pozostawił ewentualną decyzję o zasadności przede wszystkim lub dodatkowo nowelizacji kodeksu karnego w zakresie ograniczenia dopuszczalności orzekania środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody w sytuacji, gdy sprawca szkody w chwili zdarzenia posiadał umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych np. poprzez wprowadzenie do art. 46 k.k. §3 o treści: „Sąd nie orzeka obowiązku określonego w § 1 lub nawiązki w takim zakresie, w jakim zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do pokrycia szkody wyrządzonej przestępstwem z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych”.

Tak skonstruowana instytucja karnoprawnego obowiązku naprawienia szkody – zdaniem RU – wzmacniałaby realizację podstawowego celu postępowania karnego, jakim jest uwzględnienie prawnie chronionych interesów pokrzywdzonych (art. 2 § 1 pkt 3 k.p.k.).

Przedstawiając swoje szczegółowe uwagi do przedłożonego projektu ustawy RU poddał pod rozagę projektodawcy zasadność rozszerzenia zakresu stosowania projektowanej instytucji zabezpieczenia nowacyjnego. Proponowany zakres instytucji tylko do przestępstw spowodowania katastrofy lub wypadku komunikacyjnego może spowodować w określonych

stanach faktycznych niemożność zastosowania zabezpieczenia, pomimo, iż szkoda może mieścić się w zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a od strony prawnokarnej oceny zachowanie sprawcy będzie wyczerpywać znamiona innego czynu zabronionego. Z powyższych względów należałoby rozważyć zasadność wskazania czynności sprawczej przestępstwa poprzez związek z ruchem pojazdu mechanicznego lub sformułowanie zakresu w oparciu o duże prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego, w wyniku którego powstała szkoda objęta obowiązkiem ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Zwiększyłoby to krąg poszkodowanych, legitymowanych do wystąpienia z wnioskiem o zastosowanie projektowanego zabezpieczenia.

RU zwrócił także uwagę na wątpliwości co do zasadności określenia czynności procesowej orzeczenia zabezpieczenia nowacyjnego jako wyłącznie czynności sądowej w postępowaniu karnym. RU wskazał m.in., iż wprowadzenie dopuszczalności stosowania zaliczki na poczet odszkodowania, o którym mowa w art. 441 § 1 zd. 1 k.c., wymagałoby sięgnięcia przez organ procesowy do instytucji właściwych dla prawa cywilnego do ustalania podstaw odpowiedzialności i wysokości odszkodowania, które zasadniczo należą do kognicji sądów w sprawach cywilnych. W przypadku tego rodzaju świadczenia każdorazowo należałoby badać istnienie związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., czy też ustalać istnienie przyczynienia poszkodowanego do powstania szkody (art. 362 k.c.).

RU podniósł także, iż w projekcie ustawy dopuszczona jest możliwość nałożenia obowiązku spełnienia świadczenia odszkodowawczego bez zgłoszenia roszczenia do ubezpieczyciela, UFG i PBUK oraz przed upływem terminu na wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności tych podmiotów lub wysokości odszkodowania, a więc przed powstaniem wymagalności roszczenia względem tych podmiotów.

RU zaproponował alternatywne rozwiązanie w postaci stworzenia przepisu, który regulowałby termin początkowy dla organu procesowego, po upływie którego może orzec zabezpieczenie nowacyjne. Wniosek o zastosowanie zabezpieczenia mógłby być wprawdzie złożony już po wszczęciu postępowania przygotowawczego *ad personam* oraz przed zawiadomieniem o szkodzie i upływie ustawowych terminów do spełnienia świadczenia odszkodowawczego, jednakże organ procesowy nie mógłby orzec zabezpieczenia bez powstania wymagalności roszczenia względem podmiotu zobowiązanego do spełnienia świadczenia odszkodowawczego. Sam fakt istnienia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub przepis prawa statuujący odpowiedzialność

UFG albo PBUK nie rodzi jeszcze odpowiedzialności tych podmiotów, a tym bardziej o wymagalności ich zobowiązań.

RU zauważył także, iż w projekcie znajdowały się propozycje przepisów, które powodowały brak możliwości zastosowania zabezpieczenia, jeśli każdorazowo nie zostało złożone zawiadomienie o powstaniu szkody. Jeżeli intencją projektodawcy była możliwość zastosowania zabezpieczenia dla osób, których stan zdrowia uniemożliwia złożenie zawiadomienia o szkodzie należałoby w projekcie uwzględnić tę sytuację.

Pod rozagę projektodawcy RU poddał zasadność uregulowania kwestii dopuszczalności stosowania zabezpieczenia w sytuacji złożenia przez pokrzywdzonego powództwa adhezyjnego wraz z wnioskiem o zastosowanie zabezpieczenia (art. 69 § 2 k.p.k.) i orzeczenie takiego zabezpieczenia. Zachodzi bowiem zasadne pytanie, czy jeśli doszłoby do zabezpieczenia roszczenia w ramach złożonego powództwa adhezyjnego względem podejrzanego o popełnienie przestępstwa, to istniałaby potrzeba stosowania zabezpieczenia nowacyjnego od podmiotów zobowiązanych do wypłaty odszkodowania i w sytuacji, gdy przedmiotem wniosków o zabezpieczenia na podstawie art. 69 § 2 k.p.k. i projektowanego art. 296a § 1 k.p.k. byłyby tożsame rodzajowo roszczenia pokrzywdzonego.

RU zauważył także, iż nie w każdym przypadku za wystarczające dla ustalenia wysokości (zakresu) zaliczki będzie przedstawienie organowi procesowemu przez podmiot zobowiązany do wypłaty odszkodowania tylko dokumentacji dotyczącej umowy oraz oszacowania wysokości szkody, w szczególności w przypadkach zbiegu odpowiedzialności cywilnej różnych podmiotów i odmienności podstawy tej odpowiedzialności, czy w sytuacji przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody.

W opinii RU rozstrzygnięcia wymagała również kwestia dopuszczalności stosowania projektowanego zabezpieczenia podczas zawieszenia postępowania karnego. W przypadku pozytywnego rozstrzygnięcia tej kwestii RU wskazał na potrzebę nowelizacji art. 22 k.p.k. lub wprowadzenie stosownej normy w projektowanym Rozdziale 32a k.p.k.. W ocenie RU dopuszczenie stosowania zabezpieczenia w czasie zawieszenia postępowania karnego np. z powodu stanu zdrowia pokrzywdzonego albo długotrwałości otrzymania pomocy prawnej od państwa trzeciego polegającej na uzyskaniu zeznań świadków przestępstwa przebywających za granicą, w pełni oddawałoby cel projektowanej regulacji, jakim jest szybkie udzielenie niezbędnej pomocy pokrzywdzonemu.

RU podniósł także problem ewentualnych przepisów temporalnych co do stosowania przepisów projektowanej ustawy.

RU ponowił również propozycję podjęcia przez Komisję Ustawodawczą Senatu RP decyzji o zasadności równoległej nowelizacji kodeksu karnego w zakresie ograniczenia dopuszczalności orzekania środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody w sytuacji, gdy sprawca szkody w chwili zdarzenia posiadał umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

h) projekt ustawy o kontroli w administracji rządowej

W piśmie z dnia 22 czerwca 2011 r. skierowanym do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów RU poinformował, że bardzo pozytywnie ocenia podjęte działania w tym zakresie. Jednocześnie jako instytucja niebędąca organem administracji rządowej, czy też inną jednostką organizacyjną tej administracji nie prowadziła analiz związanych z problematyką audytu i kontroli w administracji rządowej. Wyjaśnił, że BRU jest stosunkowo niewielką instytucją. W celu zobrazowania skali działalności BRU wskazał, iż RU ma jedynie siedzibę w Warszawie, nie posiadając delegatur czy oddziałów na terenie Polski. Jeśli chodzi o kontrolę wewnętrzną jest ona prowadzona na bieżąco przez samego RU i kierownictwo Biura. RU realizując swoje zadania wynikające w szczególności z przepisów ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych monitoruje i weryfikuje proces własnych działań, przede wszystkim pod kątem ich skuteczności w odniesieniu do potrzeb osób, które zwracają się do niego o pomoc.

Czynnikami uruchamiającymi szereg różnorodnych działań RU są w szczególności postępowania skargowe, a także sygnały otrzymywane przez RU podczas dyżurów telefonicznych oraz informacje napływające za pośrednictwem poczty elektronicznej. Przekładają się one na działania na płaszczyźnie legislacyjnej, edukacyjnej, czy też mające na celu rozstrzyganie rozbieżności w wykładni prawa oraz informowanie o dostrzeżonych nieprawidłowościach właściwych organów nadzoru, kontroli lub innych organów władzy publicznej.

Zdaniem RU w przypadku prowadzonych przez niego działań niezwykle istotna jest ich transparentność. RU systematycznie informuje za pośrednictwem własnej strony internetowej oraz innych środków masowego przekazu o podejmowanych działaniach i pracach. Na stronie internetowej publikowane są w szczególności coroczne sprawozdania z działalności RU niezwłocznie po przekazaniu go Prezesowi Rady Ministrów. W ten sposób RU podaje się kontroli społecznej, która ma ogromne znaczenie z punktu widzenia zapobiegania patologiom w funkcjonowaniu instytucji, które stoją na straży ochrony praw obywateli.

Stosownie do brzmienia art. 30 ww. ustawy, RU składa corocznie, w terminie 60 dni od zakończenia roku kalendarzowego, Prezesowi Rady Ministrów sprawozdanie ze swojej działalności oraz uwagi o stanie przestrzegania prawa i interesów osób, o których mowa w art. 5 ust. 1. Sprawozdanie jest jawne.

Jeśli chodzi o kontrolę gospodarki finansowej BRU to zgodnie z art. 22a przywołanej ustawy podstawą tej gospodarki jest roczny plan finansowy, którego projekt sporządza RU i wraz z opinią Rady Ubezpieczonych przekazuje ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych, w trybie określonym w przepisach dotyczących prac nad projektem ustawy budżetowej.

Działalność RU pod kątem legalności, gospodarności i celowości podlega stałej kontroli NIK. Ostatnia kontrola miała miejsce w 2010 r. NIK w wystąpieniu pokontrolnym pozytywnie oceniła działalność i zadania wykonywane przez RU.

i) poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz rzeczniku Ubezpieczonych oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Na wstępie RU podnosił, że kompetencje i status prawny RU oraz funkcja i rola, jakie pełni w polskim systemie prawa, przemawia za uznaniem, iż RU, że jest instytucją ochrony praw. Z tego względu wydaje się, iż możliwość łączenia funkcji RU i posła, który również obywateli byłaby korzystna dla konsumentów.

W celu zapewnienia należytego i bezstronnego wykonywania zadań przez RU ustawodawca wprowadził szereg wymogów i ograniczeń dla RU oraz pracowników jego Biura. Wieloletnia praktyka funkcjonowania instytucji pokazuje, że obowiązujące przepisy w kontekście funkcji jaką pełni RU (ochrona popytowej strony rynku ubezpieczeniowego i emerytalnego) są wystarczające z punktu widzenia gwarancji bezstronności i niezależności RU. W związku z czym nie istnieje potrzeba oraz rzeczywiste uzasadnienie dokonywania projektowanych zmian w tym zakresie.

W zakresie zawartej w poselskim projekcie propozycji brzmienia art. 24, RU Ubezpieczonych postulował nadanie przepisowi następującego brzmienia:

„2. Osoba pełniąca funkcję Rzecznika nie może:

1) podejmować dodatkowego zatrudnienia, z wyjątkiem zatrudnienia na stanowisku dydaktycznym, naukowo-dydaktycznym lub naukowym w łącznym wymiarze nieprzekraczającym pełnego wymiaru czasu pracy pracowników zatrudnionych na tych

stanowiskach, jeżeli wykonywanie tego zatrudnienia nie przeszkadza w pełnieniu obowiązków Rzecznika,

2) prowadzić działalności publicznej niedającej się pogodzić z wykonywanymi obowiązkami”.

Brzmienie przedstawione w projekcie – w ocenie RU – zawierało niepotrzebne i nieuzasadnione zawężanie do tytułu naukowego profesora. Ta propozycja została w rezultacie prac uwzględniona.

1.2. RU w ramach swoich uprawnień w zakresie opiniowania aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych, wyrażała także swoją opinię w sprawach dotyczących następujących dokumentów przygotowywanych w ramach instytucji UE:

a) Zielona Księga opublikowana przez Komisję Europejską, dotycząca możliwych rozwiązań w celu zapewnienia postępu w zakresie europejskiego prawa kontraktowego dla konsumentów i przedsiębiorców (KOM(2010)348)

Odnosząc się do otrzymanego projektu RU w piśmie z dnia 7stycznia 2011 r. skierowanego do Ministra Sprawiedliwości wskazał m.in., że ogólnie cel zaprezentowanego dokumentu zasługuje na poparcie, wskazując jednocześnie na ewentualne trudności związane z rozwojem konkurencji w zakresie transakcji transgranicznych. Wobec różnorodności systemów prawa cywilnego w państwach członkowskich – zdaniem RU – dążenie do całkowitego zastąpienia prawa umów poszczególnych krajów instrumentem europejskim nie byłoby słusznym rozwiązaniem. Państwa członkowie mogłyby natomiast włączyć europejski instrument prawa umów jako system opcjonalny, funkcjonujący obok systemu krajowego.

RU dostrzegł także – w przypadku zawierania umów dotyczących usług finansowych – problem wykorzystywania konsumenckich instrumentów ochronnych. Wydaje się, iż przyczyny takiego stanu rzeczy tkwią w rozproszeniu w prawie wspólnotowym regulacji odnoszących się do umów konsumenckich. Większość dyrektyw konsumenckich ma charakter minimalny, co oznacza, że w państwach członkowskich funkcjonują różne systemy ochrony konsumenta, co również przyczynia się do niechęci do transakcji transgranicznych.

b) propozycja dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającej dyrektywę 2003/71/WE oraz dyrektywę 2009/138/WE w odniesieniu do uprawnień Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA) i Europejskiego Urzędu Nadzoru Giełd i Papierów Wartościowych (ESMA)

RU w piśmie z dnia 22 lutego 2011 r. skierowanym do MF poparł stanowisko i zastrzeżenia zgłoszone przez Rząd RP.

c) kwestionariusz Komisji Europejskiej w sprawie art. 5 ust. 2 dyrektywy Rady 2004/113/WE z dnia 13 grudnia 2004 r. oraz orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C – 236/09 Test Achats

RU przedstawił MF stanowisko w sprawie, iż orzeczenia TSUE stanowiły dla zakładów ubezpieczeń niewątpliwie ograniczenie szerszej oceny ryzyka i prawdopodobnie zmusiły ubezpieczycieli, którzy nie chcą uśredniać składki ubezpieczeniowej do analizy i poszukiwania innych czynników pozwalających na indywidualizację ryzyka. Trzeba też pamiętać, że niektórzy ubezpieczyciele działający na terenie UE już dziś nie różnicują składki ze względu na płeć. Pozostałe zakłady ubezpieczeń od 21 grudnia 2012 r. będą zmuszone do nich dołączyć, co może wpływać nieco na zmniejszenie konkurencyjności wśród oferowanych ubezpieczeń.

W przypadku zakładów ubezpieczeń, które chcą zachować indywidualizację w ocenie ryzyka zapewne konieczna będzie rozbudowa dotychczasowego systemu oceny ryzyka o nowe czynniki np. związane ze stylem życia ubezpieczonego, etc. Wydaje się również, że wskazywane orzeczenie niekoniecznie będzie korzystne dla kobiet, które w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych i życiowych często płacą niższe składki niż mężczyźni. Można się również spodziewać, że wyrok ten w przyszłości może spowodować wprowadzenie innych zakazów dotyczących różnicowania składek lub świadczeń ubezpieczeniowych, co z punktu widzenia funkcjonowania ubezpieczeń mogłoby stanowić przeszkodę tworzenia zindywidualizowanych, dopasowanych do potrzeb ubezpieczającego i ubezpieczonego umów ubezpieczenia, a także negatywnie wpływać na możliwości zróżnicowania w taryfikacji składek.

Z punktu widzenia RU powinny zostać poczynione kroki legislacyjne na poziomie UE, które wskazywałyby również kierunki postępowania dla Państw Członkowskich. Wydaje się też, że w ramach tych prac należałoby oddzielić kwestię dyskryminacji i kwestię oceny ryzyka w ubezpieczeniach uwzględniając jednocześnie wymogi w tym obszarze płynące

z Solvency II. Można też rozważać uwzględnienie w ocenie ryzyka innych czynników tak, aby nie naruszać zakazu dyskryminacji, co bez wątpienia będzie znaczącym wyzwaniem dla rynku.

1.3. Udział Rzecznika Ubezpieczonych w pracach Rady Rozwoju Rynku Finansowego

W 2011 r. przedstawiciele BRU są członkami i biorą udział w pracach następujących grup roboczych powołanych w ramach RRRF:

- Grupy Roboczej ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych (prace tej grupy w 2011 r. roku były zawieszone);
- Grupy Roboczej ds. finansowania kosztów nadzoru nad rynkiem finansowym oraz
- Grupy Roboczej ds. rewizji zasad funkcjonowania niektórych zawodów regulowanych w zakresie rynku finansowego.

1.4. W zakresie ubezpieczeń gospodarczych w 2011r. RU zaopiniował następujące projekty aktów wykonawczych do ustaw:

- projekt rozporządzenia Ministra Sportu i Turystyki w sprawie wzorów formularzy umowy gwarancji bankowe, umowy gwarancji ubezpieczeniowej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz klientów, wymaganych w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów zmieniającego rozporządzenie w sprawie wpłat na pokrycie kosztów działalności Rzecznika Ubezpieczonych;
- projekt rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie wpłat na pokrycie kosztów nadzoru nad działalnością w zakresie funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC rzeczników patentowych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC audytora efektywności energetycznej;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia OC osoby eksploatującej urządzenie jądrowe;

- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC w związku z wykonywaniem transakcji płatniczych przez biuro usług płatniczych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie minimalnej sumy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością biur usług płatniczych;
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego;
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC przedsiębiorcy ubiegającego się o zawarcie umowy na prowadzenie działalności w zakresie ochrony lotnictwa cywilnego w portach lotniczych.
- projekt rozporządzenia Ministra Sportu i Turystyki w sprawie wzorów formularzy umowy gwarancji bankowej, umowy gwarancji ubezpieczeniowej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz klientów wymaganych w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych.

2. Zabezpieczenie emerytalne

1. RU uczestniczył w pracach legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych. Zasadniczym elementem projektu była zmiana podziału składki emerytalnej, zmierzająca do obniżenia części przekazywanej do OFE. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, iż korekta systemu emerytalnego jest niezbędna ze względu na narastający jawny dług publiczny spowodowany koniecznością pokrywania niedoboru w FUS w wyniku

przekazywania składki emerytalnej do OFE. Powoduje to zagrożenie przekroczenia II progu ostrożnościowego określonego w ustawie o finansach publicznych na poziomie 55% PKB.

RU zwracał uwagę, iż odmienny charakter konta w ZUS powoduje również istotne rozbieżności w możliwościach dziedziczenia środków zgromadzonych w OFE i zapisów na subkoncie w ZUS. W pierwszym przypadku na rachunku znajduje się kapitał mający pokrycie w aktywach finansowych, czego rezultatem jest możliwość wypłaty oszczędności w gotówce w razie śmierci członka OFE. W przypadku subkonta w ZUS, które opiera się jedynie na ewidencjonowaniu kwot wpłaconych do systemu, dziedziczenie polega na przeniesieniu zapisów pomiędzy kontami zmarłego (lub rozwiedzionego) ubezpieczonego a kontami współmałżonka lub wskazanych osób. Wypłata środków na podstawie odziedziczonych zapisów z subkonta jest możliwa dopiero po osiągnięciu wieku emerytalnego, i nawet wówczas wypłata następuje z licznymi ograniczeniami. Wypłaty takie są natomiast finansowane z dotacji budżetowej. Będzie to więc ograniczenie uprawnień w stosunku do ich obecnego kształtu.

RU wskazał, iż o ile przedstawiana jest zmiana w polityce inwestycyjnej OFE, o tyle brak jest szczegółowych informacji dotyczących planów wprowadzenia multifunduszy (subfunduszy) o różnym poziomie ryzyka zarządzanych przez OFE i skierowanych do uczestników w różnym wieku, których wprowadzenie było już przez Radę Ministrów sygnalizowane. Brak jest odpowiedzi na pytanie, czy możliwe jest wprowadzenie subfunduszy przy zakładanym, prawie maksymalnym limicie inwestycji w akcje i jednoczesnym drastycznym obniżeniu składki przekazywanej do OFE.

Przedstawione w uzasadnieniu projekcje dotyczące wysokości świadczeń emerytalnych zakładają utrzymanie poziomu emerytur przy założeniu, iż prawie całość środków stanowiących aktywa OFE będzie inwestowana agresywnie (zakładane jest wykorzystanie limitu akcyjnego w 90%) oraz przy założeniu wyjątkowo wysokich stóp wzrostu PKB oraz wynagrodzeń. RU zwrócił uwagę, iż w sytuacji realizacji zupełnie odmiennego scenariusza z niższymi stopami wzrostu gospodarczego, aktywności zawodowej i poziomu wynagrodzeń, świadczenia z obowiązkowej części systemu emerytalnego mogą w rezultacie okazać się niższe niż prognozowane. Nastąpić może zatem, zdaniem RU, pogorszenie sytuacji emerytów.

Zdaniem RU, biorąc pod uwagę wysokość limitów wpłat na IKE, wartość zgromadzonych na nich środków może nie wystarczyć na znaczące podwyższenie poziomu zabezpieczenia emerytalnego. Wpłaty na IKZE mają bowiem podlegać odliczeniu od podstawy opodatkowania, podczas gdy w przypadku IKE z opodatkowania zwolnione są

jedynie dochody z lokowania środków (zwolnienie z tzw. podatku Belki). Limit wpłat na IKZE jest jednak niski i docelowo ma wynosić jedynie 4% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne danego ubezpieczonego. W początkowym okresie (lata 2012-2014) wpłaty na IKZE podlegające odliczeniu od dochodu nie mogą przekroczyć 2% podstawy wymiaru składek, co przy przeciętnym wynagrodzeniu w wysokości około 3 500 zł oznacza miesięczną składkę w wysokości 70 zł. Limit dla lat 2015-2016 ma natomiast wynosić 3% podstawy wymiaru. Jedynie w przypadku osób, których podstawa wymiaru składek emerytalnych jest bardzo niska (niższa niż 12-krotność minimalnego wynagrodzenia) przewidziano rozwiązanie, iż osoby te mogą wpłacać na IKZE kwoty równie iloczynowi 4% i 12-krotności minimalnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

RU zwrócił się do projektodawców z pytaniem, czy wprowadzenie dodatkowych rozwiązań w obszarze dobrowolnego oszczędzania na emeryturę przy swoistym niedorozwoju dotychczas powołanych IKE i PPE, będące dodatkowym komplikowaniem systemu emerytalnego ma sens i zachęci ubezpieczonych do wzmożenia przezorności emerytalnej. W miejsce powoływania IKZE bardziej uzasadnionym byłoby, zdaniem RU, rozważenie zmiany rodzaju zachęty podatkowej funkcjonującej w odniesieniu do IKE – zastąpienie zwolnienia z podatku Belki ulgą podatkową polegającą na odliczaniu wpłat na IKE od dochodu. Wprowadzanie dodatkowych form do i tak już skomplikowanego, wielofilarowego systemu emerytalnego może spowodować dyskomfort ubezpieczonych wynikający z niepełnej wiedzy o zasadach funkcjonowania nowego systemu emerytalnego. Rodzi się bowiem obawa, iż celem powołania IKZE było zrekompensowanie OFE utraty przychodów będącej skutkiem zatrzymania części składki w ZUS. Tym samym właściwszym wydaje się RU dołączenie OFE do zestawu instytucji oferujących IKE. RU podkreślił różnicę w traktowaniu przez ustawodawcę instytucji oferujących IKZE, bowiem jedynie do PTE stosowane będą limity odnośnie wysokości opłat od składki oraz opłat za zarządzanie aktywami. Pozostałe instytucje będą tę kwestię regulowały w umowie zawieranej z oszczędzającymi, a zatem będą mogły je kształtować swobodnie.

RU wskazał na ryzyko podrożenia systemu w związku ze zwielokrotnieniem kont, na których będą gromadzone środki emerytalne i w konsekwencji źródeł wypłaty świadczeń emerytalnych. Ponadto brak jest przepisów określających zasady waloryzacji dożywotniej emerytury kapitałowej obliczanej na podstawie stanu subkonta w ZUS. Obecnie obowiązujące przepisy traktują jedynie o sytuacji wystąpienia zysku lub nadwyżki w funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych, która powoduje zwiększenie dożywotniej emerytury kapitałowej finansowanej ze środków zgromadzonych w OFE. RU podkreślił

także, iż nadal nie przyjęto przepisów o zasadach funkcjonowania instytucji wypłacających dożywotnie emerytury kapitałowe ze środków zgromadzonych w OFE.

Ponadto, zdaniem RU, projekt wskazuje, iż emerytura kapitałowa w części pochodzącej ze środków zaewidencjonowanych na subkoncie w ZUS będzie finansowana z dotacji budżetu państwa do FUS co sugeruje, iż proponowane rozwiązanie nie zakłada wyeliminowania deficytu w funduszu emerytalnym będącym częścią FUS. Emerytury kapitałowe z subkonta w ZUS mają być finansowane nie ze składek emerytalnych wnoszonych przez pokolenia pracujących lecz z podatków kolejnych pokoleń. Rozwiązanie takie powoduje pytanie o długookresową stabilność finansową proponowanych rozwiązań, tzn. czy proponowane mechanizmy zakładają przywrócenie równowagi wpływów i wydatków FUS czy utrzymywanie deficytu w tej części systemu.

RU wskazał także, iż projekt ustawy jest kolejną propozycją zmian w powszechnym systemie emerytalnym, która pomija dotychczasowe propozycje przedstawiane przez członków Rady Ministrów. Wydaje się, iż prowadzenie prac wyłącznie nad przedłożonym projektem sprawi, iż pozostałe koncepcje, w tym zmiana polityki inwestycyjnej, nowe sposoby oceny wyników inwestycyjnych funduszy emerytalnych, działalność akwizycyjna i inne, w związku z nadchodzącym końcem kadencji Sejmu i Senatu, zostaną odsunięte co najmniej do 2012 r. Ponadto, dla osiągnięcia spójności wprowadzanych rozwiązań celowe jest ich równoczesne procedowanie.

2. RU opiniował także „projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie sposobu i trybu zawarcia umowy, na podstawie której następuje uzyskanie członkostwa w otwartym funduszu emerytalnym”.

RU zwrócił uwagę, iż zgodnie z treścią § 3 ust. 2 projektu rozporządzenia, formularz umowy, na podstawie której następuje uzyskanie członkostwa w OFE, może zawierać informacje, które zostały określone w pkt 1-5. Jednocześnie, w ust. 3 zawarto wskazówkę, iż formularz powinien zawierać pouczenie, iż udzielanie informacji wskazanych w ust. 2 pkt 1-5 nie jest obowiązkowe. Zdaniem RU, informacje zawarte w pkt 1-5 ust. 2, są informacjami na tyle istotnymi, iż powinny być elementami obowiązkowymi formularza, nie zaś, jak się proponuje, fakultatywnymi. Sugestia ta jest to o tyle zasadna, iż przy zachowaniu treści ust. 3, osoba ubezpieczona przystępująca do wypełnienia formularza jest informowana, iż może pominąć dane i oświadczenia wskazane w pkt 1-5 ust. 2. Danymi tymi są bowiem: dane umożliwiające OFE nawiązanie kontaktu z członkiem funduszu: adres do korespondencji, jeśli jest on inny niż adres zamieszkania, numery telefonów, faksów oraz adresy poczty elektronicznej;

oświadczenie osoby zamierzającej przystąpić do OFE o wyborze trybu i formy przesyłania przez fundusz informacji; imienne wskazanie osoby fizycznej lub osób fizycznych, którym w razie śmierci osoby zamierzającej przystąpić do OFE zostaną wypłacone środki, wraz z podaniem danych pozwalających na identyfikację osoby fizycznej lub osób fizycznych, którym należy wypłacić środki po śmierci członka OFE, w tym co najmniej imię i nazwisko, datę urodzenia oraz adres zamieszkania; procentowe oznaczenie udziału wskazanych imiennie osób fizycznych w środkach przypadających im po śmierci członka OFE.

RU poddał pod rozagę uzupełnienie treści przepisu § 3 ust. 2 pkt 5 o informację, iż formularz zawiera procentowe oznaczenie udziału wskazanych imiennie osób w środkach przypadających im po śmierci członka OFE, które podlegają podziałowi po dokonaniu wypłaty środków należnych małżonkowi zmarłego członka funduszu. Uzupełnienie to miałoby istotny charakter informacyjny, który w wystarczający sposób wskaże zasady podziału środków zgromadzonych na rachunku zmarłego członka OFE.

Zdaniem RU, przepis § 5 ust. 2 wskazuje, iż w przypadku gdy nadesłany przez osobę ubezpieczoną formularz umowy nie spełnia warunków, o których mowa w ust. 1 § 5, OFE zwraca się w trybie korespondencyjnym do osoby zamierzającej przystąpić do OFE o usunięcie braków stwierdzonych w otrzymanym formularzu umowy w określonych przez siebie terminie, trybie i formie. Wydaje się, iż niezbędne jest jednak sprecyzowanie powyższego terminu, np. nie dłuższego niż 14 dni, w którym OFE zwraca się o usunięcie braków. Podobnie, zasadnym byłoby ustalenie terminu, w którym osoby zamierzające przystąpić do OFE powinny dokonać stosownych uzupełnień. Z obecnej treści projektowanego przepisu wynika, iż OFE wyznacza sobie termin do wystąpienia o dokonanie uzupełnień przez osoby zamierzające przystąpić do funduszu emerytalnego, a także wyznacza tym osobom termin na dokonanie zmian. Taka konstrukcja niewystarczająco zabezpiecza interesy osób ubezpieczonych i sprawia, iż prawa i obowiązki stron są niesymetryczne.

Ponadto, § 5 ust. 4 pkt 1 projektu rozporządzenia wskazuje, iż OFE ma prawo uzależnić zawarcie umowy od poświadczenia wiarygodności podpisu osoby zamierzającej przystąpić do funduszu w sposób przez siebie określony. Zdaniem RU wskazanym byłoby uregulowanie tej kwestii przepisami niniejszego rozporządzenia. Istnieje bowiem ryzyko, iż przyjęte przez OFE wymagania przysporzą pewnych trudności osobom ubezpieczonym. Przykładem może być wymaganie notarialnego potwierdzenia własnoręczności podpisu od osób zamieszkujących niewielkie miejscowości. RU Zwracał uwagę, iż dowód osobisty każdego obywatela zawiera jego wzór podpisu, tym samym taki sposób potwierdzenia własnoręczności podpisu może być wystarczający.

RU zaproponował uzupełnienie przepisu § 6 ust. 2 projektu rozporządzenia wskazującego, iż ilość egzemplarzy umowy określa OFE, z zastrzeżeniem, iż co najmniej jeden egzemplarz jest niezwłocznie przekazywany członkowi funduszu, o obowiązek przekazania egzemplarza umowy członkowi funduszu w terminie 14 dni od dnia wskazanego w § 5 ust. 1, czyli od potwierdzenia zawarcia umowy przez jej podpisanie przez osobę reprezentującą fundusz.

Zdaniem RU zasadnym byłoby rozważanie możliwości opisanie pojęć używanych w „Informacji dotyczącej otwartych funduszy emerytalnych z dnia (...)”. Wzór tej informacji stanowi załącznik do rozporządzenia. Informacja zawiera terminy, które mogą być niezrozumiałe dla osób posiadających jedynie podstawową wiedzę o mechanizmie funkcjonowania OFE. I tak, pojęcia stopy wzrostu, ważonej stopy zwrotu oraz opłaty od składki i opłaty za zarządzenie funduszem, precyzowane są poprzez odesłanie do odpowiednich przepisów o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Tymczasem, niezbędne byłoby krótkie scharakteryzowanie używanych pojęć oddające ich istotę, tak aby osoby ubezpieczone miały świadomość co obrazują zawarte w „Informacji (...)” dane.

V. Analiza wzorców umownych - ogólnych warunków ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia stanowią wzorzec umowny, który tworzony jest na potrzeby funkcjonowania danego rodzaju ubezpieczenia i wiąże strony, które na jego podstawie zawarły umowę ubezpieczenia. O.w.u. formułowane są przez ubezpieczycieli i standardowo przy zawieraniu umów o charakterze masowym, ubezpieczający nie mają jakiegokolwiek wpływu na ich treść. Dlatego też, jednym z zadań RU jest badanie zgodności o.w.u. z przepisami obowiązującego prawa, eliminowanie klauzul abuzywnych (niedozwolonych postanowień umownych) oraz kontestujących postanowień dozwolonych, które w ocenie RU są nieprzychylne konsumentom. Uprawnienie to zostało przyznane RU na mocy ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, która w art. 26 ust. 4 pkt 1b pozwala RU lub uprawnionemu przez niego pracownikowi BRU na występowanie do ZU, OFE, PTE, ZUS, UFG i PBUK o udzielenie informacji lub wyjaśnień, udostępnianie akt oraz dokumentów, w sprawach postanowień o.w.u., które według RU są niekorzystne dla osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

W 2011 r. analizy o.w.u. prowadzone były doraźnie, w zależności od sygnalizowanych przez konsumentów nieprawidłowości. W okresie tym, informacje odnośnie bieżących problemów, wynikających z nieprawidłowości w o.w.u., RU czerpał głównie ze skarg napływających od konsumentów. Zgodnie z procedurą rejestracji, podejmowania i prowadzenia analiz o.w.u. oraz występowania do ZU i UOKiK w zakresie dostrzeżonych nieprawidłowości przez BRU, RU podejmuje wystąpienie do ZU w przypadku powzięcia uzasadnionego podejrzenia istnienia niezgodności o.w.u. z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności występowania w ich treści zapisów, które mogą zostać kwalifikowane jako klauzule abuzywne, na skutek sygnałów płynących od pracowników BRU lub ekspertów realizujących czynności w ramach postępowań skargowych lub inne bieżące zadania (w szczególności w ramach odpowiedzi udzielanych na zapytania napływające w formie elektronicznej, a także sygnałów odbieranych podczas dyżurów telefonicznych).

Jak pokazuje praktyka, jest to najbardziej efektywny sposób weryfikacji o.w.u., który daje RU możliwość reagowania na aktualnie występujące problemy konsumentów usług ubezpieczeniowych powstałe na tle zapisów umownych.

Wystąpienia w zakresie podejrzenia występowania w o.w.u. nieprawidłowości wskazują na stwierdzone uchybienia oraz zawierają argumentację przemawiającą za uznaniem kwestionowanych zapisów za niezgodne z powszechnie obowiązującym porządkiem

prawnym. W uzasadnionych przypadkach RU kieruje również wystąpienia do ZU poprzedzone kompleksową analizą całości o.w.u.

RU podejmując wystąpienia do ZU kieruje się skalą naruszenia i jego potencjalnymi skutkami dla konsumentów usług ubezpieczeniowych, masowym charakterem produktu, w którym podejrzewa występowanie nieprawidłowości oraz aktualnymi możliwościami finansowymi, kadrowymi i organizacyjnymi BRU.

W 2011 r. przygotowano 8 wystąpień do ZU.

Wystąpienia dotyczyły następujących produktów ubezpieczeniowych:

- a) w zakresie działu I (1 wystąpienie do ZU):
 - o.w.u. dziennego leczenia szpitalnego;
- b) w zakresie działu II (7 wystąpień do ZU):
 - o.w.u. szyb samochodowych;
 - o.w.u. komunikacyjnych;
 - o.w.u. ochrony prawnej w ruchu drogowym;
 - o.w.u. kosztów naprawy pojazdów samochodowych;
 - o.w.u. grupowego mieszkań;
 - o.w.u. NNW;
 - o.w.u. przedsiębiorstwa.

Należy podkreślić, iż w omawianym okresie sprawozdawczym stanowiska ubezpieczycieli w znacznej części uwzględniały wskazywaną przez RU konieczność weryfikacji postanowień o.w.u., bądź też zawierały deklarację wprowadzenia zmian przy planowanych w przyszłości nowelizacjach wzorców umownych. W przypadku, gdy uwagi RU nie były uwzględniane podejmował on polemikę z ZU.

Obserwujemy, że wystąpienia RU z jednej strony stanowią znaczącą pomoc merytoryczną w pracach nad nowelizacją wzorów umownych, z drugiej zaś eliminują z obrotu niewłaściwe postanowienia, co jest korzystne dla konsumentów, i jednocześnie stanowi wartość dodaną dla pewności obrotu.

Ponadto w 2011 r. w ramach działań mających na celu poprawę jakości wzorców RU wystosował szereg wystąpień do Prezesa UOKiK dotyczących podejrzenia stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, celem zastosowania środków nadzorczych i kontrolnych (por. roz. III pkt 1 ppkt 1.2).

VI. Formy bezpośredniej pomocy na rzecz konsumentów i innych podmiotów

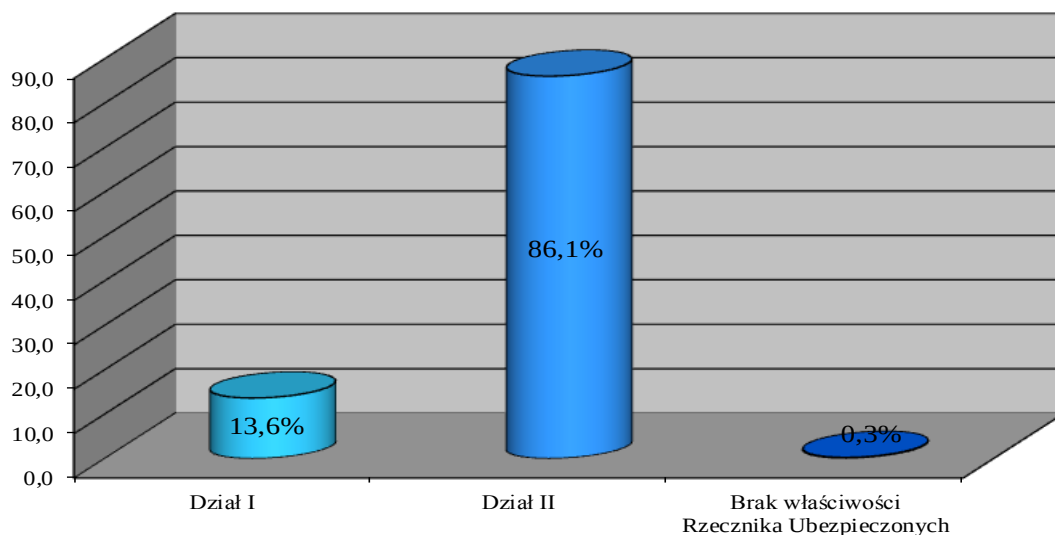
1. Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

Do BRU w 2011 r. wpłynęło 14 356 pisemnych skarg zgłaszanych w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych, tj. o 20,1% więcej niż w roku poprzednim (Tabela nr 4, Wykres do tab. nr 4).

Tabela nr 4
Podział skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do RU w 2011 r.

Lp.	Podział skarg	Liczba	%
1.	Dział I - Ubezpieczenia na życie	1 957	13,6
2.	Dział II - Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	12 360	86,1
3.	Brak właściwości RU	39	0,3
4.	Ogółem	14 356	100

Wykres do tab. nr 4
Podział skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do RU w 2011 r.

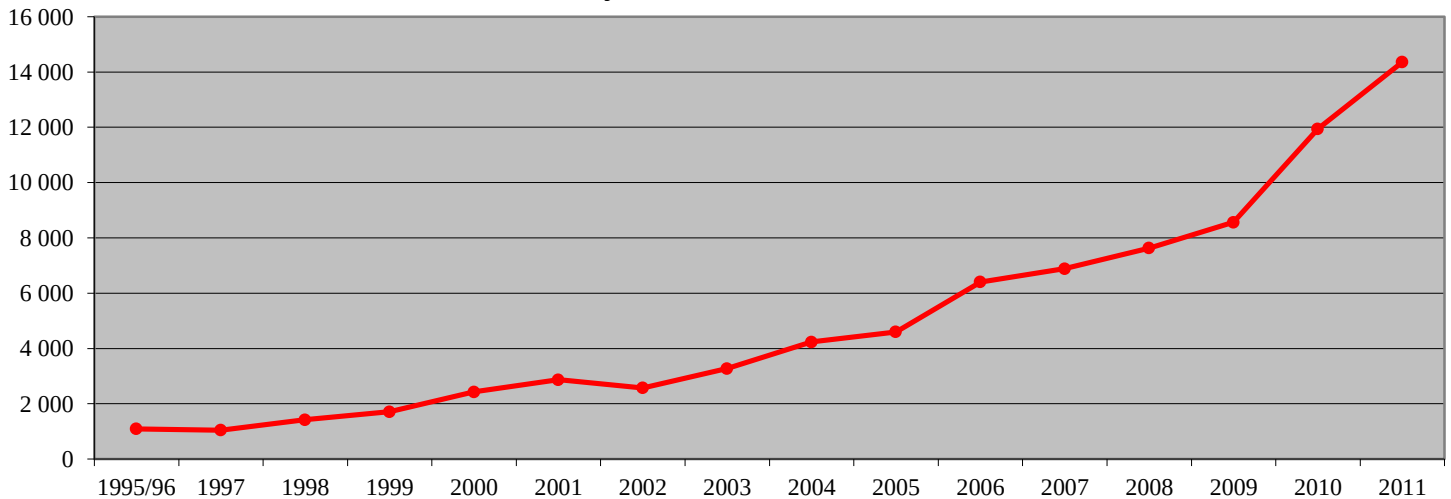


W ciągu 16-letniego okresu działania Urzędu RU, liczba napływających skarg systematycznie wzrastała, z wyjątkiem 2002 r., w którym nastąpił niewielki spadek spowodowany znacznym rozszerzeniem w tym czasie systemu poradnictwa, zarówno telefonicznego, a w kolejnych latach również w formie kontaktów internetowych. Łącznie w latach 1995/96 – 2011 do RU wpłynęło 81 030 pisemnych skarg (Tabela nr 5, Wykres do tab. nr 5).

Tabela nr 5
Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do RU w latach 1995/96 – 2011

Lp.	Rok	Liczba skarg ogółem
1.	1995/96	1 089
2.	1997	1 043
3.	1998	1 419
4.	1999	1 711
5.	2000	2 430
6.	2001	2 866
7.	2002	2 576
8.	2003	3 273
9.	2004	4 235
10.	2005	4 601
11.	2006	6 404
12.	2007	6 883
13.	2008	7 631
14.	2009	8 566
15.	2010	11 947
16.	2011	14 356
17.	Ogółem	81 030

Wykres do tab. nr 5
Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do RU w latach 1995/96 – 2011



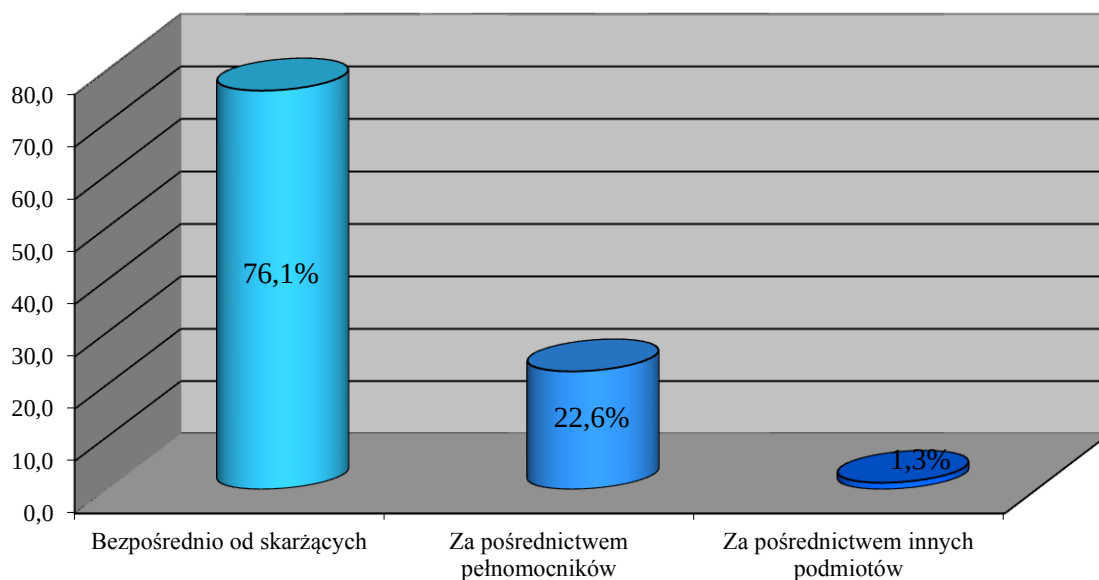
Napływały one zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia, jak też za pośrednictwem innych podmiotów (Tabela nr 6, Wykres do tab. nr 6). Ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg kierowanych do RU uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 3,7%. Najbardziej jednak zwraca uwagę wśród podmiotów składających skargi rosnący udział pełnomocników, tj. podmiotów zajmujących się zarówno zarobkowo jak i bezpłatnie pośredniczeniem w uzyskiwaniu odszkodowań od ZU. Są wśród nich zarówno kancelarie adwokackie i radcowskie jak i inne podmioty, które świadczą usługi w tym zakresie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Tą drogą skierowano do RU o 3,5% wystąpień więcej niż w 2010 r.

Również coraz szersza współpraca z powiatowymi i miejskimi rzecznikami konsumentów skutkuje m.in. przekazywaniem większej liczby skarg do BRU również przez te podmioty. Ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg kierowanych do RU uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,3%.

Tabela nr 6
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do RU w 2011 r.

Lp.	Źródło wpływu skarg	Liczba	%
1.	Bezpośrednio od skarżących	10 929	76,1
	Dział I	1 776	12,4
	Dział II	9 122	63,5
	Brak właściwości RU	31	0,2
2.	Za pośrednictwem:	3 427	23,9
	Dział I	181	1,3
	Dział II	3 238	22,6
	Brak właściwości RU	8	0,0
2a.	pełnomocników (ogółem),	3 245	22,6
2b.	innych podmiotów (ogółem):	182	1,3
	- BRPO,	2	0,0
	- Kancelarii Prezydenta RP, Prezesa Rady Ministrów, Sejmu i Senatu, Biur Poselskich i Senatorskich oraz Ministerstw,	23	0,2
	- powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów,	155	1,1
	- redakcji gazet i czasopism.	2	0,0
3.	Ogółem	14 356	100

Wykres do tab. nr 6
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do RU w 2011 r.



1.1. Tematyka skarg

1.1.1. Najlichniesza grupa skarg odnosila się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych (53,9%), tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 31,9%, składek ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych – 11,2%, ubezpieczeń autocasco – 9,4%, ubezpieczeń NNW kierowcy i pasażerów – 0,5% oraz ubezpieczeń assistance – 0,3% i Zielonej Karty – 0,1%.

W porównaniu do roku ubiegłego procentowy udział grupy skarg odnoszącej się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych uległ zmniejszeniu o 1,9%, natomiast liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 1 071 skarg.

W 2011 r. liczba skarg odnosząca się do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wzrosła o 828. Procentowy ich udział uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,5%.

Znaczny spadek skarg (o 1,9%) nastąpił w odniesieniu do spraw odnoszących się do składek ubezpieczeniowych, chociaż liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 43 skargi. Procentowy spadek skarg (o 0,1%) nastąpił także w odniesieniu do spraw odnoszących się do dobrowolnych umów ubezpieczeń autocasco, chociaż liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 222 skargi.

Ubezpieczenia komunikacyjne od początku istnienia urzędu RU stanowiły liczebnie największą grupę skarg. Pomimo spadku w stosunku do roku poprzedniego, tendencja ta występuje nadal. Tak znacząca wielkość wynika głównie z faktu, że są to i zapewne będą w przyszłości najczęściej zawierane umowy ubezpieczenia, choćby z racji obowiązku zawarcia ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz masowego charakteru pozostałych ubezpieczeń komunikacyjnych.

Ubezpieczający i poszkodowani w zakresie tej grupy ubezpieczeń skarżyli się przede wszystkim na:

- całkowitą odmowę uznania roszczenia o odszkodowanie lub świadczenie;
- odmowę uznania części roszczenia;
- opieszale prowadzenie postępowań likwidacyjnych, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń;
- odmowę lub utrudnienia w udostępnianiu akt szkody;

- niedostateczne informowanie o dokumentach wymaganych w związku z likwidowaną szkodą;
- brak wyczerpujących uzasadnień dla przyjmowanych przez ZU stanowisk, zarówno gdy dotyczyły one odmowy uznania roszczenia, jak i wysokości ustalonego odszkodowania lub świadczenia.

Podobnie jak w latach minionych w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych, konsumenci zgłaszali również uwagi co do sposobu likwidacji szkody, poprzez nieuprawnione kwalifikowanie jej jako szkody całkowitej w sytuacji, gdy koszt naprawy nie przewyższał wartości rynkowej pojazdu. Wskazywali, że często ubezpieczyciele zaniżają wartość pojazdu w stanie sprzed szkody, a zawyżają również wartość wraku/pozostałości, nie udzielając jednocześnie pomocy w ich zbyciu za ustaloną przez ZU cenę. Zgłaszane problemy dotyczyły również m.in. uzyskania pełnej rekompensaty za wynajem pojazdu zastępczego, prawa osoby poszkodowanej do decydowania o wyborze części stosowanych do naprawy pojazdu, zasadności stosowania przez ubezpieczycieli amortyzacji części, problematyki wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, kosztów związanych z holowaniem i parkowaniem pojazdu, żądania przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu, obniżania przez ZU stawek za roboczogodziny oraz szeregu problemów związanych z uwzględnieniem w ramach odszkodowań podatku VAT.

Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych, stanowiąca 11,2% przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych. Pomimo wzrostu liczby tych skarg o 43 sprawy, procentowy ich udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 1,9%.

Po raz czwarty od początku istnienia Urzędu RU niniejsza grupa skarg, ze względu na liczbę spraw, zajęła drugie miejsce w grupie skarg odnoszącej się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych. Do 2007 r. miejsce to przypadało sprawom odnoszącym się do problematyki dobrowolnych umów ubezpieczeń autocasco.

Bezpośrednią przyczyną formułowania tego rodzaju skarg było m.in.:

- występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, do którego dochodziło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza lub zmianą dotychczasowego ubezpieczyciela;

- wezwanie do zapłaty przez ZU przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę. ZU korzystając z usług firm windykacyjnych lub kierując sprawę bezpośrednio do sądu, liczą na brak wiedzy byłego klienta, co do możliwości uwolnienia się od płatności za sprawą podniesienia zarzutu przedawnienia roszczeń;
- uzyskanie zwrotu od ZU niewykorzystanej części składki za ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, w następstwie zbycia pojazdu, bądź zmiany ubezpieczyciela;
- wezwanie do zapłaty przez ZU, powstałych na skutek ponownej kalkulacji, składek ubezpieczeniowych z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, poczynając od dnia zbycia pojazdu, z uwzględnieniem zniżek przysługujących nabywcy oraz zwyczaj go obciążających, w ramach obowiązującej taryfy składek. Wezwanie do zapłaty rekalkulacji składki, pomimo wcześniejszych zapewnień ze strony pracowników ZU bądź pośredników ubezpieczeniowych, że nie będzie żadnej dopłaty do dotychczasowej wysokości składki, kierowane było po terminie umożliwiającym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia;
- kwestionowanie wysokości składek, w tym zgłaszanie wątpliwości i pytań dotyczących konstrukcji taryf składek.

Ponadto w badanym okresie sprawozdawczym w grupie skarg odnoszących się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych, odnotowano łącznie 75 skarg dotyczących działalności UFG, co stanowiło 0,5% wszystkich spraw kierowanych w tym okresie do RU.

Przyczyną tych skarg było najczęściej:

- odmowa uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych zgłaszanych do UFG – 0,4%;
- nakładanie opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 0,1%.

W stosunku do 2010 r. procent tych skarg uległ zmniejszeniu. W pierwszej grupie skarg nastąpił spadek o 0,3%, natomiast w drugiej grupie o 0,2%.

Dodatkowo w grupie skarg dotyczącej działalności UFG, zgłaszano także problemy, związane z brakiem udostępniania dokumentacji akt szkody, w oparciu o którą UFG oddalał

w całości bądź w części zgłaszane roszczenia. W toku postępowania skargowego prowadzonego przez RU stanowisko UFG w przedmiocie udostępniania akt szkody nie uległo zmianie.

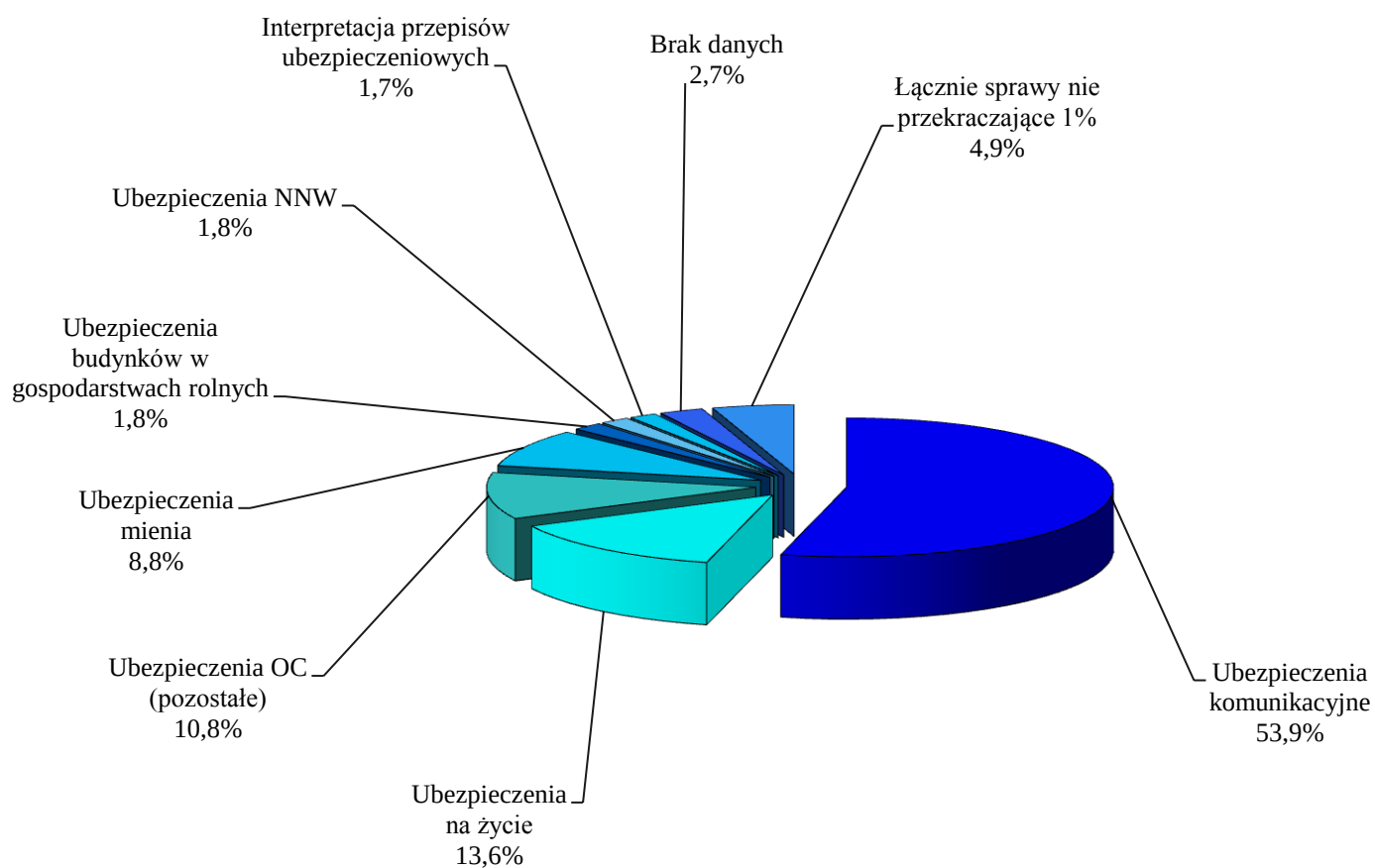
Pozostałe skargi w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych dotyczące ubezpieczeń NNW kierowcy i pasażerów, ubezpieczeń assistance oraz Zielonej Karty – nie przekroczyły 0,5% skarg w tej grupie spraw (Tabela nr 7 i Wykres do tab. nr 7).

Tabela nr 7
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do RU w 2011 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	1 957	13,6
Ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	26	0,2
Ubezpieczenia zawarte po 1989 r.:	1 931	13,4
- Ubezpieczenia na życie	583	4,1
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	16	0,1
- Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	146	1,0
- Ubezpieczenia rentowe	2	0,0
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	1 063	7,4
- Składki (sposób naliczania, wymiar, zwrot)	75	0,5
- Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	31	0,2
- Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	4	0,0
- Brak danych	11	0,1
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	12 360	86,1
Ubezpieczenia komunikacyjne:	7 735	53,9
- OC	4 574	31,9
- AC	1 352	9,4
- Zielona Karta	16	0,1
- Assistance	42	0,3
- Składki: sposób naliczania, wymiar, zwrot, tzw. podwójne ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	1 609	11,2
- NNW kierowcy i pasażerów	67	0,5
- UFG (kary i regres)	20	0,1
- UFG (dot. likwidacji szkód)	55	0,4
Ubezpieczenia OC (pozostałe)	1 552	10,8
Ubezpieczenia mienia	1 262	8,8
Ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	260	1,8

Ubezpieczenia NNW:	254	1,8
- Ubezpieczenia NNW	189	1,3
- Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	65	0,5
Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	240	1,7
Regresy	117	0,8
Ubezpieczenia turystyczne:	112	0,8
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	73	0,6
- Ubezpieczenia bagażu	20	0,1
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	16	0,1
- Ubezpieczenia opóźnienia lotu za granicę	2	0,0
- Ubezpieczenia kosztów leczenia dla cudzoziemców	1	0,0
Składki (pozostałe): sposób naliczania, wymiar, zwrot	95	0,7
Ubezpieczenia kredytu	89	0,6
OC rolników	73	0,5
Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	63	0,4
Ubezpieczenia upraw	52	0,4
Ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego	33	0,2
Ubezpieczenia dziennego pobytu szpitalnego	8	0,05
Ubezpieczenia ochrony prawnej	7	0,05
Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwie rolnym	5	0,05
Gwarancje ubezpieczeniowe	5	0,05
Ubezpieczenia kart płatniczych	3	0,0
Ubezpieczenia maszyn budowlanych	3	0,0
UFG upadłości	3	0,0
Upadłość zakładów ubezpieczeń	2	0,0
Ubezpieczenia kosztów leczenia	2	0,0
Ubezpieczenia ryzyk budowlanych	2	0,0
Ubezpieczenia operacji	1	0,0
Casco statków powietrznych i morskich	1	0,0
Brak danych	381	2,7
Brak właściwości RU	39	0,3
Ogółem	14 356	100

Wykres do tab. nr 7
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do RU w 2011 r.



1.1.2. Drugie miejsce z uwagi na liczbę zajmują skargi dotyczące ubezpieczeń na życie. Ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,2%, natomiast liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 357 skarg.

Sprawy te zostały podzielone na dwie zasadnicze grupy, za kryterium podziału przyjmując termin ich zawarcia.

Pierwsza grupa skarg odnosiła się do umów ubezpieczeń na życie nazywanych często ubezpieczeniami tzw. „starego portfela” zawartych przed 1989 r. z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń, a realizowanych następnie przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. Skargi te dotyczyły przede wszystkim zbyt niskiej kwoty naliczonego świadczenia z tytułu zawieranych wówczas umów tj. ubezpieczenia posagowego zaopatrzenia dzieci, bądź też umowy ubezpieczenia renty odroczonej. Część skarg w tej grupie dotyczyła problemu przedawnienia roszczeń z tytułu zawartej umowy. W stosunku do roku minionego procentowy udział w tej grupie skarg uległ zmniejszeniu o 0,2% a w ostatnich kilku latach wyraźnie zaznacza się tendencja wygasania tych skarg. W 2011r. do BRU wpłynęło 26 spraw odnoszących się do problematyki ubezpieczeń tzw. „starego portfela”.

Druga grupa skarg odnosiła się do umów ubezpieczeń na życie zawartych po 1989 r. W porównaniu do roku ubiegłego procentowy udział grupy tych skarg uległ zwiększeniu o 0,4%, natomiast liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 381 skarg.

Najczęściej podnoszonymi zarzutami pod adresem ZU były:

a) odmowa uznania roszczenia przez ZU, z uzasadnieniem, iż:

- zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieści się w granicach ochrony gwarantowanej umową;
- ubezpieczony zataił lub podał niepełne informacje o stanie zdrowia przed zawarciem umowy ubezpieczenia;

b) spory odnośnie wysokości świadczenia – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia procentu uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia;

c) opieszałość w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń;

d) zbyt niska – wobec oczekiwań ubezpieczonego – bądź całkowita odmowa wypłaty, tzw. wartości wykupu polisy, proponowana osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania. Skargi te są konsekwencją rezygnacji z zawartej umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, gdy

ubezpieczony ubiega się o przewidziany w umowie wykup polisy. Wypowiadanie tych umów w czasie ich trwania wywołane jest m.in. pogorszeniem sytuacji materialnej ubezpieczonych, jak też w większości przypadków dowodzi nietrafności decyzji zawarcia części tych umów lub wystąpienia niekorzystnych zdarzeń losowych;

- e) okoliczności towarzyszące zawarciu umowy ubezpieczenia, a zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczającego, wynikająca z braku rzetelnej i obiektywnej informacji ze strony pośrednika ubezpieczeniowego;
- f) dodatkowo w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych brak możliwości zapoznania się z o.w.u., w przypadku gdy ubezpieczającym jest bank oraz brak oceny ryzyka przez ZU, tj. rezygnacja z wywiadu medycznego, co w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkowało odmową przyjęcia odpowiedzialności przez ZU, bądź w przypadku wcześniejszej spłaty pożyczki/kredytu – odmową zwrotu części składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

W opinii RU poziom niezadowolenia z zawarcia niedostosowanej do potrzeb ubezpieczonego umowy ubezpieczenia na życie wynika również z nieodpowiedniego poziomu świadomości ubezpieczających, co odzwierciedla się m.in. w ich mało aktywnej postawie w kontaktach z osobami pośredniczącymi przy zawarciu lub przystąpieniu do umowy (np. brak czy też nikła liczba pytań o zakres ochrony, wyłączeń umowy i przedterminowe jej rozwiązanie).

1.1.3. Trzecie miejsce z uwagi na liczbę zajmują skargi odnoszące się do problematyki ubezpieczeń OC, w tym m.in. OC z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia, OC z tytułu wykonywania zawodu oraz OC w życiu prywatnym. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg wzrósł w stosunku do roku ubiegłego o 1,5%.

W okresie 16 lat funkcjonowania Urzędu RU zaobserwowano, iż liczba tych spraw wyraźnie wzrosła. Zdaniem RU świadczy to – z jednej strony – o pożądanym wzroście zawierania tego typu umów ubezpieczeń, szczególnie przez zainteresowane tym środowiska zawodowe, na które nałożono w drodze ustawy obowiązek w tym zakresie, ale również o uchybieniach w ich funkcjonowaniu.

W tej grupie skarg podnoszone były najczęściej następujące zarzuty:

- odmowa wypłaty odszkodowania motywowana przez ZU brakiem odpowiedniego zakresu ochrony ubezpieczeniowej;

- ustalanie przez ZU nieadekwatnej do rozmiaru szkody wysokości odszkodowania/świadczenia, co zdaniem skarżących wynikało z braku staranności w określaniu zakresu szkody, a także w części przypadków – ze zbyt nisko ustalonej minimalnej sumy gwarancyjnej.

1.1.4. Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych. Pomimo, iż liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 68 skarg, to procentowy ich udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 1,2%. Podobnie jak w latach minionych problematyka skarg w tej grupie spraw dotyczyła m.in. nieprawidłowości w działaniach ZU w odniesieniu do szkód spowodowanych powodzią, silnym wiatrem oraz intensywnymi opadami atmosferycznymi. Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie ubezpieczeń dotyczyła także szkód powstałych w okresie zimowym.

Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez ZU było najczęściej:

- brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją jej wąskiego zakresu ochronnego, wynikającego z zawartej umowy wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia;
- niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w o.w.u.

Ponadto w omawianym okresie sprawozdawczym znaczna liczba skarg w tej grupie spraw dotyczyła opieszałości w prowadzonym przez ZU postępowaniu odszkodowawczym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń oraz wypłaty odszkodowania przez ZU nieadekwatnego do rozmiaru poniesionej szkody, co zdaniem skarżących wynikało także ze zbyt nisko ustalonej minimalnej sumy ubezpieczenia.

1.1.5. W omawianym okresie sprawozdawczym tendencję wzrostową odnotowano w grupie skarg odnoszących się do umów obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego. Takich spraw wpłynęło 260, co stanowiło 1,8% ogółu spraw. Procentowy ich udział wzrósł w stosunku do roku ubiegłego o 0,4%, zaś liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 92 skargi.

Podobnie jak w przypadku skarg odnoszących się do problematyki ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych, znaczny wzrost

liczby skarg w tej grupie spraw spowodowany był m.in. nieprawidłowościami w działaniach ZU w odniesieniu do szkód spowodowanych powodzią, silnym wiatrem oraz intensywnymi opadami atmosferycznymi. Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie ubezpieczeń dotyczyła także szkód powstałych w okresie zimowym.

Przyczyną tych skarg było najczęściej:

- spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia;
- oddalenie roszczenia przez ZU;
- opieszałość w prowadzonym postępowaniu likwidacyjnym co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń.

1.1.6. Następną grupą skarg dotyczyła ubezpieczenia NNW, w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń NNW młodzieży szkolnej i akademickiej. Łącznie procentowy ich udział w całości skarg, podobnie jak w grupie skarg odnoszących się do umów obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego wyniósł 1,8%. Spowodowało to, iż uległ on zwiększeniu o 0,2% w stosunku do roku ubiegłego. Przyczyną skarg były najczęściej problemy dotyczące:

- odmowy przyznania świadczenia z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenie – gdy zdaniem ZU nie mieści się ono w granicach ochrony określonej w umowie;
- sporu odnośnie wysokości świadczenia – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia procentu uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia.

Dodatkowo, analizując grupę skarg NNW zawieranych na rzecz dzieci, młodzieży i studentów przez szkoły, uczelnie i placówki wychowawcze można zauważyć, iż wskazują one na pewne błędy i zaniedbania występujące w okresie poprzedzającym zawarcie umowy i to zarówno po stronie ubezpieczających (pracownicy szkół, uczelni itd.), którzy na ogół decydują o wyborze konkretnego rodzaju umowy ubezpieczenia oraz ZU bez odpowiedniej konsultacji z ubezpieczonymi, kierując się niską składką jak i po stronie pośredników ubezpieczeniowych, którzy nie zawsze potrafią doradzić odpowiedni do potrzeb ubezpieczonych zakres ochrony ubezpieczeniowej.

1.1.7. W 2011 r. pisemne wystąpienia dotyczące interpretacji przepisów ubezpieczeniowych stanowiły łącznie 1,9% ogółu spraw, w tym w odniesieniu do

ubezpieczeń na życie 0,2% oraz 1,7% do pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych. Procentowy ich udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,1%.

Zdaniem RU wynika to przede wszystkim z rosnącej świadomości ubezpieczeniowej naszego społeczeństwa. Obecnie łatwiejszy i szybszy dostęp do informacji (szczególnie za pośrednictwem Internetu) powoduje, iż wielu konsumentów otrzymuje informacje, które mogą okazać się pomocne w samodzielnym załatwieniu sprawy. Naszym zdaniem ważną rolę pełni tu także Urząd RU, postrzegany przez konsumentów jako profesjonalny i obiektywny ośrodek informacji i edukacji ubezpieczeniowej, właściwy do wyjaśniania zagadnień prawnych budzących wątpliwości konsumentów w związku z ich stosowaniem w praktyce (portal internetowy RU).

Dodatkowo zdaniem RU, niewielki spadek wystąpień dotyczących interpretacji przepisów ubezpieczeniowych spowodowany jest także rosnącym zainteresowaniem systemem poradnictwa, zarówno telefonicznego (dyżury telefoniczne) jak również w formie kontaktów internetowych – poczta elektroniczna (por. roz. VI pkt 3 i 4).

1.1.10. Pozostałe grupy skarg nie przekroczyły 1,0% ogółu spraw (Tabela nr 7, Wykres do tab. nr 7).

1.2. Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

Podobnie jak w roku minionym zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach problemów (Tabela nr 8, Wykres do tab. nr 8):

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 36,6%;
- oddalenia roszczenia przez ZU – 34,0%;
- opieszałości w postępowaniu likwidacyjnym – 10,6%.

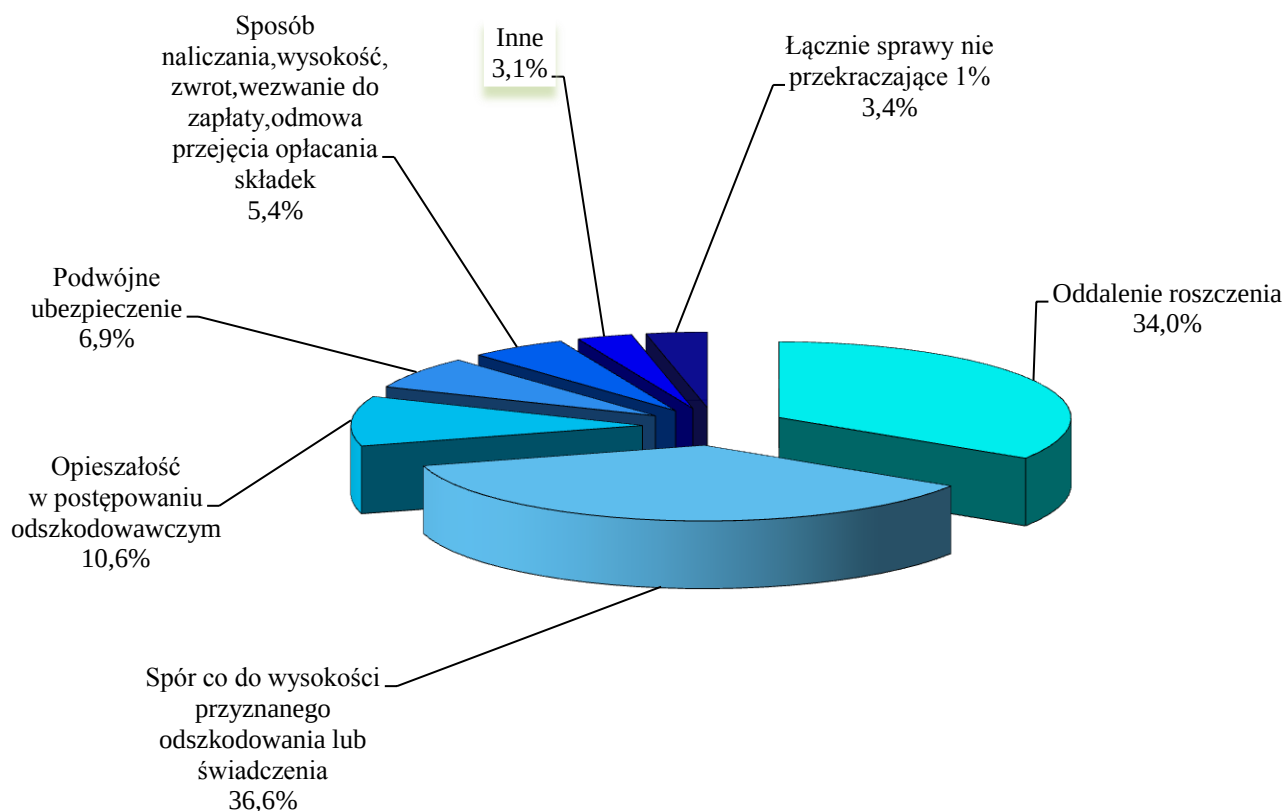
W stosunku do 2010 r. nastąpił wzrost skarg w pierwszej grupie o 3,6% oraz w drugiej grupie o 2,6%.

W zakresie nieterminowego prowadzenia postępowania odszkodowawczego nastąpił spadek skarg o 4,5% w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr 8
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do RU w 2011 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Zaniżona wartość wykupu polisy Dział I	81	0,6
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	54	0,4
3.	Odmowa wykupu wartości polisy Dział I	13	0,1
4.	Opieszałość w wykupie polisy Dział I	12	0,1
5.	Zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy Dział I	6	0,0
6.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I	3	0,0
7.	Oddalenie roszczenia Dział I Dział II	4 882 1 152 3 730	34,0 8,0 26,0
8.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II	5 253 379 4 874	36,6 2,6 34,0
9.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II	1 530 76 1 454	10,6 0,5 10,1
10.	Sposób naliczania, wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, odmowa przejęcia opłacania składek Dział I Dział II	772 80 692	5,4 0,6 4,8
11.	Inne, w tym m.in. interpretacja przepisów ubezpieczeniowych, procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń Dział I Dział II	440 68 372	3,1 0,5 2,6
12.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia Dział I Dział II	28 16 12	0,2 0,1 0,1
13.	Podwójne ubezpieczenie Dział II	993	6,9
14.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty kar i należności regresowych Dział II	135	0,9
15.	Brak wyraźnej przyczyny skargi Dział I Dział II	115 17 98	0,8 0,1 0,7
16.	Brak właściwości RU	39	0,3
17.	Ogółem	14 356	100

Wykres do tab. nr 8
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do RU w 2011 r.



Inne przyczyny skarg to m.in.:

- występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych;
- sposób kształtowania taryf składek oraz zawartych w nich systemów zniżek i zwyżek (bonus/malus) zarówno w ubezpieczeniach obowiązkowych jak i w dobrowolnych;
- rozliczenia tytułem zwrotu niewykorzystanych części składek;
- wezwania do zapłaty przez ZU przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę;

- praca agentów ubezpieczeniowych;
- odmowa lub utrudnianie w udostępnianiu akt szkody;
- niedostateczne informowanie o dokumentach wymaganych w związku z likwidowaną szkodą;
- brak należytego uzasadniania stanowiska zajmowanego przez ZU, zwłaszcza w przypadkach nieuwzględnienia roszczeń w całości lub w części.

Dodatkowo w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie przyczyną skarg były:

- odmowa bądź zbyt niska wobec oczekiwań ubezpieczonego tzw. wartość wykupu polisy, proponowana osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania;
- odmowa przejęcia obowiązku opłacania składek przez ZU;
- zmiana ogólnych warunków umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania;
- odmowa kontynuacji umowy ubezpieczenia przez ZU;
- nieprawidłowe zarządzanie umową.

1.3. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wyniki interwencji

1.3.1. Jak przedstawiono w Tabeli nr 9 i na Wykresie do tab. nr 9 w zdecydowanej większości spraw, bo w 85,1% RU podjął interwencję. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 1,2%.

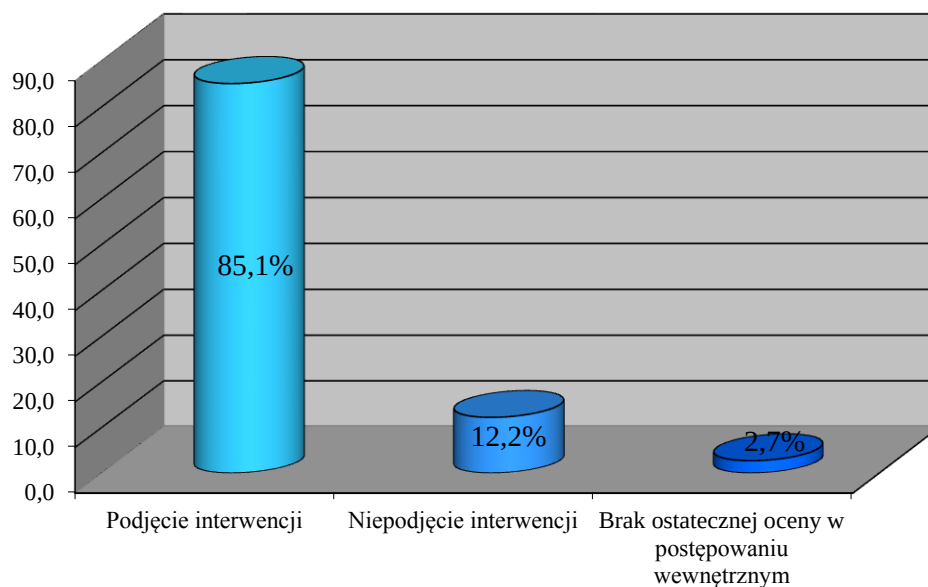
Badanie tej wielkości w czasie ubiegłego 16-lecia wskazuje, że nie spadła ona nigdy poniżej 70%. Pewne jej wahania w poszczególnych latach wynikały z faktu, że każda skarga badana jest indywidualnie przed podjęciem decyzji o wyborze adekwatnego do potrzeb konsumenta trybu działania RU.

Podjęcie interwencji w danej sprawie (najczęściej wobec ZU) miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż mogło dojść do naruszenia prawa lub uzasadnionego interesu ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Nie oznacza to, że po zakończeniu postępowania w danej sprawie ocena ta zawsze potwierdzała się. Brak całości dokumentacji sprawy i opieranie się w zasadzie tylko na materiałach i wyjaśnieniach przesłanych przez skarżącego powodowało w pewnych przypadkach, że po wyjaśnieniach ZU, PBUK bądź UFG, RU zmieniał swoje pierwotne stanowisko.

Tabela nr 9
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do RU w 2011 r.

Lp.	Sposób działania	Liczba	%
1.	Podjęcie interwencji, w tym: Dział I Dział II	12 212 1 721 10 491	85,1 12,0 73,1
2.	Niepodjęcie interwencji, w tym: Dział I Dział II Brak właściwości RU <i>Przyczyny niepodjęcia interwencji (ogółem):</i> - udzielenie wyjaśnień, o które zwracał się konsument lub gdy stwierdzono brak przesłanek formalno-prawnych do interwencji RU, - przesłanie skargi do wiadomości RU bez wyraźnej prośby o interwencję, - niekompletność dokumentacji, - wycofanie skargi, - brak właściwości RU.	1 755 176 1 542 37 473 992 203 50 37	12,2 1,2 10,7 0,3 3,3 6,9 1,4 0,3 0,3
3.	Brak ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym, w tym: Dział I Dział II	389 60 329	2,7 0,4 2,3
4.	Ogółem	14 356	100

Wykres do tab. nr 9
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do RU w 2011 r.



ZU odnosząc się do interwencji RU bądź uznawał jej zasadność, bądź też podtrzymywał dotychczas zajęte stanowisko, uzupełniając je zazwyczaj dodatkowymi wyjaśnieniami. Kolejno, eksperci BRU poddawali sprawę powtórnej ocenie, od której zależały dalsze kroki postępowania. W przypadku uznania potrzeby dalszej zasadności interwencji, kontynuowano ją. Zakres i częstotliwość wymiany stanowisk i argumentów oraz co za tym idzie, czas załatwiania skargi różnił się więc w konkretnych przypadkach. W ocenie RU z każdym okresem sprawozdawczym, zwiększa się liczba spraw, w których ponawia się wystąpienia do ZU i to zarówno z inicjatywy osób skarżących jak również RU. Wpływ na to ma również znaczny stopień skomplikowania wielu skarg, wymagający dogłębnej wieloetapowej interwencji.

W sytuacjach wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych przesłankami podmiotowymi bądź przedmiotowymi RU podejmował interwencję wnosząc o uwzględnienie i zastosowanie trybu wyjątkowego (tzw. kulancji ubezpieczeniowej) kierując się głównie względami słuszności, mimo istnienia przesłanek negatywnych dla skarżącego.

RU uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- ZU uznał zasadność interwencji i zmienił swoje stanowisko w całości lub części;
- skarżący zawarł ugodę z ZU;
- skarżący wystąpił na drogę sądową;
- skarżący wycofał skargę;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznał, iż prawa i interes ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia nie zostały naruszone;
- ZU ostatecznie podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

W każdym przypadku skarżący otrzymywał wyjaśnienie stanu prawnego, z którego – w powiązaniu ze stanem faktycznym – wynikało rozstrzygnięcie jego sprawy. W przypadku nieuwzględnienia skargi skarżący był informowany o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej ze wskazaniem możliwości zwolnienia od kosztów sądowych oraz okoliczności, które musiałby udowodnić w takim postępowaniu, aby mieć szansę na korzystne – dla siebie – jej rozstrzygnięcie. RU wskazywał, iż ciężar udowodnienia faktów spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Oznacza to, że w toku procesu – chcąc uzyskać korzystne dla siebie orzeczenie sądu – należy wykazać za pomocą nie budzących wątpliwości dowodów zasadność zgłoszonych żądań oraz podniesionych

wobec ZU zarzutów. W sytuacjach, gdy BRU dysponowało orzecznictwem sądowym w analogicznym dla sprawy stanie faktycznym i prawnym, przekazywało je skarżącemu.

W sprawach, gdzie ZU usztywnił swoje stanowisko, natomiast RU uważał, iż jest ono niezasadne, a spór dotyczył oceny stanu faktycznego, RU wskazywał na możliwość zasięgnięcia opinii niezależnego rzeczoznawcy w szkodach majątkowych oraz w szkodach osobowych opinii medycznej, jeszcze przed skierowaniem sprawy na drogę postępowania sądowego. RU informował także, iż opinia taka może być następnie wykorzystana w sporze sądowym, ale będzie mieć wtedy wyłącznie charakter tzw. dokumentu prywatnego, co oznacza, że sąd może, ale nie musi brać pod uwagę zawartych w niej wniosków i np. zasięgnąć w toku procesu opinii innego biegłego, wpisanego na listę biegłych sądowych.

Dodatkowo, w uzasadnionych sprawach, w szczególności, gdy spór dotyczył oceny stanu prawnego, RU informował skarżącego, iż w przypadku wytoczenia powództwa cywilnego przeciwko ubezpieczycielowi może udzielić dalszej pomocy poprzez przedstawienie sądowi oświadczenia zawierającego istotny pogląd w sprawie (por. roz. VI pkt 5).

1.3.2. RU nie podjął interwencji w 1 755 przypadkach, co stanowiło 12,2% spraw. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,7%.

Przyczyny odmowy przedstawia Tabela nr 9 i Wykres do tab. nr 9, z których wynika, że pierwsze miejsce, podobnie jak w ubiegłym roku, zajmowały sprawy kierowane do RU, jako drugiego bądź kolejnego adresata, jedynie „do wiadomości”. Stanowiły one 6,9% wszystkich spraw, a ich procentowy udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,4%. Ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie RU z daną sprawą. Materiał zawarty w takich skargach był wykorzystywany jednakże odpowiednio na pozostałych płaszczyznach działalności Urzędu RU.

Nie podejmowano także interwencji w sprawach, w których autorzy wystąpień zwracali się do RU o udzielenie określonych wyjaśnień oraz w sprawach, w odniesieniu do których stwierdzono, iż analiza posiadanych dokumentów jednoznacznie wskazuje na brak naruszenia przez ZU prawa bądź interesów ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia.

Do zakresu spraw, w których nie podjęto interwencji zaliczone zostały również przypadki, w których toczą się postępowania przed sądem albo zapadły już wyroki sądowe, lub zawarto ugodę z ZU, która zawierała zrzeczenie się przez skarżącego dalszych roszczeń. W nielicznych sprawach brak podjęcia interwencji wynikał również z przedawnienia się

roszczeń, na które powoływał się uprzednio ZU. Sprawy te z uwagi na liczbę skarg zajmowały drugie miejsce w omawianej grupie skarg i stanowiły 3,3%. Ich procentowy udział w niniejszej grupie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,3%.

Pewna grupa spraw wymagała uzupełnienia w zakresie opisu stanu faktycznego, bez którego dalsze jej badanie było niemożliwe. Mimo stosownych wskazówek przekazanych skarżącemu nie zawsze udawało się dane te pozyskać, co również skutkowało wstrzymaniem się od interwencji. Sprawy te stanowiły 1,4 % wszystkich skarg w przedstawianej grupie, a ich procentowy udział uległ zmniejszeniu o 0,1% w stosunku do roku ubiegłego.

W nielicznej grupie skarg przyczyną niepodjęcia przez RU czynności interwencyjnych było wycofanie skargi przez skarżącego bądź brak właściwości RU, co skutkowało przekazaniem jej innemu podmiotowi. Sprawy te stanowiły łącznie 0,6% ogółu skarg kierowanych do RU w 2011 r., a ich procentowy udział wzrósł o 0,1% w stosunku do roku minionego.

1.3.3. Wobec 2,7% skarg skierowanych do RU w 2011 r., z uwagi na znaczny wzrost dynamiki wnoszonych spraw (20,1%) nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym. Dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

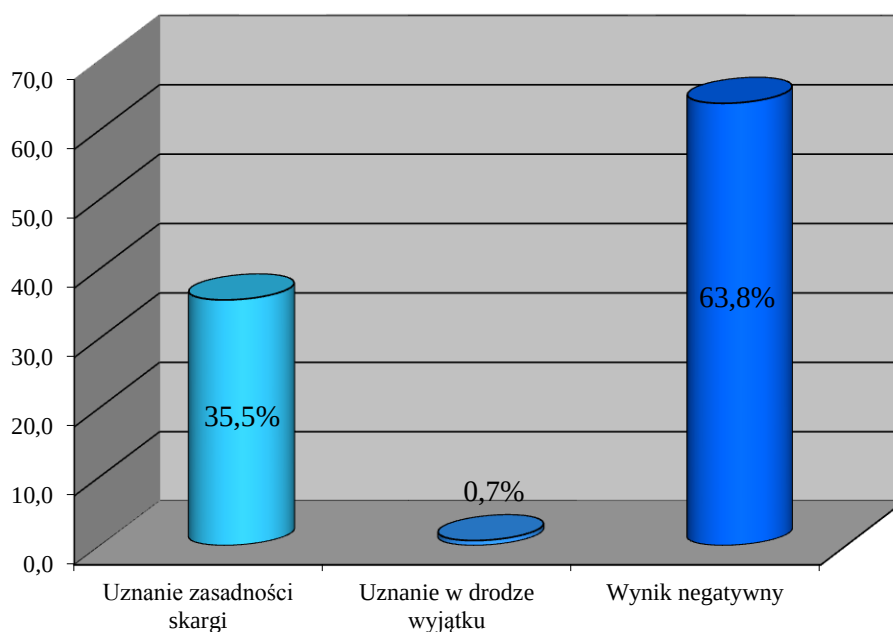
1.3.4. W wyniku interwencji RU w odniesieniu do 36,2% skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, w tym w drodze wyjątku wobec 0,7% spraw (Tabela nr 10, Wykres do tab. nr 10). Tym samym skuteczność interwencji (efektywność) RU uległa zmniejszeniu o 4,8% w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr 10
Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń
gospodarczych zakończonych w 2011 r.

Lp.	Wynik interwencji	Liczba	%
1.	Uznanie zasadności skargi	3 385	35,5
	Dział I	235	2,5
	Dział II	3 150	33,0
2.	Uznanie w drodze wyjątku	69	0,7
	Dział I	32	0,3
	Dział II	37	0,4
3.	Wynik negatywny	6 095	63,8
	Dział I	1 065	11,1
	Dział II	5 030	52,7
4.	Ogółem	9 549*	100

* Sprawy, w których RU zakończył czynności interwencyjne. **2 694** sprawy pozostają nadal w toku, co stanowi **22,1%** wszystkich spraw, w których RU podjął interwencję w 2011 r.
Sprawy w toku: Dział I – 390 (3,2%), Dział II – 2 304 (18,9%).

Wykres do tab. nr 10
Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń
gospodarczych zakończonych w 2011 r.



W ocenie RU wpływ na to miały m.in. następujące przyczyny:

- a) recesja gospodarcza, która w wielu ZU spowodowała zaostrenie polityki finansowej, przekładającej się m.in. na:
 - maksymalnym ograniczaniu wysokości odszkodowań i świadczeń;
 - zmniejszaniu uznawania roszczeń w drodze wyjątku;
 - rygorystycznej interpretacji obowiązujących przepisów oraz postanowień o.w.u.;
- b) stosowanie przez niektóre ZU, niekorzystnej dla uprawnionych z umowy ubezpieczenia interpretacji przepisów z zakresu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, w tym nieuprawnione kwalifikowanie szkody jako całkowitej, stosowanie potrąceń amortyzacyjnych, uwzględnianie w kosztach naprawy cen zamienników części;
- c) wzrost liczby skarg, w których przedmiotem sporu jest w szczególności ocena stanu faktycznego, ustalonego przez ZU w postępowaniu odszkodowawczym, do oceny którego RU nie posiada uprawnień;
- d) brak woli poprawy wizerunku przynajmniej przez część ZU. Ten czynnik jest wciąż zbyt słaby, zwłaszcza w polityce niektórych ZU; wciąż istnieje w tym względzie spore zróżnicowanie.

Dokonując obiektywnej oceny wyniku interwencji RU (najczęściej wobec ubezpieczycieli), pomimo spadku w stosunku do roku ubiegłego, należy stwierdzić, iż jest on nadal wysoki. Szczególnie w sytuacji, gdy interwencje RU (nie posiadającego uprawnień władczych) w ZU mają zasadniczo charakter mediacyjny oraz, że RU nie prowadzi odrębnego badania stanu faktycznego. Wynik ten świadczy jednak o zasadności podejmowanych działań, które w znacznej mierze pozwalają wyeliminować nieprawidłowości powstałe w toku likwidacji szkody.

Nie bez znaczenia dla skarżących jest również fakt, iż postępowanie skargowe, często dotyczące znacznych kwot, jest bezpłatne, a jednocześnie prowadzone przez działający profesjonalnie i obiektywnie reprezentujący interesy konsumenta Urząd RU. Należy zaznaczyć, że postępowanie skargowe jest również korzystne dla ZU, gdyż w wielu przypadkach pozwala na szybkie zakończenie sporu wynikającego z błędów własnych pracowników lub pośredników ubezpieczeniowych, zapobiegając skierowaniu sporu na drogę sądową. Dodatkowo ubezpieczyciele analizując informacje o nieprawidłowościach sygnalizowanych w skargach konsumentów mają możliwość wprowadzenia niezbędnych

zmian wewnętrznych, np. w procedurach likwidacyjnych w organizacji pracy poszczególnych działów, jak i prawidłowym zarządzaniem zasobami ludzkimi, szczególnie w procesach likwidacji szkód.

1.4. Liczba skarg kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń

1.4.1. Po raz siódmy sprawozdanie roczne RU udostępniane publicznie, zawiera informacje o liczbie skarg napływających na poszczególne ZU, TUV oraz oddziały zagranicznych ZU w Polsce (dział I – Tabela nr 11 i Wykres do tab. nr 11 oraz dział II – Tabela nr 12 i Wykres do tab. nr 12). Informacje te uzupełniono danymi o udziale w rynku każdego z wymienionych podmiotów, za podstawę przyjmując zebraną składkę brutto, jak również podano w ilu sprawach nastąpiła interwencja RU w poszczególnym ZU oraz jaki był jej wynik.

Uprzednio informacje dotyczące liczby skarg na poszczególne ZU i TUV przekazywane były dotychczas jedynie KNUiFE – obecnie KNF – w ramach zawartego w grudniu 2002 r. Porozumienia. Istniało bowiem szereg wątpliwości wobec upubliczniania tych danych, które miały swe źródło w rozbieżnościach interpretacyjnych zapisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Opinia MF, o wydanie której RU zwrócił się uzyskując przyzwolenie na publikację tych danych w grudniu 2005 r. wątpliwości te usunęła. Spełniono tym samym oczekiwania konsumentów rynku ubezpieczeniowego i mediów na coraz szerszą informację o poszczególnych podmiotach rynku ubezpieczeń. Wydaje się, że informacje te mogą dla wielu uczestników tego rynku stanowić uzupełnienie katalogu uwarunkowań uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o wyborze produktu ubezpieczeniowego, jak i ZU.

Tabela nr 11
Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I
kierowanych do RU w 2011r.

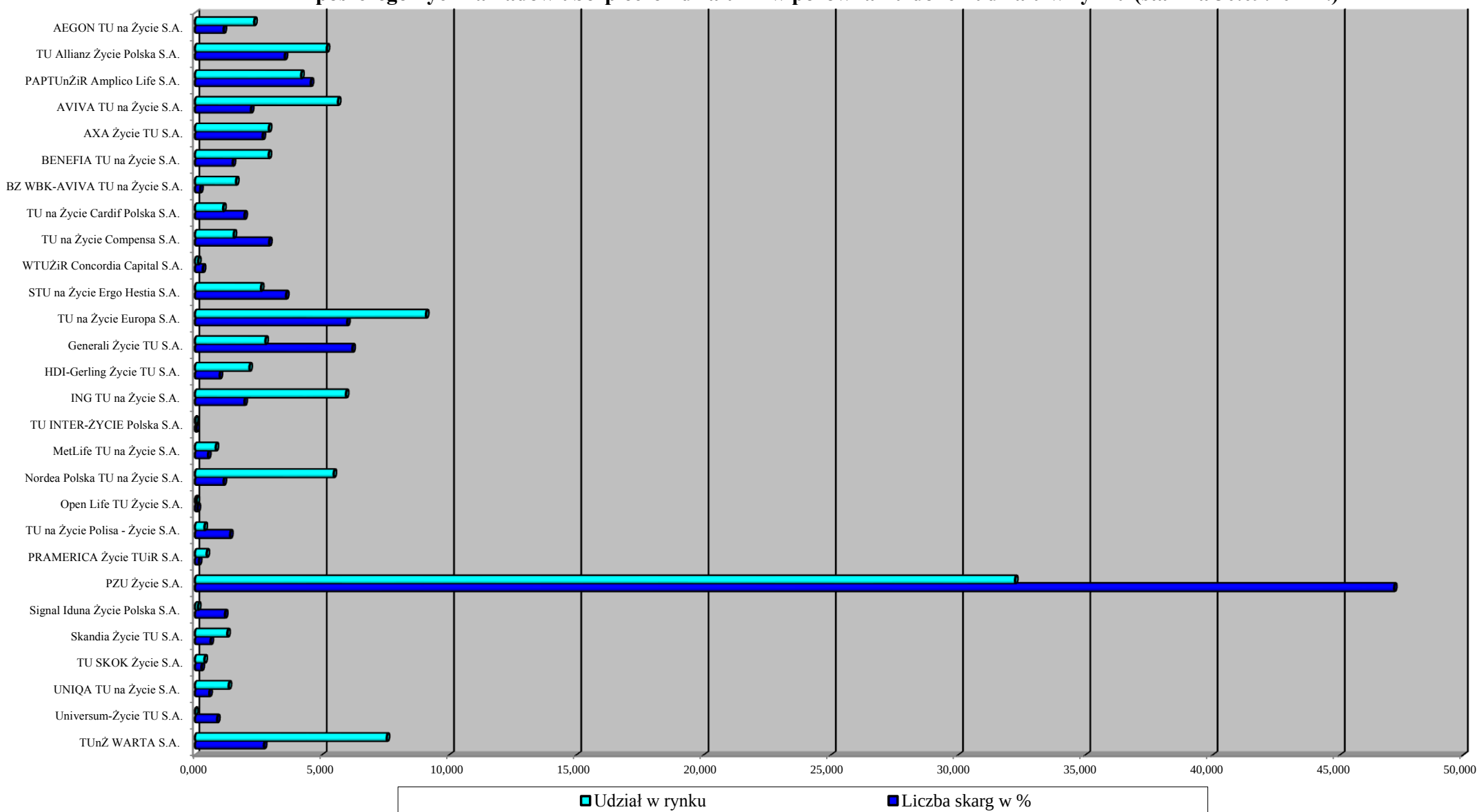
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	Udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2011 r.)*	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	AEGON TU na Życie S.A.	22	1,124	2,325	22	100,000	7	41,176	-	-	10	58,824
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	69	3,526	5,176	59	85,507	9	17,647	1	1,961	41	80,392
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	89	4,548	4,172	82	92,135	7	9,859	-	-	64	90,141
4.	AVIVA TU na Życie S.A.	43	2,197	5,616	40	93,023	4	13,793	-	-	25	86,207
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.	52	2,657	2,901	43	82,692	8	27,586	-	-	21	72,414
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. VIG	29	1,482	2,896	29	100,000	4	19,048	-	-	17	80,952
7.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.	4	0,204	1,612	3	75,000	1	33,333	-	-	2	66,667
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	38	1,942	1,107	38	100,000	2	7,143	-	-	26	92,857
9.	TU na Życie Compensa S.A. VIG	57	2,913	1,519	48	84,211	6	17,143	1	2,857	28	80,000
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	6	0,307	0,121	6	100,000	2	33,333	-	-	4	66,667
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	70	3,577	2,592	63	90,000	7	15,556	-	-	38	84,444
12.	TU na Życie Europa S.A.	117	5,979	9,074	106	90,598	11	15,068	-	-	62	84,932
13.	Generali Życie TU S.A.	121	6,183	2,766	111	91,736	14	17,073	1	1,220	67	81,707
14.	HDI-Gerling Życie TU S.A.	19	0,971	2,138	14	73,684	1	10,000	-	-	9	90,000
15.	ING TU na Życie S.A.	38	1,942	5,929	32	84,211	3	14,286	-	-	18	85,714
16.	TU INTER -ŻYCIE Polska S.A.	1	0,051	0,009	1	100,000	-	-	-	-	1	100,000
17.	MetLife TU na Życie S.A.	10	0,511	0,814	9	90,000	1	14,286	-	-	6	85,714

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	Udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2011 r.)*	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
18.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	22	1,124	5,448	19	86,364	6	40,000	1	6,667	8	53,333
19.	Open Life TU Życie S.A. (poprzednia nazwa MyLife TU na Życie S.A.)	2	0,102	0,064	1	50,000	-	-	-	-	-	-
20.	TU na Życie Polisa - Życie S.A.	27	1,380	0,372	25	92,593	4	19,048	1	4,762	16	76,190
21.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	3	0,153	0,457	3	100,000	-	-	-	-	3	100,000
22.	PZU Życie S.A.	923	47,164	32,218	813	88,082	118	18,409	25	3,900	498	77,691
	- Ub. zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel),	26	1,329		19	2,058	-	-	-	-	14	2,184
	- Ub. na życie zawarte po 1989 r.	897	45,835		794	86,024	118	18,409	25	3,900	484	75,507
23.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	23	1,175	0,117	21	91,304	4	28,571	-	-	10	71,429
24.	Skandia Życie TU S.A.	12	0,613	1,269	10	83,333	-	-	-	-	7	100,000
25.	TU SKOK Życie S.A.	5	0,255	0,370	3	60,000	-	-	-	-	3	100,000
26.	UNIQA TU na Życie S.A.	11	0,562	1,323	11	100,000	1	10,000	1	10,000	8	80,000
27.	Universum – Życie TU S.A. (w likwidacji)	17	0,869	-	14	82,353	-	-	-	-	12	100,000
28.	TUnŻ WARTA S.A.	53	2,708	7,534	47	88,679	7	15,909	-	-	37	84,091
29.	MACIF Życie TUW	-	-	0,025	-	-	-	-	-	-	-	-
30.	TUW Rejent Life	-	-	0,037	-	-	-	-	-	-	-	-
31.	CALI Europe S.A. Oddział w Polsce	2	0,102	-	2	100,000	-	-	-	-	-	-
32.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	51	2,606	-	46	90,196	8	24,242	1	3,030	24	72,727

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I

Źródło: www.knf.gov.pl - Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2011.

Wykres do tab. nr 11 (część I)
Liczba skarg kierowanych do RU w 2011 r. w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I - w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2011 r.)



Wykres do tab. nr 11 (część II)
Wynik interwencji w sprawach zakończonych - na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I
kierowanych do RU w 2011 r.

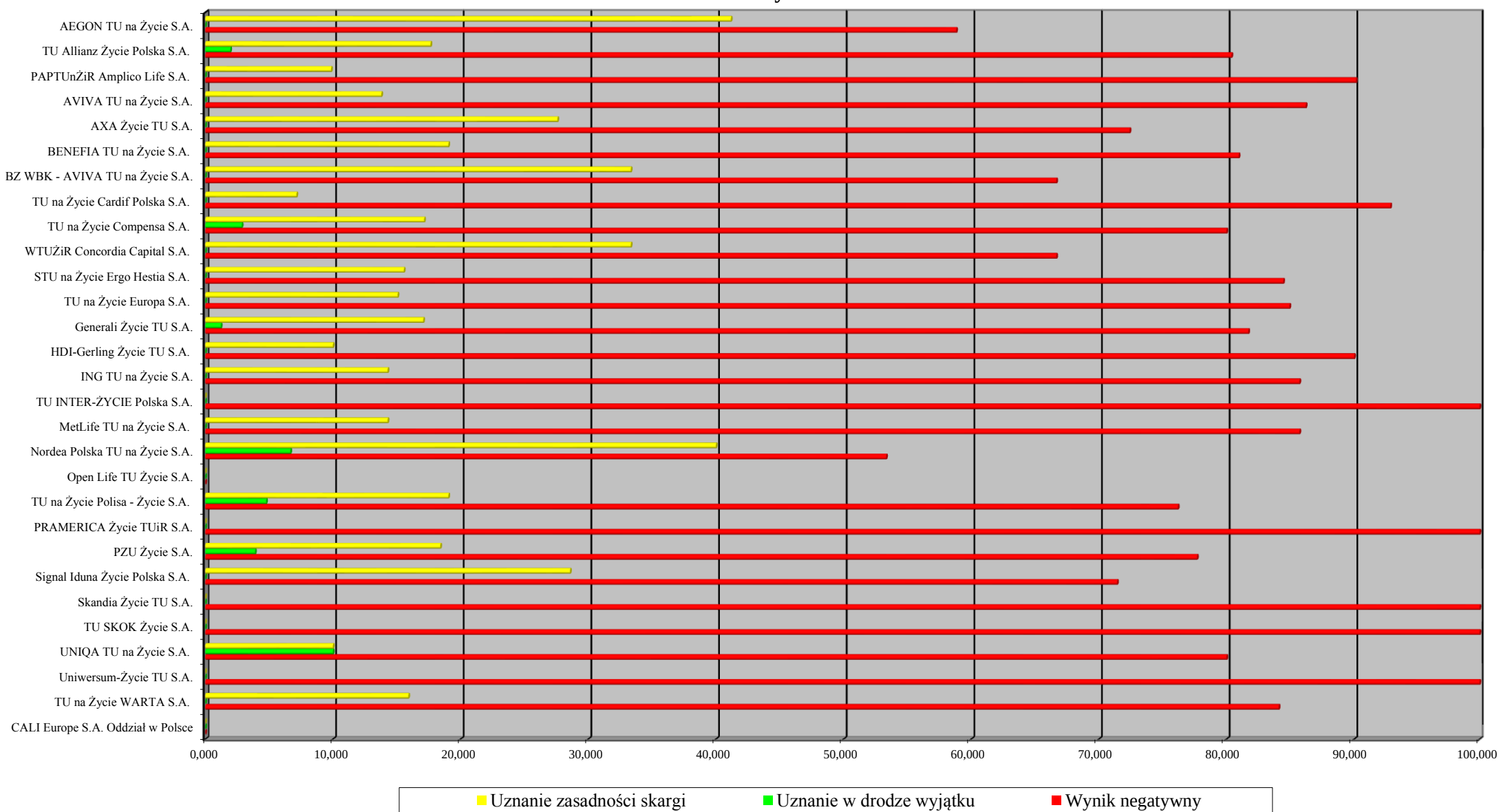


Tabela nr 12
Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II
kierowanych do RU w 2011r.

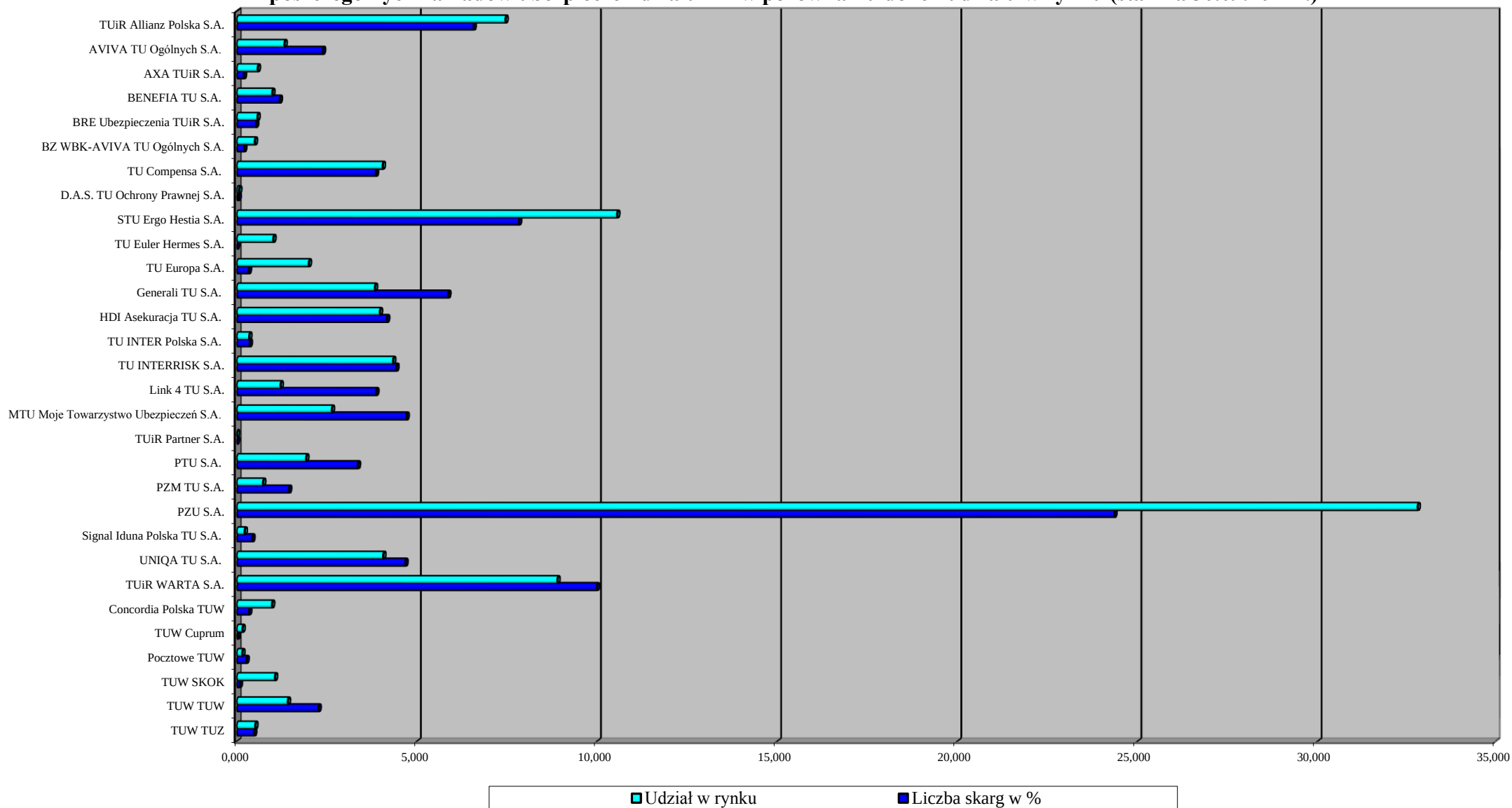
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2011r.)*	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	TU Allianz Polska S.A.	813	6,578	7,462	680	83,641	173	32,642	1	0,189	356	67,170
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	296	2,395	1,329	264	89,189	87	42,439	-	-	118	57,561
3.	AXA TuiR S.A.	25	0,202	0,588	23	92,000	8	50,000	-	-	8	50,000
4.	BENEFIA TU S.A. VIG	148	1,197	0,990	126	85,135	73	65,766	-	-	38	34,234
5.	BRE UBEZPIECZENIA TuiR S.A.	67	0,542	0,580	53	79,104	25	53,191	1	2,128	21	44,681
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	26	0,210	0,507	23	88,462	9	45,000	-	-	11	55,000
7.	TU Compensa S.A. VIG	478	3,867	4,056	419	87,657	117	34,012	-	-	227	65,988
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	7	0,057	0,072	7	100,000	4	66,667	-	-	2	33,333
9.	STU Ergo Hestia S.A.	969	7,840	10,564	843	86,997	249	37,220	5	0,747	415	62,033
10.	TU Euler Hermes S.A.	1	0,008	1,020	1	100,000	-	-	-	-	1	100,000
11.	TU Europa S.A.	42	0,340	2,006	28	66,667	8	40,000	-	-	12	60,000
12.	Generali TU S.A.	726	5,874	3,840	619	85,262	246	54,911	6	1,339	196	43,750
13.	HDI Asekuracja TU S.A.	516	4,175	3,977	424	82,171	116	34,627	3	0,896	216	64,478
14.	TU INTER Polska S.A.	45	0,364	0,350	32	71,111	3	12,000	-	-	22	88,000

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2011r.)*	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
					Liczba	%	Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze Wyjątku		Wynik negatywny	
							Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
15.	TU INTERRISK S.A. VIG	548	4,434	4,344	471	85,949	131	34,656	1	0,265	246	65,079
16.	KUKE S.A.	-	-	0,181	-	-	-	-	-	-	-	-
17.	Link 4 TU S.A.	479	3,875	1,221	422	88,100	177	49,304	-	-	182	50,696
18.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU.S.A.	-	-	0,063	-	-	-	-	-	-	-	-
19.	MTU Moje TU S.A.	583	4,717	2,644	517	88,679	205	46,275	7	1,580	231	52,144
20.	TuiR Partner S.A.	1	0,008	0,006	1	100,000	-	-	-	-	1	100,000
21.	PTU S.A.	416	3,366	1,932	321	77,163	135	50,943	-	-	130	49,057
22.	TU Polski Związek Motorowy S.A. VIG	180	1,456	0,736	145	80,556	37	31,897	1	0,862	78	67,241
23.	PZU S.A.	3011	24,361	32,799	2579	85,653	698	35,360	8	0,405	1268	64,235
24.	Signal Iduna Polska TU S.A.	54	0,437	0,225	48	88,889	7	17,949	-	-	32	82,051
25.	UNIQA TU S.A.	579	4,684	4,069	511	88,256	119	31,565	-	-	258	68,435
26.	TUiR WARTA S.A.	1236	10,000	8,904	1079	87,298	272	32,811	2	0,241	555	66,948
27.	Concordia Polska TUV	43	0,348	0,983	35	81,395	9	39,130	-	-	14	60,870
28.	TUV Cuprum	4	0,032	0,165	4	100,000	1	50,000	-	-	1	50,000
29.	Pocztowe TUV	34	0,275	0,159	28	82,353	10	47,619	-	-	11	52,381
30.	TUV SKOK	11	0,089	1,066	8	72,727	1	16,667	-	-	5	83,333
31.	TUV TUV	281	2,273	1,423	242	86,121	64	35,955	-	-	114	64,045
32.	TUV TUZ	60	0,485	0,519	54	90,000	15	34,884	-	-	28	65,116
33.	PTU GRYF S.A.(w upadłości)	2	0,016	-	1	50,000	1	100,000	-	-	-	-

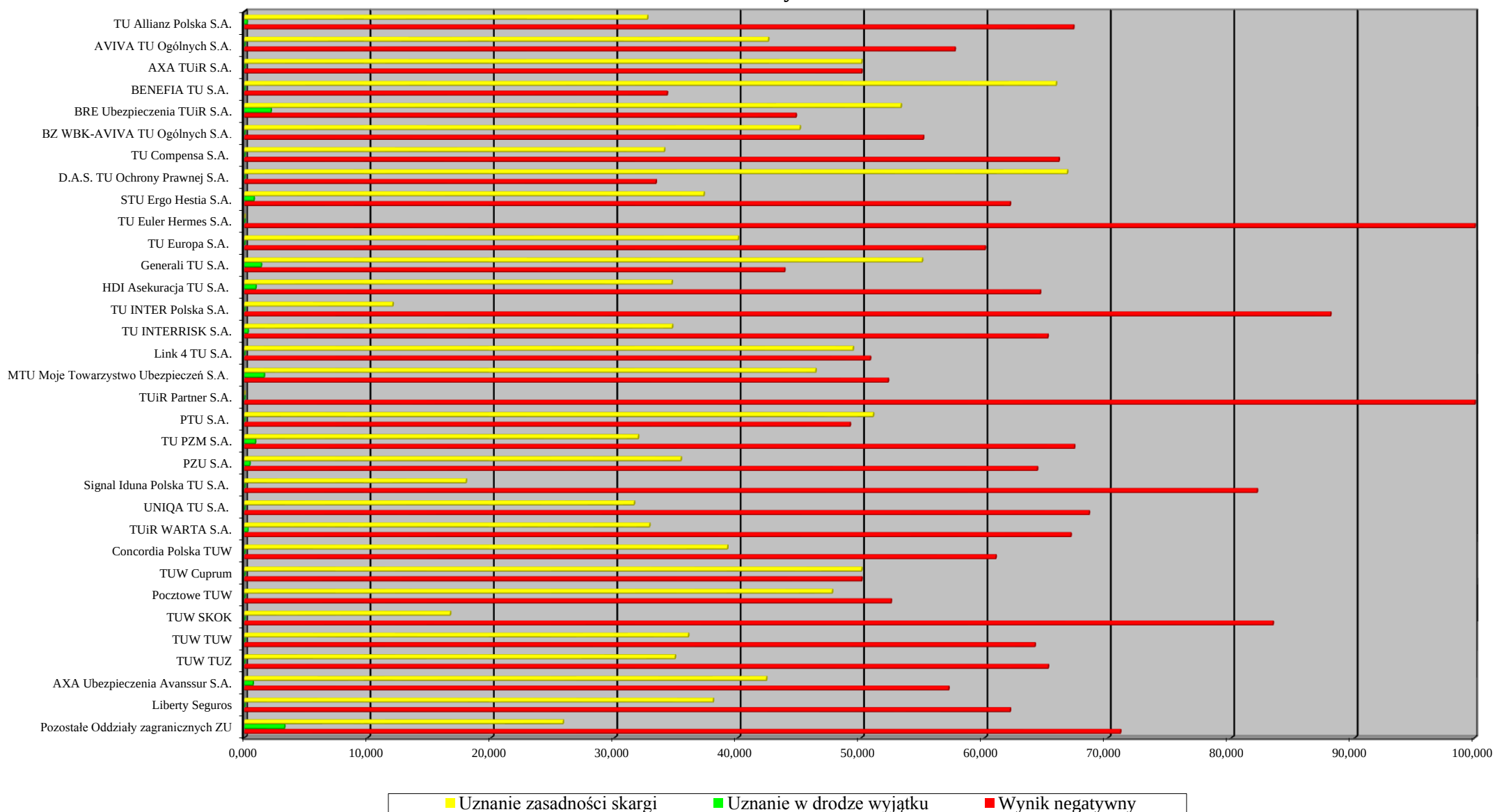
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2011r.)*	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
34.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:	411	3,325	-	366	89,051	112	38,889	2	0,694	174	60,417
	- AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	226	1,828		199	88,053	63	42,282	1	0,671	85	57,047
	- Liberty Seguros Oddział w Polsce	136	1,100		124	91,176	41	37,963	-	-	67	62,037
	- Chartis Europe S.A. Oddział w Polsce	28	0,227		24	85,714	6	35,294	1	5,882	10	58,824
	- Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce	9	0,073		8	88,889	2	33,333	-	-	4	66,667
	- Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce	6	0,049		6	100,000	-	-	-	-	5	100,000
	- AGA International S.A. Oddział w Polsce (poprzednia nazwa Mondial Assistance International AG S.A. Główny Oddział w Polsce)	3	0,024		3	100,000	-	-	-	-	3	100,000
	- XL Insurance S.A. Oddział w Polsce	2	0,016		2	100,000	-	-	-	-	-	-
	- ACE European Group Limited Sp.z o.o. Oddział w Polsce	1	0,008		-	-	-	-	-	-	-	-
35.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	44	0,356	-	34	77,273	10	29,412	-	-	24	70,588
36.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	32	0,259	-	27	84,375	11	57,895	-	-	8	42,105

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II
Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2011.

Wykres do tab. nr 12 (część I)
Liczba skarg kierowanych do RUw 2011 r. w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II - w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2011 r.)



Wykres do tab. nr 12 (część II)
Wynik interwencji w sprawach zakończonych - na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II
kierowanych do RU w 2011 r.



Przestrzega się jednak przed jednostronnym i zbyt uproszczonym korzystaniem z tej statystyki, która odnosi się tylko do pewnego, aczkolwiek ważnego aspektu działalności ZU i może stanowić jedynie element jego szerszej oceny. Kierując się treścią powszechnie zgłaszanych uwag i opinii wobec dotychczas publikowanych danych, RU w 2010 r. zainicjował działania nad rozszerzeniem zakresu zbieranych informacji o funkcjonowaniu podmiotów działających na polskim rynku ubezpieczeniowym. W tym celu RU w 2011 r. ponownie wystąpił do ZU, TUV oraz Oddziałów zagranicznych ZU w Polsce z wnioskiem o udostępnianie dodatkowych informacji o prowadzonej przez te podmioty rynku ubezpieczeniowego działalności ubezpieczeniowej, ze szczególnym uwzględnieniem jakości postępowań odszkodowawczych (likwidacyjnych).

W odpowiedzi odnotowano wpływ danych dotyczących zaledwie 6 podmiotów: w dziale I – Pramerica Życie TUIR S.A., Skandia Życie TU S.A. oraz WTUŻIR Concordia Capital S.A., w dziale II – PTU S.A., Concordia Polska TUV oraz TUV Cuprum (Tabela nr 13 i 14). Nie odnotowano wpływu żadnej korespondencji dotyczącej działalności Oddziałów zagranicznych ZU w Polsce (Tabela nr 15).

Analizując liczbę podmiotów, które udostępniły RU dodatkowe informacje w zakresie prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, ze szczególnym uwzględnieniem jakości postępowań odszkodowawczych (likwidacyjnych) oraz mając świadomość, że nie u wszystkich ZU propozycja ta znajdzie uznanie, liczba ta wykazuje tendencję wzrostową. W stosunku do roku ubiegłego nastąpił wzrost o 3 podmioty, które przekazały do BRU dane, o które występował Urząd RU.

W odpowiedzi na korespondencję RU, do BRU kierowane były również pisma z poszczególnych ZU uzasadniające odmowę upublicznienia danych o które występował RU.

KUKE poinformowało RU, iż nie upubliczni ww. danych, z uwagi na fakt, iż działa na rynku ubezpieczeń finansowych, a Jej oferta skierowana jest wyłącznie do klienta instytucjonalnego oraz, że zawierane umowy są indywidualnie negocjowane z klientami, co umożliwia wypracowanie zapisów, które minimalizują ryzyko przyszłych roszczeń ze strony klientów. Ponadto ze względu na specyfikę i skalę prowadzonej działalności przekazywanie RU szczegółowych informacji dotyczących postępowań likwidacyjnych, zdaniem KUKE może zaszkodzić ich pozycji na rynku. Jednocześnie KUKE zadeklarowało, iż dołoży wszelkich starań do poprawy jakości oferowanych przez nich usług a także, że będą wspierać

działania RU oraz innych instytucji, które służyć będą rozwojowi polskiego rynku ubezpieczeniowego.

Liberty Seguros Oddział w Polsce zwrócił się do RU się z prośbą o kierowanie korespondencji w niniejszej sprawie do PIU, która koordynuje działania w tym zakresie w imieniu rynku.

Podobnie wskazało PAPTUnŻiR Amplico Life SA, iż ich stanowisko jest tożsame ze stanowiskiem PIU, co oznacza brak poparcia i rekomendacji do przekazywania RU informacji ze swojej działalności.

TU na Życie Polisa – Życie S.A. w odpowiedzi na pismo RU, poinformowało, że dane dotyczące statystyki działalności ZU, ze szczególnym uwzględnieniem danych obrazujących proces likwidacji szkód nie zostaną udostępnione, z uwagi na fakt, że stanowią one tajemnice Spółki.

Compensa TU na Życie S.A. VIG oraz Compensa TU S.A. VIG, odpowiadając na pismo RU uzasadniły odmowę udostępnienia danych o które występował RU, brakiem regulacji prawnych w zakresie przekazywania ww. informacji, a także jednolitych standardów rynkowych w tym zakresie. Zdaniem ZU publikacja tych informacji spowoduje, że wnioski płynące z powstałego na tej podstawie zestawienia mogą również okazać się mylące.

TUW SKOK Życie S.A. oraz TUW SKOK w odpowiedzi na pismo RU, odmawiając udostępnienia danych obrazujących proces likwidacji szkód, poinformowały, że przyjęły rekomendację PIU w sprawie ujednolicenia polityki skargowej rynku.

TU na Życie Europa S.A. również podtrzymało stanowisko odmowne w sprawie przekazywania danych RU.

Niestety pozostałe ZU i TUW także nie widzą potrzeby poszerzania swego wizerunku o dodatkowe dane, głównie te obrazujące sposób obsługi konsumentów. RU wyraża jednak nadzieję, że jest to wyłącznie kwestia czasu kiedy standardem będzie publikowanie licznych i oczekiwanych przez konsumentów danych o podmiotach rynku finansowego, na wzór zachowań ZU z innych krajów.

Tabela nr 13
Informacje dotyczące działalności Zakładów Ubezpieczeń działu I w 2011 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
1.	AEGON TU na Życie S.A.														
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.														
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.														
4.	AVIVA TU na Życie S.A.														
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.														
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. VIG														
7.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.														
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.														
9.	TU na Życie Compensa S.A. VIG														
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	5 955	8 363	6 701	0	1 661	122	23	162	1	0	0	0	0	19 dni
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.														
12.	TU na Życie Europa S.A.														

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/ poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
13.	Generali Życie TU S.A.														
14.	HDI-Gerling Życie TU S.A.														
15.	ING TU na Życie S.A.														
16.	TU INTER – ŻYCIE Polska S.A.														
17.	MACIF Życie TUW														
18.	MetLife TU na Życie S.A.														
19.	Nordea Polska TU na Życie S.A.														
20.	Open Life TU Życie S.A. (poprzednia nazwa MyLife TU na Życie S.A.)														
21.	TU na Życie Polisa – Życie S.A.														
22.	PRAMERICA Życie TUIR S.A.	18 960	6 189	4 743	-	1 146	-	-	-	0	0	0	0	0	4,1 dnia*
23.	PZU Życie S.A.														
24.	TUW Rejent Life														
25.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.														

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/ poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
26.	Skandia Życie TU S.A.	92 271	11 361	11 283	0	0	15	0	19	3	0	0	2	0	8,75 dnia
27.	TU SKOK Życie S.A.														
28.	UNIQA TU na Życie S.A.														
29.	TUnŻ WARTA S.A.														

*Średni czas rozpatrywania szkód liczony od daty wpływu ostatniego dokumentu (pełnej dokumentacji) od klienta

 - Brak danych

Źródło: Dane z ZU przesłane w odpowiedzi na pismo RU z 01.02.2012 r. (RU/230/MKK/10/11).

Tabela nr 14
Informacje dotyczące działalności Zakładów Ubezpieczeń działu II w 2011 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/ poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
1.	TUiR Allianz Polska S.A.														
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.														
3.	AXA TUiR S.A.														
4.	BENEFIA TU S.A. VIG														
5.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.														
6.	BZ WBK – AVIVA TUO S.A.														
7.	TU Compensa S.A. VIG														
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.														
9.	STU Ergo Hestia S.A.														
10.	TU Euler Hermes S.A.														
11.	TU Europa S.A.														

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/ poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
12.	Generali TU S.A.														
13.	HDI Asekuracja TU S.A														
14.	TU INTER Polska S.A.														
15.	TU INTERRISK S.A. VIG														
16.	KUKE S.A.														
17.	Link 4 TU S.A.														
18.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU S.A.														
19.	MTU Moje TU S.A.														
20.	TUiR Partner S.A.														
21.	PTU S.A.	705 285	77 143	73 026	-	10 949	1 062	-	2 221	109	1	1	0	0	30 dni
22.	TU PZM S.A. VIG														
23.	PZU S.A.														
24.	Signal Iduna Polska TU S.A.														

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/ poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
25.	UNIQA TU S.A.														
26.	TUIR WARTA S.A.														
27.	Concordia Polska Tuw	347 716	43 920	34 297	0	6 665	490	411	884	120	8	8	0	6	33 dni
28.	Tuw Cuprum	4 519	2 470	2 374	-	226	12	5	19	13	6	2	-	6	45,79 dnia
29.	Pocztowe Tuw														
30.	Tuw SKOK														
31.	Tuw Tuw														
32.	Tuw TuZ														

Źródło: Dane z ZU przesłane w odpowiedzi na pismo RU z 01.02.2012 r. (RU/230/MKK/10/11).

 - Brak danych

Tabela nr 15
Informacje dotyczące działalności Oddziałów zagranicznych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce w 2011 r.

Lp.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
1.	CALI Europe S.A. Oddział w Polsce														
2.	Prevoir-Vie Groupe Prevoir S.A. Oddział w Polsce														
3.	ACE European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce														
4.	AGA International S.A. Oddział w Polsce														
5.	Atradius Credit Insurance N.V.														
6.	AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce														
7.	Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce														
8.	Chartis Europe S.A. Oddział w Polsce														
9.	COFACE Austria Kreditversicherung AG														

Lp.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń uznanych			Liczba odwołań i skarg w postępowaniach reklamacyjnych rozpatrzonych			Liczba wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów/poszkodowanych					Średni czas rozpatrywania zgłoszonych szkód
				w całości pozytywnie	w części pozytywnie	odmownie	w całości pozytywnie	w części pozytywnie	negatywnie	ogółem	procesy wygrane	procesy przegrane	zawarcie ugody	oddalenie powództwa	
10.	Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce														
11.	Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce														
12.	Liberty Seguros Oddział w Polsce														

Źródło: Dane z ZU przesłane w odpowiedzi na pismo RU z 01.02.2012 r. (RU/230/MKK/10/11).

 - Brak danych

1.4.2. W 2011 r. do BRU wpłynęło łącznie 1 957 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale I (Tabela nr 4, Wykres do tab. nr 4).

Na funkcjonowanie określonych ZU działu I odnotowano 1 883 wystąpienia (Tabela nr 11, Wykres do tab. nr 11). W 51 przypadkach sprawy dotyczyły funkcjonowania zagranicznego podmiotu, w 21 sprawach brak było wskazania nazwy ZU na Życie, którego dotyczyła skarga oraz 2 sprawy dotyczyły Oddziału zagranicznego ZU w Polsce.

Zestawienie danych odnoszących się do liczby skarg na poszczególne ZU i TUV działu I tj. prowadzące działalność w zakresie ubezpieczeń na życie dotyczyło 30 ZU. W tym w odniesieniu do 2 z nich (MACIF Życie TUV oraz TUV Rejent Life) nie odnotowano wpływu żadnej skargi. Składa się na to kilka powodów, do których obok prawidłowo prowadzonej działalności ubezpieczeniowej zaliczyć można m.in.: niewielki udział w rynku oraz obsługę wąskiej, wyselekcjonowanej grupy klientów.

Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału w ogólnej liczbie skarg widoczne jest, że 16 z nich odnotowało pozytywny wynik, polegający na mniejszym udziale w skargach aniżeli udział w rynku. W przypadku pozostałych 11 podmiotów wynik ten był odwrotny. W 1 przypadku, z uwagi na brak możliwości określenia udziału ZU w rynku - ZU w likwidacji (Universum – Życie TU S.A.), ocena ta nie jest możliwa.

W przypadku ZU tego działu, na które napłynęło najwięcej skarg, można stwierdzić, iż powodem tego było funkcjonowanie określonych produktów ubezpieczeniowych:

- ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe będące uzupełnieniem ubezpieczenia na życie;
- znaczna liczba zawieranych ubezpieczeń grupowych;
- grupowe ubezpieczenia na życie kredytobiorców sprzedawane za pośrednictwem banku.

Najliczniejsza grupa spraw, znacznie przekraczająca udział w skargach w stosunku do udziału w rynku odnosiła się do funkcjonowania PZU Życie S.A., Generali Życie TU S.A. TU na Życie Compensa S.A. VIG, Signal Iduna Życie Polska TU S.A. oraz TU na Życie Polisa – Życie S.A.

1.4.3. W omawianym okresie sprawozdawczym skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II odnotowano łącznie 12 360 (Tabela nr 4, Wykres do tab. nr 4).

Na działalność poszczególnych ZU działu II wpłynęło 11 681 skarg (Tabela nr 12, Wykres do tab. nr 12), w tym 2 sprawy dotyczyły upadłego ZU. W odniesieniu do 411 spraw wnioski skierowane do RU dotyczyły działalności Oddziałów zagranicznych ZU w Polsce; w przypadku 107 spraw skarżący nie określili nazwy ZU działu II będącego podmiotem skargi; 83 sprawy dotyczyły UFG; w 32 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne ZU jako reprezentanta ds. roszczeń na terenie Polski nie będącymi ZU; 44 skargi odnotowano na działalność zagranicznych ZU oraz 2 sprawy dotyczyły działalności PBUK.

Zestawienie danych odnoszących się do skarg na ZU i T UW tj. prowadzące działalność ubezpieczeniową w zakresie pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (dział II) dotyczyło 33 ZU, w tym 1 w upadłości. W przypadku 2 z nich (KUKE SA oraz Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU SA) nie odnotowano żadnej skargi na ich działalność, a przyczyny tego są podobne jak w analogicznej sytuacji w dziale I.

Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału skarg w ich ogólnej liczbie widoczne jest, że w 14 przypadkach odnotowano pozytywny rezultat mniejszego udziału w skargach aniżeli w rynku. W przypadku pozostałych 16 podmiotów wynik ten jest odmienny. W odniesieniu do PTU Gryf S.A. (w upadłości) brak udziału w rynku uniemożliwia dokonanie takiej oceny.

Ubezpieczeniami, które spowodowały zwiększony napływ skarg na ZU i T UW działu II były ubezpieczenia komunikacyjne, w tym głównie ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Znaczna grupa skarg dotyczyła także występowania tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, do którego dochodziło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza lub zmianą ZU przy jednoczesnym braku skutecznego wypowiedzenia dotychczasowej umowy.

Najliczniejsza grupa spraw, znacznie przekraczająca udział w skargach w stosunku do udziału w rynku odnosiła się do funkcjonowania: Link 4 TU S.A., MTU Moje Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali TU S.A., PTU S.A., TUiR WARTA S.A oraz AVIVA TU Ogólnych S.A.

Z analizy skarg kierowanych do RU oraz informacji uzyskiwanych drogą telefoniczną jednoznacznie wynika, iż wzrasta liczba skarg dotyczących nieprawidłowości w działalności Oddziałów zagranicznych ZU w Polsce.

W omawianym okresie sprawozdawczym do BRU wpłynęło 411 takich spraw. Liczba tych skarg w stosunku do roku ubiegłego wzrosła o 123 sprawy.

W grupie tej najliczniejszą liczbę skarg odnotowano na AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce, Liberty Seguros Oddział w Polsce oraz Chartis Europe S.A. Oddział w Polsce.

W 2011 r. w porównaniu do roku minionego odnotowano także wzrost o 23 sprawy, skarg dotyczących funkcjonowania zagranicznych ZU.

1.4.4. W pozostałych 39 sprawach brak było właściwości RU.

1.4.5. Materiał statystyczny dotyczący liczby skarg na poszczególne ZU, TUW oraz Oddziały zagranicznych ZU w Polsce stanowi przedmiot analizy RU. W jej wyniku zostały podjęte określone czynności, w tym wystąpienia do KNF oraz poszczególnych ZU, których celem było ustalenie przyczyn i określenie sposobów usunięcia źródeł skarg.

Niezależnie od tych działań, informacje i spostrzeżenia wypływające z rozpatrywania skarg, stanowią jeden z kluczowych elementów formułowania wniosków ogólnej natury, co stanowi podstawę interwencji w UOKiK i KNF, wniosków o podjęcie uchwały przez SN, jak również opinii co do potrzeb i kierunków zmiany przepisów prawnych. Stanowią one ponadto główny czynnik wyznaczający zadania w sferze działalności edukacyjno-informacyjnej RU na rzecz konsumentów usług ubezpieczeniowych.

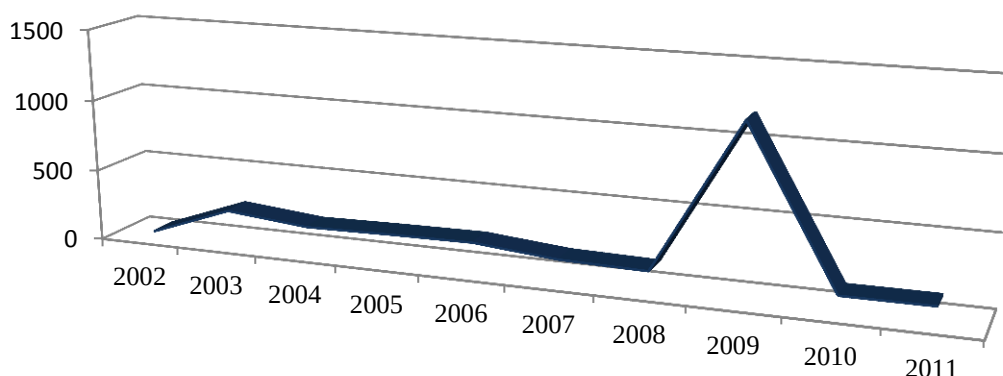
2. Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych

Od kwietnia 2002 r. do BRU zaczęły napływać skargi w indywidualnych sprawach osób objętych zabezpieczeniem emerytalnym. Możliwość reprezentowania interesów członków OFE, uczestników PPE, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych dała zmiana ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej dokonana ustawą z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek podporządkowanych oraz zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 2002 r., Nr 25, poz. 253) rozszerzająca m.in. podmiotowy zakres działania RU, w tym zakresie. (Tabela nr 16, wykres do tab. nr 16)

Tabela nr 16
Liczba skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
kierowanych do RU w latach 2002 – 2010

Lp.	Rok	Liczba skarg ogółem
1.	2002	34
2.	2003	245
3.	2004	190
4.	2005	200
5.	2006	206
6.	2007	153
7.	2008	141
8.	2009	1186
9.	2010	117
10.	2011	119
11.	Ogółem	2 591

Wykres do tab. nr 16
Liczba skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
kierowanych do RU w latach 2002-2011



Najliczniejsza grupa spraw, które wpłynęły do RU, odnosiła się do działalności ZUS (łącznie 82 skarg, tj. 68,9% spraw ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego - Tabela nr 17). Zdecydowana większość skarg dotyczyła jednak działalności ZUS nie związanej z funkcjonowaniem II i III filaru emerytalnego. RU przekazywał skargi do rozpatrzenia zgodnie z właściwością do Centrali ZUS lub wskazywał skarżącemu instytucję właściwą w danej sprawie (72 sprawy). Pozostałe skargi na funkcjonowanie ZUS dotyczyły problemu nieprzekazywania składek na rachunki ubezpieczonych w OFE oraz nieuzasadnionego wycofania składek z OFE (10 spraw).

Tabela nr 17
Zestawienie skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
wpływających do RU w 2011 r.
z podziałem na poszczególne podmioty

Lp.	Podmiot	Liczba skarg	%
1.	ZUS*	82	68,9
2.	OFE	24	20,2
3.	IKE	6	5,0
4.	PPE	2	1,7
5.	INNE	5	4,2
6.	Ogółem	119	100

*10 skarg w sprawie ZUS (12,2%) dot. zabezpieczenia emerytalnego, a 72 skarg (87,8%) to zła właściwość

Kolejna grupa spraw odnosiła się do funkcjonowania OFE (łącznie 24 skargi, tj. 20,2% spraw ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego - Tabela nr 17). Pisemne wystąpienia uczestników systemu w zakresie OFE dotyczyły przede wszystkim:

- nieotrzymania przez osoby uprawnione środków zgromadzonych na rachunku zmarłego członka OFE;
- sfałszowania umowy o członkostwo w OFE;
- problemów towarzyszących zmianie OFE i dokonywaniu wypłaty transferowej;
- możliwości anulowania zawartej umowy z OFE;
- nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych;
- niezgłoszenia umowy przystąpienia do OFE w ZUS;
- interpretacji przepisów dotyczących OFE.

Pozostała grupa skarg odnosi się do spraw związanych z funkcjonowaniem tzw. III filaru – PPE oraz IKE. (łącznie 8 skarg tj. 6,7% spraw ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego).

2.1. Podział skarg ze względu na podmiot, wobec którego została wniesiona skarga

Sprawozdanie roczne RU zawiera informacje o liczbie skarg napływających na poszczególne OFE. Informacje te uzupełniono danymi o liczbie członków każdego z wymienionych podmiotów. Aby poszerzyć informację o poszczególnych podmiotach, które mogą dla wielu uczestników tego rynku stanowić uzupełnienie katalogu uwarunkowań branych pod uwagę m.in. przy wyborze OFE, RU wystąpił do PTE zarządzających OFE z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych informacji o prowadzonej działalności. W odpowiedzi odnotowano wpływ danych dotyczących 3 podmiotów: Pekao Pionier PTE S.A., PTE PZU S.A. oraz PTE Polsat S.A. (Tabela nr 18). RU wyraża nadzieję, że w przyszłości standardem będzie publikowanie licznych i oczekiwanych przez konsumentów danych o podmiotach rynku finansowego na wzór zachowań podobnych podmiotów z innych krajów.

Tabela nr 18
Informacje dotyczące działalności Powszechnych Towarzystw Emerytalnych w 2011 r.

Lp.	Powszechne Towarzystwo Emerytalne	Liczba członków funduszu (stan na 31.12.2011 r.)	Liczba „martwych” rachunków członków funduszu	Zawiadomienia o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym			Zrealizowane wypłaty transferowe	Skargi członków funduszu	Zasadne skargi członków funduszu
				Poprawne	Błędne	Razem			
1.	Aegon PTE S.A.								
2.	PTE Allianz Polska S.A.								
3.	Amplico PTE S.A.								
4.	Aviva PTE Aviva BZ WBK S.A.								
5.	AXA PTE S.A.								
6.	PKO BP Bankowy PTE S.A.								
7.	Generali PTE S.A.								
8.	ING PTE S.A.								
9.	Nordea PTE S.A.								
10.	Pekao Pioneer PTE S.A.	344 520	4 210	10 361	2 672	13 033	10 771	18	2
11.	Pocztylion-Arka PTE S.A.								
12.	PTE Polsat S.A.	308 323	12 067	9 712	2 072	11 784	9 889	4	0
13.	PTE PZU S.A.	2 224 516	31 240	77 179	10 583	87 762	65 516	765	20
14.	PTE Warta S.A.								

Źródło: Dane z PTE przesłane w odpowiedzi na pismo RU z 01.02.2012 r.. (RU/230/MKK/10/11).



- Brak danych

Analizując skargi w ujęciu podmiotowym (Tabela nr 19), najwięcej wystąpień na działalność towarzystw emerytalnych dotyczyło AEGON PTE S.A. zarządzające AEGON OFE (5 spraw). Cztery skargi wpłynęły na AVIVA PTE AVIVA BPH CU WBK S.A. zarządzające AVIVA OFE BPH CU WBK i PTE PZU S.A. zarządzające OFE PZU „Złota Jesień”. Po dwie skargi wpłynęły na AXA PTE zarządzające AXA OFE, NORDEA PTE S.A. zarządzającego NORDEA OFE oraz Pocztylion-Arka PTE zarządzające OFE Pocztylion. Na PTE ALLIANZ Polska S.A. zarządzające Allianz Polska OFE, Amplico PTE S.A. zarządzające Amplico OFE, ING PTE S.A. zarządzające ING OFE oraz, PKO BP Bankowy PTE S.A. zarządzające PKO BP Bankowy OFE i PTE WARTA zarządzające OFE WARTA wpłynęło po 1 skardze.

Tabela nr 19
Liczba skarg na poszczególne podmioty z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
kierowanych do RU w 2011 r.

Lp.	Podmioty	Liczba członków OFE	Liczba skarg	%
1.	AEGON PTE S.A.	948 497	5	4,2
2.	PTE Allianz Polska S.A.	508 124	1	0,8
3.	Amplico PTE S.A.	1 192 597	1	0,8
4.	Aviva PTE Aviva BZ WBK S.A.	2 687 475	4	3,4
5.	AXA PTE S.A.	1 109 445	2	1,7
6.	Generali PTE S.A.	890 084	-	-
7.	ING PTE S.A.	2 954 060	1	0,8
8.	NORDEA PTE S.A.	898 783	2	1,7
9.	Pekao Pionier PTE S.A.	344 520	-	-
10.	PKO BP Bankowy PTE S.A.	539 456	1	0,8
11.	Pocztylion – Arka PTE S.A.	588 349	2	1,7
12.	PTE Polsat S.A.	302 459	-	-
13.	PTE PZU S.A.	2 214 995	4	3,4
14.	PTE Warta S.A.	314 529	1	0,8
15.	IKE	-	6	5,0
16.	PPE	-	2	1,7
17.	ZUS*	-	10	8,4

* Skargi na ZUS dotyczą tu tylko problematyki zabezpieczenia emerytalnego

Źródło KNF - Członkowie otwartych funduszy emerytalnych; stan na dzień 30.12.2011 r.

RU otrzymał sześć skarg dotyczących IKE oraz dwie na funkcjonowanie PPE.

2.2. Tematyka skarg

Największa grupa skarg odnosiła się do treści obowiązujących przepisów w zakresie dziedziczenia środków zgromadzonych na rachunku w OFE i procedur ich wypłaty w przypadku śmierci członka funduszu (11 skarg). Druga co do liczby grupa skarg dotyczyła problemu nieprzekazywania przez ZUS składek na rachunki ubezpieczonych w OFE (9 spraw). Cztery skargi dotyczyły kwestii sfalszowania umów o członkostwo w OFE oraz nieprawidłowości w związku ze zmianą funduszu i dokonania wypłaty transferowej. W wyniku zakwestionowania przez biegłego grafologa podpisów przedstawionych na zawiadomieniach o przystąpieniu do innego OFE czy też niedostarczenia do dotychczasowego funduszu prawidłowo wypełnionego zawiadomienia o zawarciu umowy z innym OFE, z wnioskiem o dokonanie wypłaty transferowej, dotychczasowy fundusz nie umieszczał ubezpieczonego na liście osób zmieniających OFE, a tym samym ZUS nie mógł dokonać zmiany w Centralnym Rejestrze Członków OFE. Zmiana funduszu i wypłata transferowa nie dochodziła do skutku.

Tabela nr 20
Przedmiot skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
wpływających do RU w 2011 r.

Lp.	Przedmiot	Liczba skarg	%
1.	Nieprawidłowości w wypłacie środków (śmierć członka OFE)	11	9,2
2.	Nieprzekazywanie składek do OFE	9	7,6
3.	Sfałszowanie umowy o członkostwo w OFE	4	3,4
4.	Zmiana funduszu i dokonanie wypłaty transferowej	4	3,4
5.	Anulowanie umowy	2	1,7
6.	Nieuzasadnione wycofanie składek	2	1,7
7.	Nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych	1	0,8
8.	Niezgłoszenie umowy przystąpienia do OFE w ZUS	1	0,8
9.	Interpretacja przepisów	1	0,8
10.	Inne	8	6,7
11.	Brak właściwości RU	76	63,9
12.	Ogółem	119	100

Dwie skargi dotyczyły kwestii możliwości anulowania umowy. Pojedyncze skargi dotyczyły nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych, niezgłoszenia umowy przystąpienia do OFE w ZUS, interpretacji przepisów dotyczących funduszy emerytalnych a także nieuzasadnionego wycofania przez ZUS składek z OFE.

Problemy związane z IKE i PPE (8 skarg) dotyczyły głównie kwestii obliczania zobowiązania podatkowego wynikającego z rozwiązania umowy o prowadzenie IKE i PPE.

2.3. Sposób załatwienia spraw wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych i wyniki interwencji

W omawianym okresie sprawozdawczym 65 skarg (54,6% wszystkich spraw) skierowanych do RU nie mieściło się w zakresie jego kompetencji. Sprawy te były przekazywane do odpowiednich adresatów z powiadomieniem autorów wystąpień o przekazaniu ich spraw zgodnie z właściwością lub wskazywano skarżącym możliwość złożenia skargi do odpowiedniego podmiotu.

Po przeanalizowaniu 119 wystąpień, jakie wpłynęły do RU w 2011 r., podjęto czynności interwencyjne w 22 sprawach, co stanowiło 18,5% wszystkich skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego (Tabela nr 21).

Tabela nr 21
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
wpływających do RU w 2011 r.

Lp.	Sposób działania	Liczba skarg	%
1.	Podjęcie interwencji	22	18,5
2.	Niepodjęcie interwencji, przyczyny:	97	81,5
	- odmowa – uzasadnienie niepodjęcia interwencji	44	37,0
	- udzielenie wyjaśnień merytorycznych	20	16,8
	- brak właściwości RU	21	17,6
	- skarga do wiadomości RU	10	8,4
	- prośba o dosłanie dodatkowych dokumentów	2	1,7
3.	Ogółem	119	100

W wyniku interwencji podjętych przez RU, w przypadku zakończenia postępowania, 16 spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem dla skarżących, 2 sprawy zakończyły się negatywnie dla skarżących a 4 sprawy nie zostały jeszcze rozstrzygnięte.

W 97 sprawach, co stanowiło 81,5% wszystkich skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego, RU nie podjął interwencji.

Niepodjęcie interwencji zazwyczaj spowodowane było brakiem właściwości RU, wcześniejszym rozpatrywaniem sprawy przez Sądy Ubezpieczeń Społecznych, wskazaniem skarżącemu innego podmiotu właściwego do rozpatrzenia danej sprawy, brakiem stosownego wniosku ze strony osoby kierującej wystąpieniem, w którym zawarta była jedynie prośba

o wyjaśnienie przepisów prawnych dotyczących działalności OFE. Interwencje nie były również podejmowane w sprawach kierowanych do RU jako do kolejnego adresata („do wiadomości”), gdyż ich autorzy wyraźnie zaznaczali, że chodzi im jedynie o zapoznanie instytucji RU z daną sprawą.

RU uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- PTE uznawało zasadność interwencji i zmieniał swoje wcześniejsze stanowisko;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po wnikliwej analizie sprawy RU ocenił, że prawo bądź interesy członków OFE nie zostały naruszone lub wyczerpał wszystkie możliwości działania, jednak PTE nie zmieniło stanowiska w sprawie – wówczas RU informował skarżących o przysługującym im prawie wystąpienia na drogę sądową.

3. Dyżury telefoniczne

3.1. Dyżury z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

Ważną formą działalności RU jako ośrodka informacji i edukacji prawnoubezpieczeniowej są eksperckie dyżury telefoniczne w zakresie ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia emerytalnego.

Początkowo dyżury ograniczone były jedynie do godzin pracy BRU i prowadzone były wyłącznie przez etatowych pracowników BRU. Z uwagi na stale zwiększające się zapotrzebowanie i sygnały ze strony konsumentów, iż dyżury w godzinach przedpołudniowych nie są dla wszystkich dostępne, począwszy od 2002 r. rozszerzono zakres poradnictwa telefonicznego o godziny popołudniowe. W tym czasie, w związku z rozszerzeniem zakresu działalności RU o członków OFE i uczestników PPE, rozpoczęto także udzielanie porad dotyczących tej tematyki. Z uwagi na ciągle rosnące zapotrzebowanie na tę formę kontaktu z konsumentami od 1 października 2008 r. wydłużano godziny dyżurów telefonicznych ekspertów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Obecnie dyżur telefoniczny trwa 10 godzin dziennie od poniedziałku do piątku włącznie.

W trakcie dyżuru telefonicznego eksperci udzielają wskazówek, wyjaśnień i odpowiedzi na poruszane w rozmowie kwestie, starając się rozwiązać w ten bezpośredni sposób bieżące problemy z jakimi zwracają się telefonujące osoby. Taka forma kontaktów jest pozytywnie

oceniana przez konsumentów, którzy oczekują natychmiastowej, rzeczowej i bezpłatnej pomocy, a także ukierunkowania co do dalszych możliwości i sposobów samodzielnego prowadzenia sprawy. W ramach poradnictwa telefonicznego można bowiem otrzymać informację prawno-ubezpieczeniową, stanowisko RU w odniesieniu do najczęściej pojawiających się problemów, wytyczne co do dalszego prowadzenia sprawy, a także przykładowe orzeczenia sądów, a zwłaszcza SN. W trakcie przeprowadzanych rozmów telefonicznych dyżurujący eksperci często proponują skorzystanie z profesjonalnych informacji zamieszczonych na stronie internetowej RU (www.rzu.gov.pl). Informacje te mogą okazać się dla konsumenta bardzo pomocne w samodzielnym prowadzeniu i załatwieniu sprawy. Dyżurujący eksperci informują również o możliwości złożenia pisemnej skargi/wniosku do BRU z prośbą o zbadanie sprawy, a także przedstawiają zasady i tryb rozpatrywania wniesionej skargi.

Napływające drogą telefoniczną sygnały od konsumentów są bogatym źródłem wiedzy o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego, a także pozwalają na wczesne i szybkie reagowanie na dostrzeżone i sygnalizowane nieprawidłowości w działalności ubezpieczycieli, w tym szczególnie w związku z likwidacją szkód. Często pojawiające się sygnały w trakcie prowadzonego poradnictwa telefonicznego mają następnie swoje odzwierciedlenie w napływających pisemnych skargach.

W zależności od środków finansowych będących w dyspozycji RU rozważamy uruchomienie drugiej równoległej infolinii poradniczej dla konsumentów, gdyż po ich stronie obserwujemy wyjątkowe zainteresowanie tą bezpośrednią formą pomocy. Uruchomienie równoległej do obecnie działającej infolinii mogłoby spowodować większe niż aktualnie zaspokojenie potrzeb konsumentów na korzystanie z tej szybkiej i profesjonalnej formy pomocy, a liczba udzielanych porad prawdopodobnie wzrosłaby dwukrotnie. Niestety jej uruchomienie wiąże się z poniesieniem dodatkowych kosztów organizacyjnych, przede wszystkim związanych z zatrudnieniem wykwalifikowanych prawników, ekspertów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, na co aktualnie nie pozwala poziom przychodów RU.

Prowadzone poradnictwo telefoniczne daje wszystkim zainteresowanym osobom jednakowe możliwości szybkiego uzyskania informacji lub porady zarówno o charakterze ogólnym, jak i szczegółowym, bez względu na miejsce zamieszkania. W związku z powyższym telefoniczne dyżury eksperckie stały się bardzo cenioną przez konsumentów usług ubezpieczeniowych formą pomocy i doradztwa.

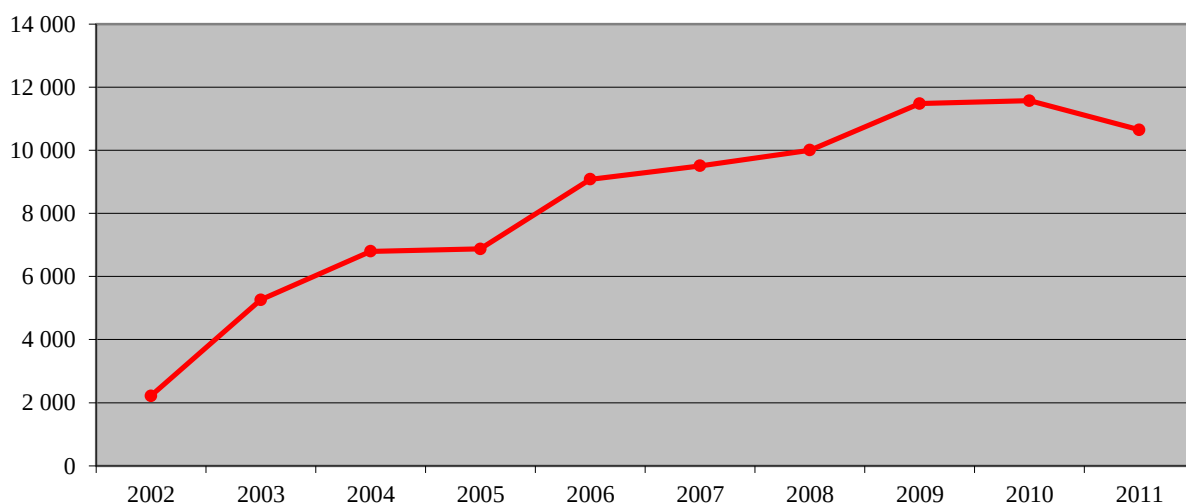
Od 2002 r., a w przypadku tematyki zabezpieczenia emerytalnego od 2003 r., prowadzona jest ewidencja rozmów telefonicznych zarówno w zakresie ubezpieczeń

gospodarczych (Tabela nr 22, Wykres do tab. nr 22), jak i zabezpieczenia emerytalnego (Tabela nr 28).

Tabela nr 22
Liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
w latach 2002 – 2011

Lp.	Rok	Liczba
1.	2002	2 218
2.	2003	5 262
3.	2004	6 795
4.	2005	6 873
5.	2006	9 081
6.	2007	9 504
7.	2008	10 003
8.	2009	11 479
9.	2010	11 572
10.	2011	10 646
11.	Ogółem	83 433

Wykres do tab. nr 22
Liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
w latach 2002 – 2011



W 2011 r. w zakresie ubezpieczeń gospodarczych przeprowadzono 10 646 rozmów telefonicznych (Tabela nr 23, Wykres do tab. nr 23). Dla porównania w 2010 r. udzielono 11 572 porady, co wskazuje na nieznaczną tendencję spadkową (spadek o 0,8%). W opinii RU sytuacja ta spowodowana jest stale rosnącą świadomością prawno-ubezpieczeniową konsumentów zasięgających porady telefonicznej i związaną z tym wielowątkowością zgłaszanych zapytań. Dodatkowo zaobserwowano znaczny wzrost stopnia trudności spraw podnoszonych w rozmowach telefonicznych, co stawia dyżurujących ekspertów w obliczu bardziej skomplikowanych zagadnień i problemów. Niewątpliwie szczegółowe przekazanie informacji, o które zwraca się rozmówca ma znaczący wpływ na wydłużenie czasu prowadzonej rozmowy, co spowodowało, iż w przedstawianym okresie sprawozdawczym nastąpił spadek ogólnej liczby udzielonych porad przy niezmiennym łącznym czasie trwania dyżuru. Jednak mimo niewielkiego spadku przeprowadzanych rozmów telefonicznych w 2011 r. RU zaobserwował jednocześnie wzrost zainteresowania konsumentów innymi formami pomocy świadczonej przez BRU, co przejawia się znaczącym wzrostem liczby pisemnych skarg/wniosków, a także większą liczbą udzielanych informacji i porad za pośrednictwem poczty elektronicznej tzw. e-mailingu.

W zakresie ubezpieczeń na życie (dział I) odnotowano łącznie 808 porad, co stanowiło 7,6% przeprowadzonych rozmów (Tabela nr 23 , Wykres do tab. nr 23). W sprawach z zakresu tej problematyki odnotowano niewielki, bo o 0,5% wzrost w porównaniu z 2010 r. W tej grupie spraw niewielka część rozmów – 9, tj. 0,1% dotyczyła umów zawartych przed 1989 r. przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń, a realizowanych obecnie przez PZU Życie S.A. (tzw. stary portfel). Rozmowy z tego zakresu dotyczyły głównie zbyt niskiej kwoty ustalonego (waloryzowanego) świadczenia z tytułu ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci tzw. ubezpieczeń posagowych, bądź ubezpieczenia renty odroczonej. W odniesieniu do ubezpieczeń na życie zawartych po 1989 r. odnotowano 799 rozmów, co stanowiło 7,5% wszystkich udzielonych porad. Najczęściej podnoszone w rozmowach zarzuty dotyczyły odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na życie, interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, prośby o udzielenie wskazówek co do dalszego prowadzenia sprawy, bądź sporu co do wysokości przyznanego świadczenia wynikającego często z zaniżania przez ubezpieczycieli procentowego uszczerbku na zdrowiu. W rozmowach z tego zakresu poruszane były również kwestie związane z umowami na życie zawieranymi za pośrednictwem banku tzw. bancassurance, okolicznościami odnoszącymi się do stanu faktycznego zdarzenia, interpretacją pojęć, takich jak np.: zawał serca, szpital, macocha, ojczym, wydatkami poniesionymi na leczenie, a także przedawnieniem zgłaszanych roszczeń. W trakcie udzielanych porad konsumenci poruszali również kwestie towarzyszące okolicznościom zawierania umowy ubezpieczenia na życie. Rozmówcy często wskazywali na brak profesjonalnej i rzetelnej informacji ze strony pośrednika ubezpieczeniowego o przedstawianej ofercie ubezpieczeniowej, a w konsekwencji tego zakup produktu nieadekwatnego do indywidualnych potrzeb i możliwości finansowych ubezpieczonego.

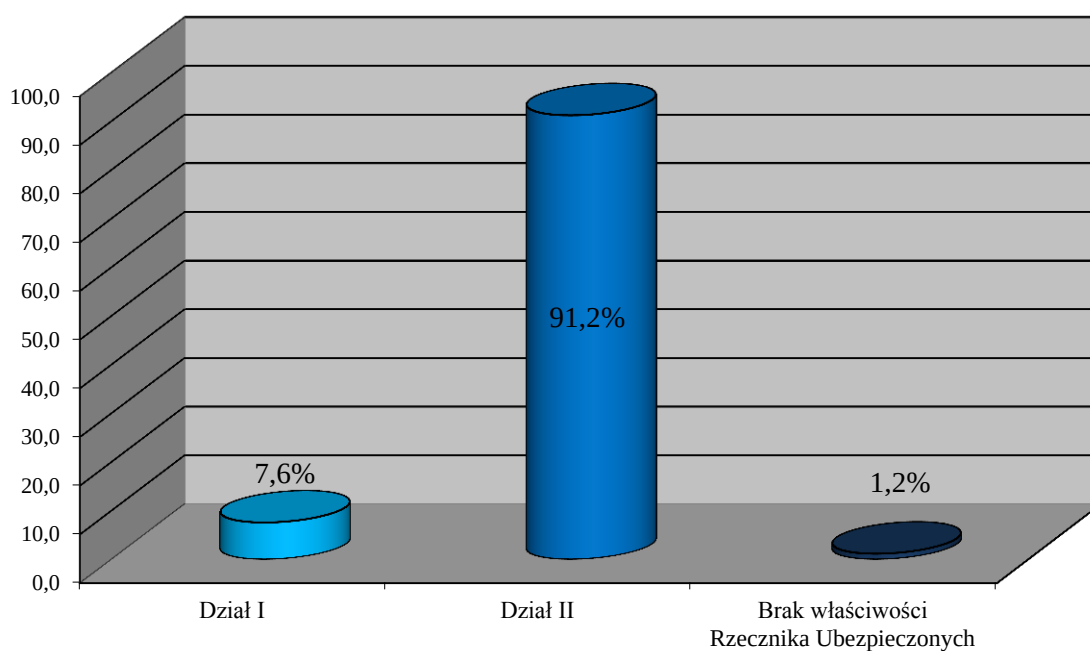
W przedstawianym okresie sprawozdawczym odnotowano łącznie 9 713 rozmów z zakresu problematyki pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (dział II), co stanowiło 91,2% wszystkich udzielonych porad (Tabela nr 23, Wykres do tab. nr 23).

Najliczniejsza grupa rozmów odnoszących się do ubezpieczeń działu II, podobnie jak w minionych latach, bo aż 7 667 (tj. 72,0% ogółu udzielonych porad) dotyczyła problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych (w porównaniu z 2010 r. wzrost o 1,1%), tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczeń autocasco, Zielonej Karty, NNW kierowcy i pasażerów, oraz ubezpieczeń assistance.

Tabela nr 23
Podział rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r.

Lp.	Podział skarg	Liczba	%
1.	Dział I - Ubezpieczenia na życie	808	7,6
2.	Dział II - Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	9 713	91,2
3.	Brak właściwości RU	125	1,2
4.	Ogółem	10 646	100

Wykres do tab. nr 23
Podział rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r.



W tej grupie spraw dominują rozmowy dotyczące zagadnień związanych z obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (6 336 udzielonych porad). Stanowiły one 59,9% wszystkich przeprowadzonych rozmów (w porównaniu do 2010 r. wzrost o 2,3%). W zakresie ubezpieczenia OC posiadaczy

pojazdów mechanicznych rozmówcy najczęściej zgłaszali uwagi i zapytania o sposób likwidacji następstw zdarzenia metodą szkody całkowitej. Wskazywali, że często ubezpieczyciele zaniżają wartość pojazdu w stanie sprzed szkody, a zawyżają wartość wraku/pozostałości, nie udzielając jednocześnie pomocy w ich zbyciu za ustaloną cenę. Pozostałe rozmowy dotyczyły uzyskania odszkodowania za wynajem pojazdu zastępczego, prawa osoby poszkodowanej do decydowania o wyborze części stosowanych do naprawy pojazdu, zasadności stosowania przez ubezpieczycieli pomniejszania odszkodowania o procent amortyzacji części użytych do naprawy, problematyki wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, obniżania przez ZU stawek za roboczogodzinę, kwestii związanych z podatkiem VAT, żądania przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu oraz kosztów związanych z holowaniem i parkowaniem pojazdu. Znaczna część rozmów odnosiła się do występowania tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, do którego dochodziło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza lub w przypadku zmiany dotychczasowego ubezpieczyciela.

W grupie spraw z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych drugie miejsce zajmują rozmowy dotyczące ubezpieczeń autocasco – 1 245, co stanowiło 11,6% ogółu udzielonych porad (spadek w porównaniu z 2010 r. o 0,9%). Najczęściej podnoszone w rozmowach zarzuty dotyczyły sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania, interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, a także problemów związanych z likwidacją skutków zdarzenia metodą szkody całkowitej, które często wynikały z mało starannego i profesjonalnego określenia autentyczności dokumentów i kluczyków danego pojazdu oraz jego wartości przy zawieraniu umowy ubezpieczenia i przy likwidacji szkody. Rozmówcy wskazywali również na zapisy o.w.u. skutkujące całkowitą odmową wypłaty odszkodowania oraz prosili o udzielanie wskazówek co do dalszego prowadzenia sprawy.

Pozostałe rozmowy przeprowadzone w tej grupie spraw w zakresie ubezpieczeń Zielonej Karty, NNW kierowcy i pasażerów oraz ubezpieczeń assistance nie przekroczyły 1,0% ogółu udzielonych porad.

Trzecie miejsce pod względem liczby udzielonych porad (706, co stanowiło 6,6% wszystkich rozmów) zajmowała tematyka ubezpieczeń OC (poza OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników i OC w turystyce) - szczegółowe dane przedstawia Tabela nr 24. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba rozmów w tej grupie wzrosła o 0,3%. Wysoka

pozycja udzielonych porad z zakresu ubezpieczeń OC wynika z faktu zaistnienia wielu szkód spowodowanych niewłaściwym utrzymaniem stanu dróg, chodników, dachów oraz znajdujących się w ich sąsiedztwie nieruchomości. Rozmowy te dotyczyły m.in. odmowy wypłaty odszkodowania z uwagi na brak ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zawartej umowy, prośby o wskazanie podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, a także zakresu przysługujących świadczeń. Część rozmów wskazywała na brak należytego określenia przez ubezpieczyciela zakresu i wysokości szkody oraz nieterminowej jej likwidacji.

W badanym okresie sprawozdawczym kolejne miejsce pod względem liczby udzielonych porad zajmują ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych (spadek o 1,6% w porównaniu z 2010 r.). Rozmów z tego zakresu odnotowano 581, co stanowiło 5,5% wszystkich udzielonych porad. Część tych spraw odnosiła się do nieprawidłowości w działalności ZU w związku z likwidacją szkód spowodowanych powodzią, silnym wiatrem oraz intensywnymi opadami deszczu, a także szkód powstałych w okresie zimowym. W rozmowach z tego zakresu poruszane były kwestie zbyt rygorystycznych ograniczeń odpowiedzialności ZU wynikających z treści o.w.u. skutkujących całkowitą odmową odszkodowania, wypłaty odszkodowania nieadekwatnego do rozmiaru poniesionej szkody, interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, a także opieszałego prowadzenia postępowania likwidacyjnego.

Rozmów z zakresu ubezpieczeń NNW odnotowano łącznie 123, co stanowiło 1,2% ogółu udzielonych porad, w tym ubezpieczeń NNW młodzieży szkolnej 44, tj. 0,4% wszystkich rozmów (wzrost o 0,1% w porównaniu z 2010 r.). W rozmowach poruszane były kwestie związane m.in. z odmową wypłaty świadczenia z uwagi na ograniczony zakres ochrony wynikający z zawartej umowy, przyznaniem zaniżonego świadczenia z uwagi na niską sumę ubezpieczenia, a także interpretacji przepisów ubezpieczeniowych lub prośby dotyczące ukierunkowania w działaniu.

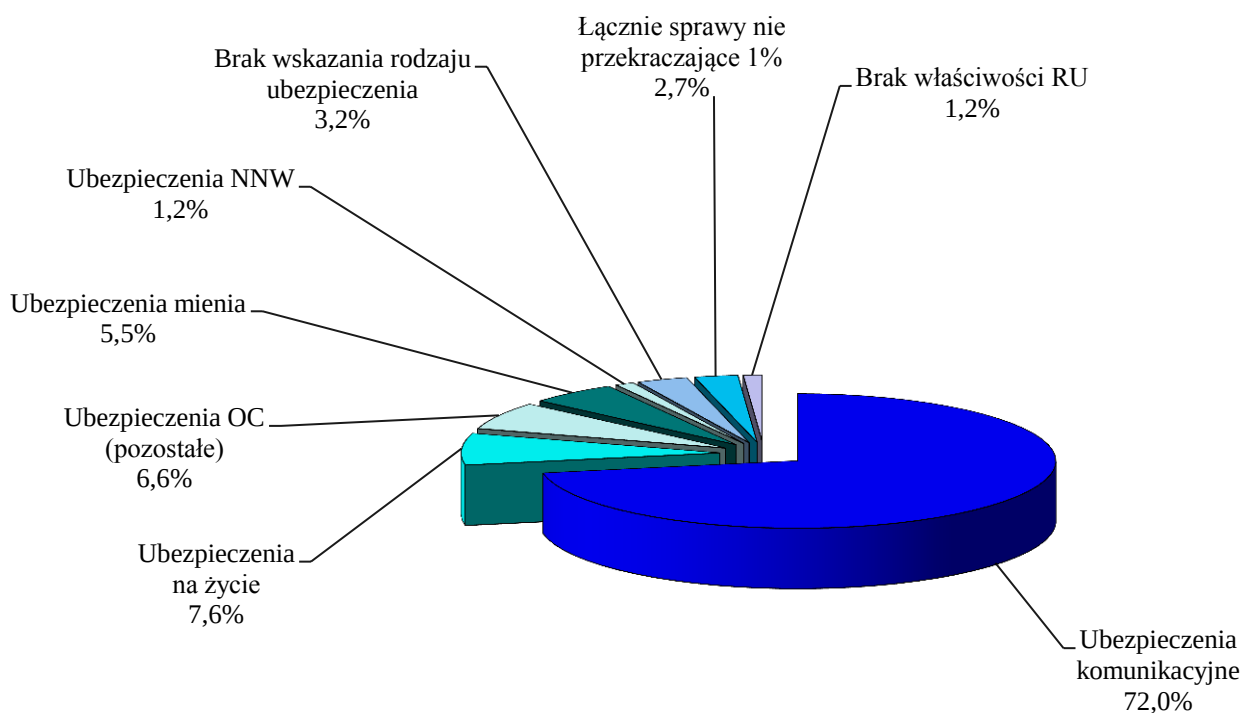
Pozostałe grupy rozmów nie przekroczyły 1,0% ogółu udzielonych porad, które zostały przeprowadzone w 2011 r. podczas eksperckich dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych (szczegółowe dane zawiera Tabela nr 24).

Tabela nr 24
Tematyka rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	808	7,6
Ubezpieczenia zawarte przed 1989r. (tzw. Stary portfel)	9	0,1
Ubezpieczenia zawarte po 1989r.:	799	7,5
- Ubezpieczenia na życie	570	5,4
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	157	1,5
- Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	58	0,5
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	10	0,1
- Ubezpieczenia rentowe	4	0,0
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	9 713	91,2
Ubezpieczenia komunikacyjne:	7 667	72,0
- OC	6 336	59,9
- AC	1 245	11,6
- Zielona Karta	33	0,3
- NNW kierowcy i pasażerów	29	0,2
- Assistance	24	0,2
Ubezpieczenia OC (pozostałe):	706	6,6
- OC zarządcy drogi	225	2,1
- OC przedsiębiorcy	190	1,8
- OC spółdzielni/zarządcy nieruchomości	122	1,2
- OC w życiu prywatnym	63	0,6
- OC inne	39	0,4
- OC wykonywanego zawodu	29	0,2
- OC lekarzy/szpitali	21	0,2
- OC przewoźnika	17	0,1
Ubezpieczenia mienia:	581	5,5
- Ubezpieczenia mieszkania/domu	499	4,7
- Ubezpieczenia mienia ruchomego	82	0,8
Ubezpieczenia NNW:	123	1,2
- Ubezpieczenia NNW	79	0,8
- Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	44	0,4
Ubezpieczenia kredytu	92	0,9
Ubezpieczenia turystyczne:	88	0,8
- Ubezpieczenia NNW	39	0,4
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	36	0,3
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	7	0,1
- Ubezpieczenia bagażu i sprzętu turystycznego	3	0,0
- Ubezpieczenia OC	2	0,0
- Ubezpieczenia kosztów transportu do kraju	1	0,0
Obowiązkowe ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	36	0,3
OC rolników	31	0,3
Ubezpieczenie upraw	26	0,2

Ubezpieczenia kosztów leczenia	6	0,1
Dobrowolne ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	6	0,1
Ubezpieczenie zwierząt w gospodarstwach rolnych	4	0,0
Ubezpieczenie leczenia prywatnego	4	0,0
Gwarancje ubezpieczeniowe	2	0,0
Ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych	2	0,0
Ubezpieczenie maszyn rolniczych	1	0,0
Ubezpieczenia operacji	1	0,0
Brak wskazania rodzaju ubezpieczenia	337	3,2
Brak właściwości RU	125	1,2
Ogółem	10 646	100

Wykres do tab. nr 24
Tematyka rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r.



Jak przedstawiono w Tabeli nr 25 (Wykres do tab. nr 25) w 2011 r., w prowadzonych rozmowach zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w siedmiu grupach problemów:

- 1) sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania – 2 015 rozmów, co stanowiło 18,9% ogółu udzielonych porad;
- 2) oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 1 508 rozmów, co stanowiło 14,2% ogółu udzielonych porad;
- 3) interpretacji przepisów ubezpieczeniowych – 1 468 rozmów, co stanowiło 13,8% ogółu udzielonych porad;
- 4) prośby o ukierunkowanie w działaniu np. odnośnie sposobu postępowania w przypadku powstania szkody, katalogu przysługujących roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia czy prowadzenia postępowania reklamacyjnego – 1 165 rozmów, co stanowiło 11,0% ogółu udzielonych porad;
- 5) sposobem naliczania, wysokością, zwrotem, wezwaniem do zapłaty składki, w tym często przedawnionej – 989 rozmów, co stanowiło 9,3% ogółu udzielonych porad;
- 6) opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym – 960 rozmów, co stanowiło 9,0% ogółu udzielonych porad;
- 7) podwójnego ubezpieczenia – 884 rozmowy, co stanowiło 8,3% ogółu udzielonych porad.

Rozmówcy wskazywali również na kwestie związane m.in. z:

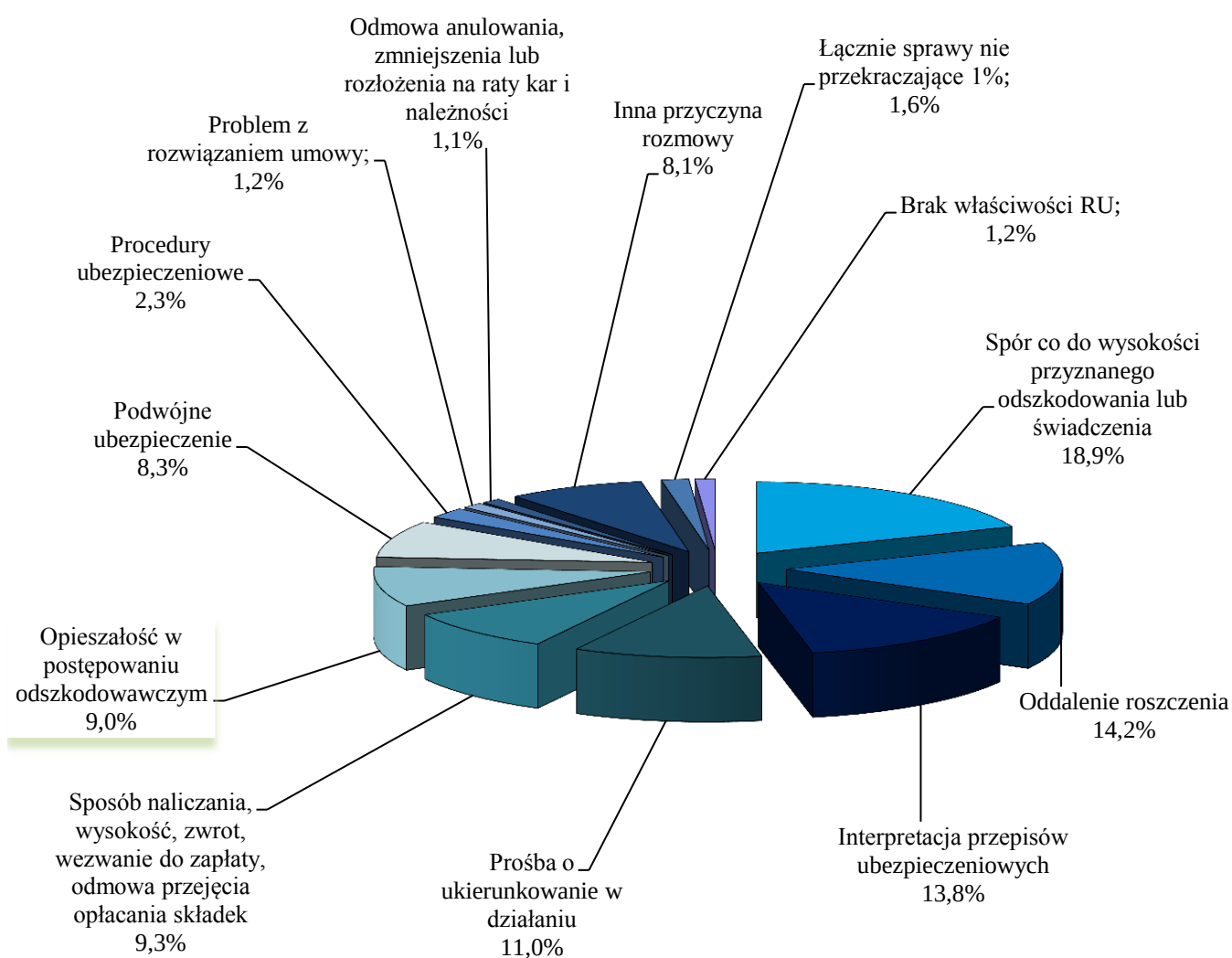
- inną przyczyną rozmowy niż określona w Tabeli nr 25 – 860 rozmów, tj. 8,1% wszystkich udzielonych porad;
- zbyt uciążliwymi procedurami stosowanymi przez ZU w trakcie procesu likwidacji szkód - 249 rozmów, tj. 2,3% wszystkich udzielonych porad;
- problemem rozwiązania umowy ubezpieczenia - 130 rozmów, tj. 1,2% wszystkich udzielonych porad.
- kwestiami dotyczącymi uiszczenia należności regresowych – 122 rozmowy, tj. 1,1% wszystkich udzielonych porad.

Pozostałe zarzuty podnoszone podczas przeprowadzonych rozmów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r. nie przekroczyły 1,0% ogółu rozmów.

Tabela nr 25
Problemy występujące w rozmowach przeprowadzonych w trakcie dyżurów
telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r.

Lp.	Przyczyna rozmowy	Liczba	%
1.	Odmowa, zaniżona wartość, opieszałość w wykupie polisy Dział I	24	0,2
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	6	0,1
3.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II	2 015 71 1 944	18,9 0,6 18,3
4.	Oddalenie roszczenia Dział I Dział II	1 508 284 1 224	14,2 2,7 11,5
5.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych Dział I Dział II	1 468 153 1 315	13,8 1,4 12,4
6.	Prośba o ukierunkowanie w działaniu Dział I Dział II	1 165 79 1 086	11,0 0,8 10,2
7.	Sposób naliczania, wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, odmowa przejęcia opłacania składek Dział I Dział II	989 23 966	9,3 0,2 9,1
8.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II	960 38 922	9,0 0,3 8,7
9.	Procedury ubezpieczeniowe Dział I Dział II	249 16 233	2,3 0,1 2,2
10.	Problem z rozwiązaniem umowy Dział I Dział II	130 18 112	1,2 0,2 1,0
11.	Odmowa/utrudnienia wglądu w akta szkodowe Dział I Dział II	56 2 54	0,5 0,0 0,5
12.	Zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy Dział I Dział II	8 7 1	0,1 0,1 0,0
13.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I Dział II	5 2 3	0,0 0,0 0,0
14.	Podwójne ubezpieczenie Dział II	884	8,3
15.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty należności regresowych Dział II	122	1,1
16.	Kara za brak OC Dział II	46	0,5
17.	Opieszałość w przekazywaniu akt do UFG Dział II	26	0,2
18.	Inna przyczyna rozmowy Dział I Dział II	860 85 775	8,1 0,8 7,3
19.	Brak właściwości RU	125	1,2
20.	Ogółem	10 646	100

Wykres do tab. nr 25
Problemy występujące w rozmowach przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2011 r.



Podczas przeprowadzanych rozmów telefonicznych dyżurujący eksperci bardzo często wskazywali na pojawiającą się wielowątkowość problemów sygnalizowanych przez konsumentów wynikających z realizacji zakresu umowy ubezpieczenia.

W trakcie udzielanych porad w odniesieniu do szkód na mieniu poruszano najczęściej kwestie odnoszące się do:

- kwestionowania przez ZU okoliczności faktycznych zgłoszonego zdarzenia;
- nadużywania przez ZU sposobu likwidacji szkody w drodze kwestionowanej jako szkoda całkowita;
- trudności w uzyskaniu odszkodowania z tytułu wynajęcia pojazdu zastępczego;
- kwestionowania przez ZU możliwości wyboru przez poszkodowanego części stosowanych do naprawy pojazdu (części oryginalne a części alternatywne – zamienniki);
- pomniejszania odszkodowania o wskazany przez ZU procent amortyzacji zniszczonych w wypadku części pojazdu;
- utrudnionego kontaktu z ZU przy wykorzystaniu infolinii bądź drogi elektronicznej;
- nieuwzględniania w podatku VAT w wypłacanych odszkodowaniach;
- obniżania przez ZU stawek za roboczogodziny;
- unikania przez ZU wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu;
- negocjowania przez ZU występowania utraconych korzyści w związku ze zgłoszoną szkodą;
- żądania przez ZU przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu;
- pomijania w odszkodowaniu kosztów holowania i parkowania pojazdu;
- pomijania przez ZU zwrotu kosztów opinii rzeczoznawcy powołanego przez poszkodowanego.

W odniesieniu do szkód na osobie poszkodowani w trakcie przeprowadzanych rozmów telefonicznych najczęściej oczekiwali informacji, porady w zakresie:

- wyjaśnienia czym jest zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, jakie są jego zasadnicze cechy, na co należy zwrócić uwagę przy określaniu wysokości zadośćuczynienia;
- kosztów poniesionych w związku ze zgłoszonym zdarzeniem m.in. leczenia, rehabilitacji, opieki nad poszkodowanym, transportem poszkodowanego i jego bliskich, w tym usług tych świadczonych poza systemem NFZ.

Po raz kolejny sprawozdanie roczne RU zawiera informacje o liczbie rozmów dotyczących działań poszczególnych ZU i TUW. W Tabelach nr 26 i nr 27 (Wykres do tab. nr 26 i nr 27) przedstawiono informacje o poszczególnych podmiotach funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeniowym prowadzących działalność w zakresie ubezpieczeń na życie - dział I oraz w zakresie pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych – dział II. Informacje umieszczone w Tabelach zawierają liczbę rozmów wraz z procentem ogólnej liczby przeprowadzonych rozmów oraz dane o udziale w rynku każdego z wymienionych podmiotów, za podstawę przyjmując zebraną składkę brutto.

Analizując liczbę rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych w przedstawianym okresie sprawozdawczym pod kątem działalności podmiotów działu I odnotowano łącznie 808 rozmów (Tabela nr 26, Wykres do tab. nr 26).

Zestawienie danych odnoszących się do liczby rozmów na poszczególne ZU i TUW działu I (ubezpieczeń na życie) dotyczyło 30 podmiotów. Porównując procentowy udział ZU w rynku do procentowego udziału w ogólnej liczbie skarg widoczne jest, że 15 z nich odnotowało wynik polegający na mniejszym udziale w rozmowach aniżeli ich udział w rynku. W przypadku pozostałych 12 podmiotów wynik ten był odmienny. Wobec 2 ZU działu I nie odnotowano żadnego zapytania telefonicznego. 1 rozmowa dotyczyła kwestii związanej z działalnością ZU w likwidacji. W przedstawianym okresie 13 rozmów odnosiło się do działalności zagranicznych ZU. W 4 przypadkach rozmowa dotyczyła oddziału zagranicznego ZU w Polsce. W odniesieniu do 68 przeprowadzonych rozmów konsumenci nie wskazali nazwy ZU prowadzącego działalność w zakresie ubezpieczeń na życie.

W omawianym okresie sprawozdawczym odnotowano łącznie 9 713 rozmów odnoszących się do działalności podmiotów działu II (Tabela nr 27, Wykres do tab. nr 27).

Zestawienie danych odnoszących się do rozmów na postępowanie ZU i TUW, tj. prowadzących działalność ubezpieczeniową w zakresie pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (dział II) dotyczyło 32 podmiotów. Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału rozmów w ich ogólnej liczbie widoczne jest, że w 20 przypadkach odnotowano rezultat w postaci mniejszego udziału w rozmowach aniżeli ich udział w rynku. W przypadku 9 podmiotów wynik ten jest negatywny. Wobec 4 ZU działu II nie odnotowano żadnego zapytania telefonicznego.

W odniesieniu do 97 rozmów poruszano kwestie związane z działalnością UFG, natomiast 8 rozmów odnosiło się do funkcjonowania PBUK. W 366 przypadkach rozmowy dotyczyły działalności oddziałów zagranicznych ZU w Polsce, w 66 sprawach wskazano jako podmiot zagranicznych ZU, 23 rozmowy odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne ZU jako reprezentanta ds. roszczeń na terenie Polski nie będących ZU. W odniesieniu do 1 257 udzielonych porad rozmówcy nie określili nazwy ZU działu II.

W trakcie dyżurów telefonicznych przeprowadzono 125 rozmów, które pozostawały poza zakresem kompetencyjnym RU.

Tabela nr 26
Liczba rozmów przeprowadzonych w 2011 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2011 r.)

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu I	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2011 r.)*
1.	AEGON TU na Życie S.A.	13	1,609	2,325
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	19	2,351	5,176
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	32	3,960	4,172
4.	AVIVA TU na Życie S.A.	19	2,351	5,616
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.	32	3,960	2,901
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group	15	1,856	2,896
7.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.	3	0,371	1,612
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	25	3,094	1,107
9.	TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group	27	3,342	1,519
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	-	-	0,121
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	30	3,713	2,592
12.	TU na Życie Europa S.A.	21	2,599	9,074
13.	Generali Życie TU S.A.	33	4,084	2,766
14.	HDI-Gerling Życie TU S.A.	9	1,114	2,138
15.	ING TU na Życie S.A.	11	1,361	5,929
16.	TU INTER – ŻYCIE Polska S.A.	8	0,990	0,009

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2011 r.)*
17.	MACIF Życie TUW	1	0,124	0,025
18.	MetLife TU na Życie S.A.	3	0,371	0,814
19.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	13	1,609	5,448
20.	Open Life TuŻ S.A. (poprzednia nazwa: MYLIFE Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.)	1	0,124	0,064
21.	TU na Życie Polisa – Życie S.A.	10	1,238	0,372
22.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	2	0,248	0,457
23.	PZU Życie S.A. - Ub. zawarte przed 1989r. (tzw. Stary portfel) - Ub. na życie zawarte po 1989r.	344 9 335	42,574 1,114 41,460	32,218
24.	TUW Rejent Life	-	-	0,037
25.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	11	1,361	0,117
26.	Skandia Życie TU S.A.	4	0,495	1,269
27.	TU SKOK Życie S.A.	4	0,495	0,370
28.	UNIQA TU na Życie S.A.	8	0,990	1,323
29.	Uniwersum – Życie TU S.A. (w likwidacji)	3	0,371	-
30.	TUnŻ WARTA S.A.	22	2,723	7,534
31.	Oddział zagranicznego ZU w Polsce	4	0,495	-
32.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	13	1,609	-

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2011.

Wykres do tab. nr 26
Liczba rozmów przeprowadzonych w 2011 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością poszczególnych zakładów
ubezpieczeń działu I – w porównaniu do ich udziału w rynku
(stan na 30.09.2011 r.)

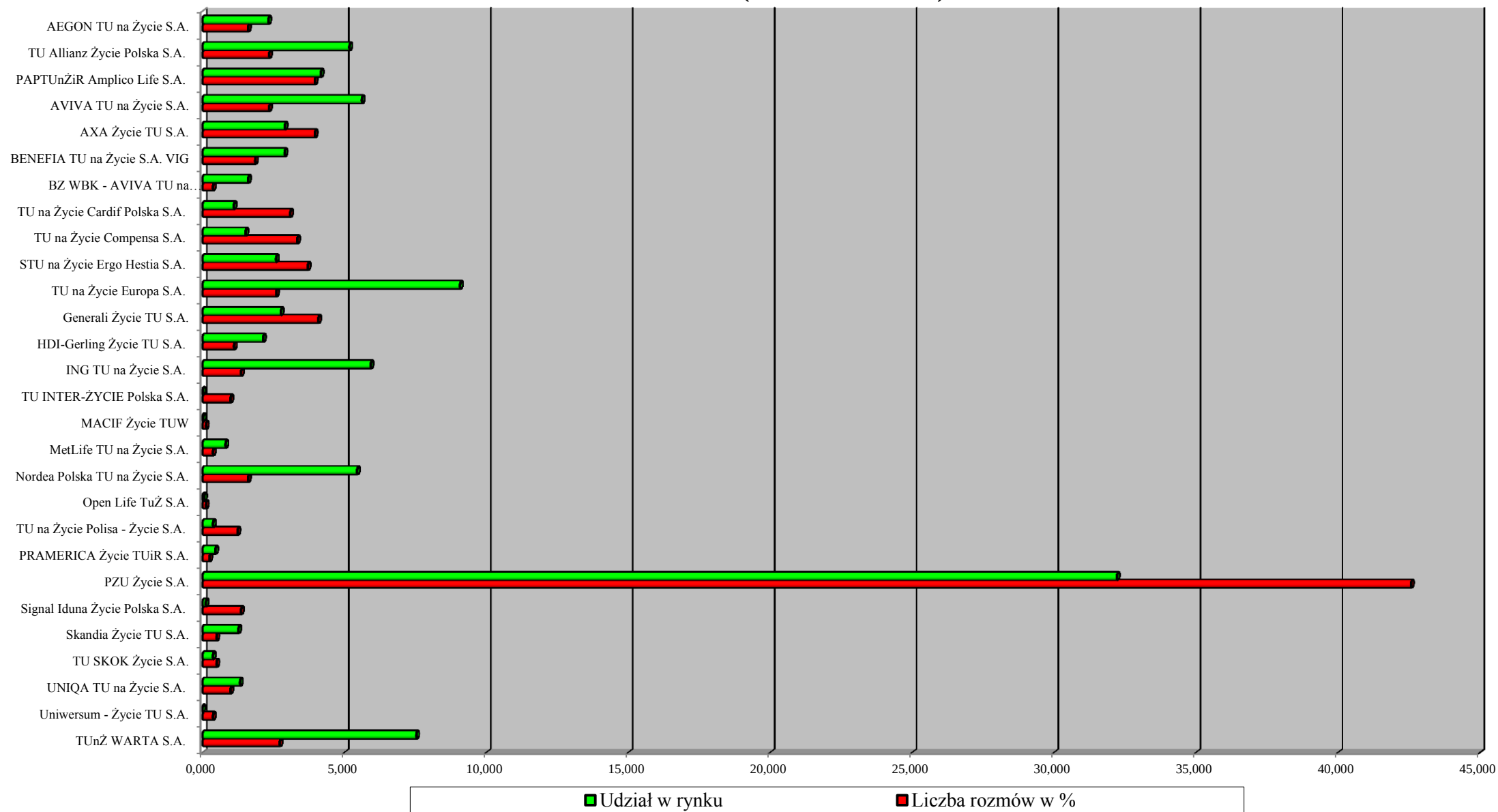


Tabela nr 27
Liczba rozmów przeprowadzonych w 2011 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2011 r.)

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu II	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2011 r.)*
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	680	7,001	7,462
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	237	2,440	1,329
3.	AXA TUiR S.A.	19	0,196	0,588
4.	BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group	100	1,030	0,990
5.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.	45	0,463	0,580
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	4	0,041	0,507
7.	TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group	328	3,377	4,056
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	4	0,041	0,072
9.	STU Ergo Hestia S.A.	549	5,652	10,564
10.	TU Euler Hermes S.A.	1	0,010	1,020
11.	TU Europa S.A.	25	0,257	2,006
12.	Generali TU S.A.	405	4,170	3,840
13.	HDI Asekuracja TU S.A.	316	3,253	3,977

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2011 r.)*
14.	TU INTER Polska S.A.	17	0,175	0,350
15.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group	238	2,450	4,344
16.	KUKE S.A.	-	-	0,181
17.	Link 4 TU S.A.	498	5,127	1,221
18.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU S.A.	-	-	0,063
19.	MTU Moje TU S.A.	443	4,561	2,644
20.	TUiR Partner S.A.	-	-	0,006
21.	PTU S.A.	200	2,059	1,932
22.	TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group	127	1,308	0,736
23.	PZU S.A.	2 184	22,485	32,799
24.	Signal Iduna Polska TU S.A.	10	0,103	0,225
25.	UNIQA TU S.A.	367	3,778	4,069
26.	TUiR WARTA S.A.	875	9,009	8,904
27.	Concordia Polska TUW	32	0,329	0,983
28.	TUW Cuprum	2	0,021	0,165
29.	Pocztowe TUW	27	0,278	0,159

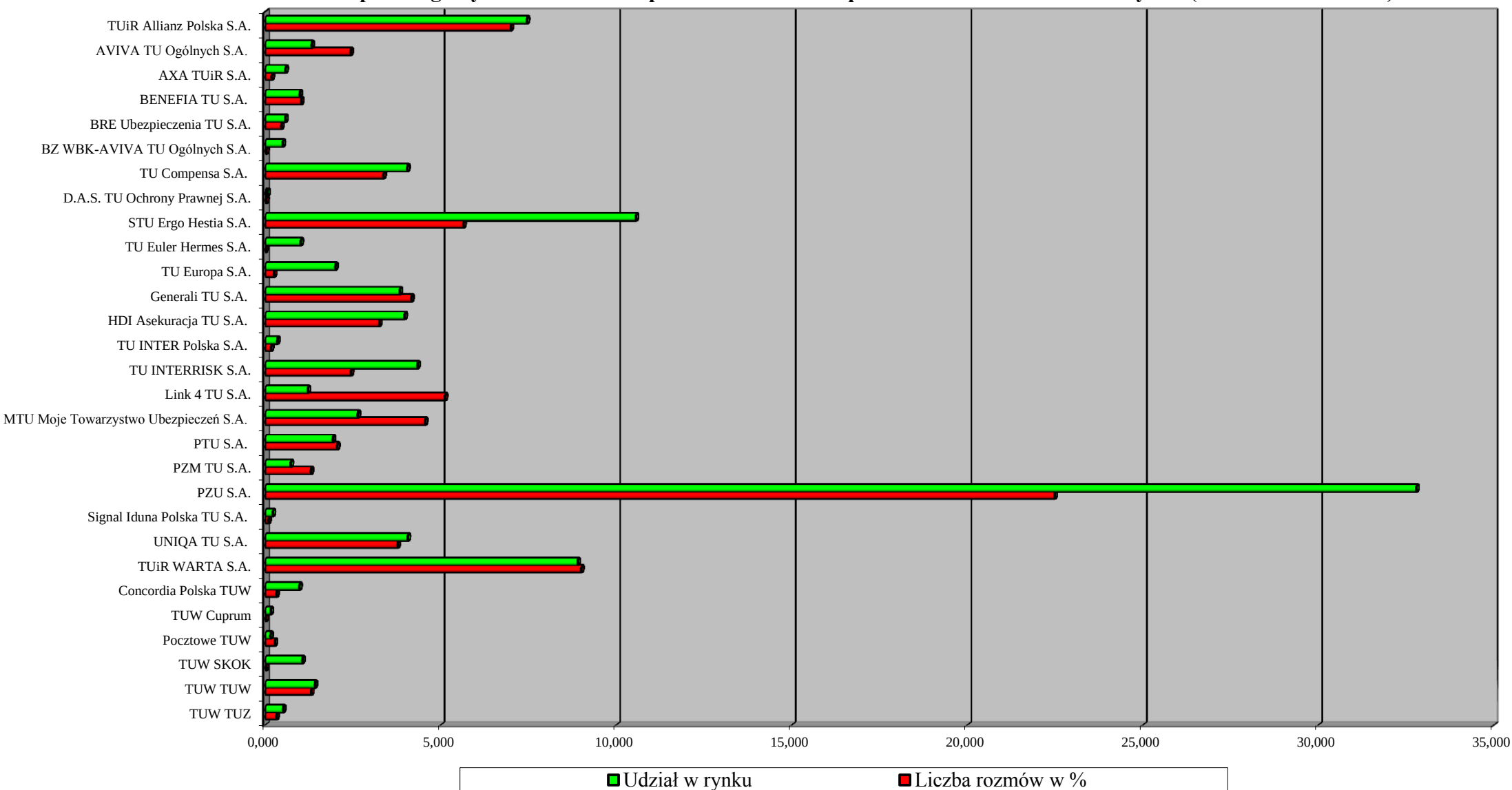
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2011 r.)*
30.	TUW SKOK	3	0,031	1,066
31.	TUW TUW	128	1,318	1,423
32.	TUW TUZ	32	0,329	0,519
33.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:	366	3,768	-
	- AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	224	2,306	
	- Liberty Seguros Oddział w Polsce	132	1,360	
	- Chartis Europe S.A. Oddział w Polsce	8	0,082	
	- pozostałe	2	0,020	
34.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	66	0,680	-
35.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	23	0,237	-

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2011.

Wykres do tab. nr 27

Liczba rozmów przeprowadzonych w 2011 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2011 r.)



3.2. Dyżury z zakresu zabezpieczenia emerytalnego

Od 2003 r. prowadzona jest ewidencja rozmów telefonicznych w zakresie zabezpieczenia emerytalnego. W okresie sprawozdawczym wykazano 46 rozmów telefonicznych (Tabela nr 28).

Tabela nr 28
Liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych
z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
w latach 2003 – 2011

Lp.	Rok	Liczba
1.	2003	69
2.	2004	129
3.	2005	182
4.	2006	217
5.	2007	107
6.	2008	48
7.	2009	101
8.	2010	74
9	2011	46
10.	Ogółem	927

Najwięcej rozmów dotyczyło nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotów działających w ramach tzw. II filaru systemu emerytalnego (Tabela nr 29). Porad w tym zakresie udzielono w 31 rozmowach, co stanowiło 67,4% rozmów ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Największą grupę stanowiły rozmowy dotyczące podziału środków po śmierci członka OFE. Pozostałe dotyczyły m.in: nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych prowadzonych na rzecz OFE, interpretacji przepisów z zakresu zabezpieczenia emerytalnego, transferu członków pomiędzy funduszami i dokonania wypłaty transferowej, podziału środków po rozwodzie (Tabela nr 30).

Tabela nr 29
Zestawienie rozmów telefonicznych z zakresu
zabezpieczenia emerytalnego przeprowadzonych w 2011 r.
z podziałem na poszczególne podmioty

Lp.	Podmiot	Liczba skarg	%
1.	OFE	31	67,4
2.	IKE	9	19,6
3.	ZUS	4	8,7
4.	PPE	2	4,3
5.	Ogółem	46	100

Druga grupa rozmów dotyczyła problemów związanych z wypłatami środków z IKE (9 rozmów – 19,6%). Rozmówcy pytali głównie o kwestie odliczania zobowiązania podatkowego wynikającego z rozwiązania umowy o prowadzenie IKE.

Pozostałe rozmowy dotyczyły nieprawidłowości w funkcjonowaniu ZUS (łącznie 4, co stanowiło 8,7% rozmów ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego – Tabela nr 30). W większości rozmowy te dotyczyły interpretacji przepisów dotyczących ZUS w ramach systemu ubezpieczeń społecznych. Dwie rozmowy dotyczyły możliwości wypłaty środków z PPE.

Tabela nr 30
Przedmiot rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych
z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w 2011 r.

Lp.	Przedmiot rozmowy	Liczba rozmów	%
1.	Podział środków po śmierci członka OFE	12	26,1
2.	IKE	9	19,6
3.	Nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych	8	17,4
4.	Interpretacja przepisów	6	13,0
5.	Zła właściwość	3	6,5
6.	Zmiana Funduszu i dokonanie wypłaty transferowej	2	4,3
7.	Podział środków w przypadku rozvodu	2	4,3
8.	PPE	2	4,3
9.	Brak danych	2	4,3
10.	Ogółem	46	100

4. Listy napływające drogą elektroniczną (e-maile)

W 2011 r. RU kolejny rok (począwszy od 2004 r.) wypełniał swe funkcje informacyjno-edukacyjne poprzez udzielanie porad oraz informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej. Podkreślić należy, iż w omawianym okresie wyjątkowo dynamicznie wzrastało zainteresowanie konsumentów tą formą kontaktu. Wzorem poprzednich lat udzielenie odpowiedzi na pytanie internauty nie ograniczało się jedynie do wyjaśnienia wątpliwość z nim związanych, lecz zawierało objaśnienie problemu w znacznie szerszym zakresie. Poza udzieleniem odpowiedzi na konkretnie zadane pytanie RU przedstawiał zarówno proponowane rozwiązania najczęściej spotykanych przy danym zagadnieniu problemów, jak i argumentację prawną pomocną w rozwiązaniu konkretnej sprawy. Celem szerszych wyjaśnień zawartych w przekazanej adresatom e-maili wiadomości elektronicznej, poza odpowiedzią udzieloną na tle przedstawionego zagadnienia, było również wskazanie

ewentualnych możliwości postępowania ze wskazaniem podstaw prawnych, poglądów doktryny oraz linii orzecznictwa sądowego w analogicznych sprawach mogących pomóc internaucie w ostatecznym rozwiązaniu jego problemu. Zdarza się również, że internauci zgłaszają problem o tak skomplikowanym stanie faktycznym i prawnym, że eksperci nie są w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi. W takich przypadkach zgłaszającemu problem proponuje się dostarczenie do BRU kompletu dokumentacji zawierającej dokładny opis problemu oraz kopię dokumentacji w sprawie.

Podobnie jak w poprzednich latach najczęstszymi problemami, z którymi spotkał się RU w zapytaniach przekazywanych w formie elektronicznej, były kwestie związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. W dalszym ciągu, mimo szeroko zakrojonych działań informacyjnych mających na celu przybliżenie podstawowych problemów związanych z ubezpieczeniami obowiązkowymi (m.in. zamieszczenie wyjaśnień na stronie internetowej RU), najwięcej wątpliwości budziły zagadnienia dotyczące:

- tzw. podwójnego ubezpieczenia w obowiązkowych ubezpieczeniach OC;
- terminu likwidacji szkody;
- zakresu roszczeń odszkodowawczych;
- sposobu postępowania w przypadku likwidacji szkody przez ubezpieczyciela;
- tzw. szkody całkowitej, amortyzacji części, wyboru rodzaju części do naprawy itp.;
- uwzględnienia podatku VAT w wypłacanych odszkodowaniach;
- prawa do pojazdu zastępczego.

Zwraca również uwagę to, że w okresie sprawozdawczym wzrósł poziom skomplikowania zagadnień prawnych będących przedmiotem zapytań kierowanych do BRU.

Przedstawiona powyżej forma działalności RU, poza ułatwieniem w dostępie konsumentów do informacji, wpływa również na podejmowanie działań RU na innych płaszczyznach. Należy bowiem podkreślić, że na podstawie obserwacji i analizy wpływających zapytań drogą elektroniczną, następuje m.in. aktualizacja i uzupełnienie treści zamieszczanych na portalu internetowym Urzędu, w zakresie najczęściej sygnalizowanych przez konsumentów problemów, a także sygnały te wykorzystywane są w podejmowanych działaniach o charakterze ogólnym.

W sprawozdawczym okresie udzielono odpowiedzi na 2 530 zapytań. Zdecydowana większość, bo aż 2 104 pytania dotyczyły spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, 25 wystąpień odnosiło się do zabezpieczenia emerytalnego oraz 401 nie zawierało wystarczających danych do udzielenia jednoznacznej odpowiedzi, kierowanych było do

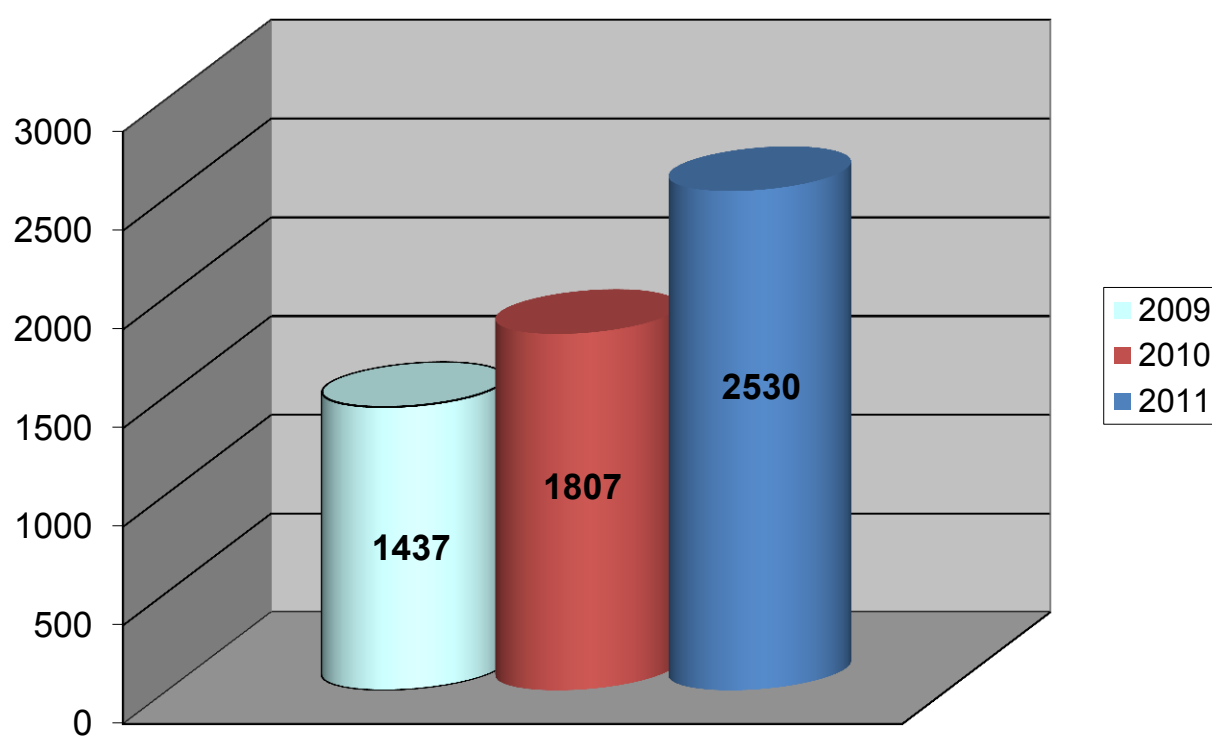
wiadomości RU. Statystykę zapytań mailowych z podziałem na przyjęty zakres ubezpieczeń wskazuje Tabela nr 31.

W okresie sprawozdawczym zanotowano 40% wzrost liczby zapytań (2 530) w porównaniu z rokiem 2010 (1 807). Graficzną prezentacją dynamicznie rosnącej liczby zapytań obrazuje Wykres nr 1.

Tabela nr 31
Tematyka problemów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
oraz zabezpieczenia emerytalnego wpływających drogą elektroniczną
do RU w 2011 r.

Lp.	Tematyka problemów	Liczba
1.	Ubezpieczenia komunikacyjne	1 571
2.	Ubezpieczenia na życie	214
3.	Ubezpieczenia mienia	169
4.	OC (pozostałe)	110
5.	Ubezpieczenie NNW	40
6.	Zabezpieczenie emerytalne (informacje ogólne dotyczące OFE, interpretacja przepisów)	25
7.	Inne (brak danych umożliwiających udzielenie odpowiedzi; brak właściwości)	401
8.	Ogółem	2 530

Wykres nr 1
Ilość zapytań kierowanych do RU
w latach 2009-2011



5. Przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla sprawy

5.1. Podstawy prawne

Z dniem 21 grudnia 2007 r. weszła w życie ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, która w art. 19 wprowadziła po stronie RU dodatkowe uprawnienia poprzez nowelizację i rozszerzenie art. 26 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych. Nowe prerogatywy pozwalają RU na wytaczanie powództwa na rzecz konsumentów w sprawach dotyczących nieuczciwej praktyki rynkowej dotyczącej działalności ubezpieczeniowej, jak również za zgodą powoda brać udział w toczącym się już postępowaniu z zastosowaniem przepisów o prokuraturze oraz na podstawie art. 63 k.p.c. RU może przedstawić sądowi istotny dla sprawy pogląd. Z uwagi na ograniczone możliwości organizacyjne i finansowe RU korzysta z tego uprawnienia w części dotyczącej przedstawiania sądowi rozpatrującemu sprawę, poglądu wyrażonego w oświadczeniu. W opinii RU bowiem dalece efektywniejsze, a przy tym organizacyjnie i finansowo realne jest wykorzystanie dobrodziejstwa płynącego z dodanej nowelizacją do art. 26 ust. 7 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych pozwalającego na stosowanie do RU przepisu art. 63 k.p.c., tj. przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla sprawy wyrażonego w oświadczeniu, co stanowi w części spraw naturalną kontynuację postępowania skargowego z tym, że na płaszczyźnie procesowej. Pogląd stanowi bowiem zrehabilitowane w odpowiedniej procesowej formie stanowisko RU odnoszące się do stanu faktycznego w danej sprawie, a następnie zawierające ocenę merytoryczną (prawno-ubezpieczeniową) występującego na jego tle sporu.

Z uwagi na możliwość przedstawienia sądowi stanowiska RU w takim oświadczeniu może ono przyczynić się do zmiany rozstrzygnięcia w części spośród zakończonych niepowodzeniem postępowań skargowych prowadzonych przez Wydział Skarg i Interwencji BRU. RU w sprawach, gdzie istnieje poważne prawdopodobieństwo uzyskania korzystnego dla konsumenta rozstrzygnięcia w sprawie deklaruje pomoc „quasi procesową”, właśnie poprzez przedstawianie sądowi profesjonalnego i bezpłatnego dla zainteresowanego konsumenta poglądu, co zdecydowanie wzmacnia argumentację merytoryczną w dochodzonych przez niego roszczeniach od ZU, OFE. W praktyce ekspert prowadzący postępowanie skargowe, oceniając zebrany materiał, decyduje czy w konkretnej sprawie są poważne szanse na sukces w postępowaniu sądowym i informując o tym skarżącego deklaruje tego typu pomoc. W sytuacji, gdy skarżący korzysta z drogi postępowania cywilnego, ekspert

zobowiązany jest do przygotowania poglądu RU, który w formie pisemnej przesyłany jest do sądu prowadzącego postępowanie i włączany do akt sądowych, przez co w naturalny sposób udzielana jest skarżącemu pomoc w sporze kontynuowanym przed sądem. W opinii RU formuła ta przyczynia się do poprawy efektywności prowadzonych przez RU postępowań skargowych a profesjonalnie przygotowany pogląd jest cennym dla sądu materiałem przy rozstrzygnięciu i uzasadnieniu przyjmowanego orzeczenia.

Pogląd istotny dla sprawy RU może przedstawiać każdemu sądowi prowadzącemu sprawę (tj. rejonowemu, okręgowemu, apelacyjnemu a nawet SN), w każdym stadium postępowania – w postępowaniu pierwszo instancyjnym, apelacyjnym, kasacyjnym, a także w postępowaniu prowadzonym na skutek zagadnienia prawnego przedstawionego do rozstrzygnięcia SN (art. 390 k.c., art. 14 pkt 4 ustawy o Sądzie Najwyższym).

RU uprawniony jest do przedstawienia istotnego poglądu w sprawie bądź z własnej inicjatywy bądź na żądanie sądu. Pogląd RU jest przedstawiany w formie pisemnej. Ponadto w razie potrzeby złożenia dodatkowych wyjaśnień, RU może udzielić je z własnej inicjatywy, jak również na żądanie sądu. Dodatkowe wyjaśnienia powinny być udzielone przez RU w takiej samej formie, w jakiej został przedstawiony pogląd (forma pisemna) lub na żądanie sądu ustnie na posiedzeniu przez osobę upoważnioną do działania w imieniu RU.

Przedstawiony przez RU pogląd w sprawie w ramach toczącego się procesu może stanowić dla sądu liczący się materiał opiniodawczy o charakterze pomocniczym. Nie jest on wiążący, ale sąd powinien ustosunkować się do niego i dać temu wyraz w uzasadnieniu orzeczenia.

Należy zaznaczyć, iż korzystając z tej możliwości RU zapewnia sobie również szerszy dostęp do orzecznictwa sądów powszechnych w zakresie ubezpieczeń gospodarczych – bowiem będzie informowany o zapadających orzeczeniach w sprawach, w których przedstawiał pogląd. Bez wątpienia stanowi to również dodatkowy element prowadzonej przez RU kwerendy orzecznictwa pod kątem występujących w nim rozbieżności, co z kolei służy formułowaniu przez RU wniosków do SN na podstawie art. 60 § 1 w zw. z art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym.

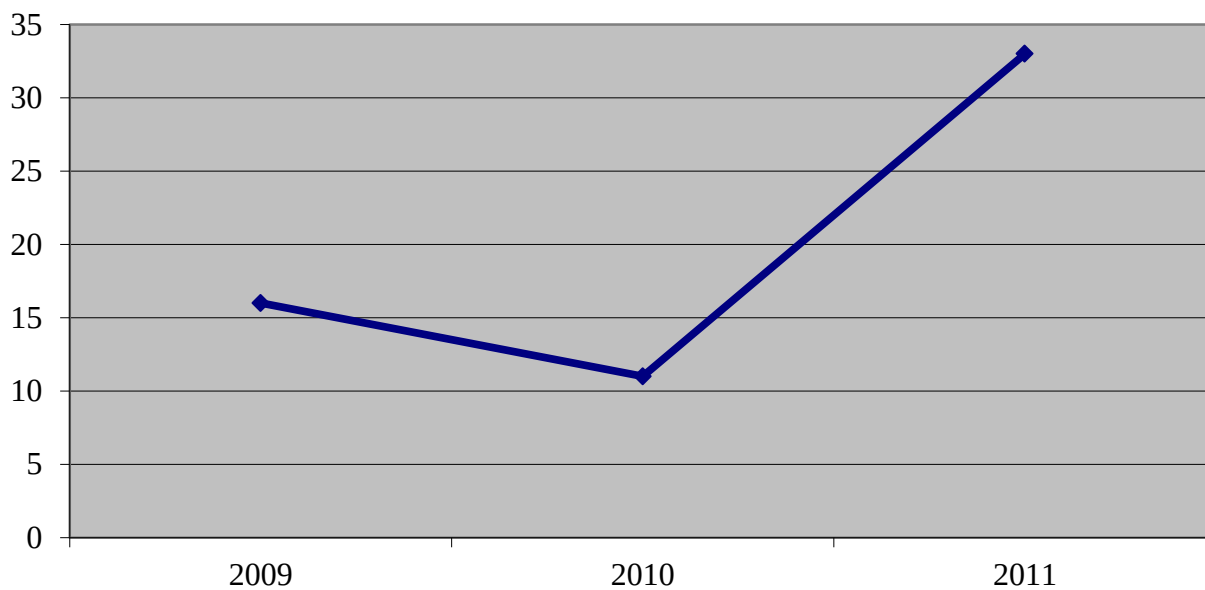
5.2. Wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy

Do BRU w 2011 r. wpłynęły 33 wnioski o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy na podstawie art. 63 k.p.c.

Tabela nr 32
Liczba wniosków o przedstawienie przez RU
oświadczenia zawierającego istotny pogląd dla sprawy

Lp.	Rok	Liczba wniosków
1.	2009	16
2.	2010	11
3.	2011	33
4.	Ogółem	60

Wykres do tab. nr 32
Liczba wniosków o przedstawienie przez RU oświadczenia
zawierającego istotny pogląd dla sprawy



W odniesieniu do 24 spraw wniosek wpłynął bezpośrednio od powodów, a w 4 przypadkach został przekazany za pośrednictwem pełnomocnika. W 5 sprawach o przedstawienie poglądu zwrócił się do RU bezpośrednio sąd rozpatrujący daną sprawę.

Otrzymane wnioski o przedstawienie sądowi poglądu w 15 sprawach były kontynuacją postępowań skargowych prowadzonych przez Wydział Skarg i Interwencji BRU.

W omawianym okresie sprawozdawczym otrzymane przez RU wnioski o przedstawienie poglądu dotyczyły w 6 przypadkach ubezpieczeń na życie, a w pozostałych 23 – pozostałych, ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych, tj.:

- obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 14 wniosków;
- ubezpieczenia mienia – 4 wnioski;
- ubezpieczenia AC – 3 wnioski;
- ubezpieczenia OC zarządcy drogi – 1 wniosek;
- ubezpieczenia mienia w transporcie krajowym (cargo) – 1 wniosek.

W pozostałych 4 sprawach brak było właściwości RU.

Otrzymane w 2011 r. wnioski o przedstawienie sądowi oświadczenia zawierającego istotny pogląd dla sprawy w 14 przypadkach dotyczyły sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia, w 12 sprawach spór dotyczył oddalenia w całości zgłoszonego roszczenia, 3 wnioski dotyczyły roszczenia ubezpieczyciela o dopłatę składki z tytułu nienależnie naliczonej zniżki do umowy ubezpieczenia, w 4 sprawach brak było właściwości RU.

W odniesieniu do 18 wniosków, które wpłynęły do BRU w 2011 r. RU działając na podstawie art. 63 k.p.c. przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę istotny pogląd wyrażony w oświadczeniu.

W przypadku 7 wniosków z uwagi na fakt, iż zgłoszony wniosek nie był ściśle związany z dyspozycją art. 63 k.p.c., bowiem nie był przedstawiany na potrzeby toczącego się postępowania sądowego lub z uwagi na to, iż pogląd RU mógłby okazać się dla powodów niekorzystny, odmówiono jego wyrażenia, przekazując jednocześnie stanowisko RU w danej sprawie. W 4 sprawach odmówiono przedstawienia sądowi istotnego poglądu dla sprawy z uwagi na brak właściwości RU. Należy podkreślić, iż RU, który nie uczestniczy w sprawie,

może przedstawić sądowi istotny dla sprawy pogląd wyrażony w oświadczeniu, jednak wydanie takiej opinii jest uprawnieniem RU, a zatem ma charakter fakultatywny.

W odniesieniu do 4 wniosków o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy na potrzeby toczącego się postępowania sądowego RU nie zajął stanowiska z uwagi na fakt, iż wpłynęły one pod koniec 2011 r. i obecnie są przygotowywane przez ekspertów BRU.

Należy zaznaczyć, iż w 2011 r. nastąpiło znaczne zwiększenie liczby otrzymanych wniosków o przedstawienie sądowi oświadczenia RU zawierającego istotny pogląd dla sprawy (w 2010 r. RU otrzymał 11 wniosków). Wzrost otrzymanych wniosków o przedstawienie poglądu kształtuje się na poziomie 200% w stosunku do 2010 r. W omawianym okresie sprawozdawczym RU przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę pogląd wyrażony w oświadczeniu w odniesieniu do 18 spraw, co stanowiło 54,5% otrzymanych wniosków, natomiast w 2010 r. w 8 sprawach, co stanowiło 72,7% otrzymanych wniosków. Spadek liczby przedstawianych poglądów wynika z faktu, iż RU przekazuje przygotowany przez siebie pogląd do sądu rozpatrującego sprawę, ale tylko w sytuacji, gdy uzna, że jego treść mogłaby okazać się dla konsumenta korzystna i istnieje duże prawdopodobieństwo uzyskania korzystnego rozstrzygnięcia w danej sprawie. Jednocześnie należy zaznaczyć, że sposób i zakres działania RU pozwala na analizę powstałego sporu przez pryzmat zgodności z porządkiem prawnym, zapatrywaniem doktryny i utrwalonej linii orzecznictwa sądowego. W związku z powyższym RU przedstawia oświadczenie zawierające pogląd istotny dla sprawy jedynie w sytuacji, gdy pozwany ubezpieczyciel w rozpatrywanym w danej sprawie stanie faktycznym, zajął stanowisko niezgodne z przepisami prawa.

W omawianym okresie sprawozdawczym do BRU wpłynęło 6 wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w związku z toczącym się postępowaniem sądowym w odniesieniu do działalności ZU działu I. Wnioski te dotyczyły postępowań sądowych prowadzonych przeciwko:

- PZU Życie S.A. – 3 wnioski;
- PAPTUnŻiR Amplico Life S.A. – 2 wnioski;
- TU na Życie Europa S.A. – 1 wniosek.

Natomiast, w przypadku ZU działu II, RU otrzymał 22 wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy. Wnioski te dotyczyły postępowań sądowych prowadzonych przeciwko:

- PZU S.A. – 6 wniosków;
- TUiR WARTA S.A. – 5 wniosków;
- HDI Asekuracja TU S.A. – 3 wnioski;
- TU PZM S.A. VIG – 2 wnioski;
- TUiR Allizna Polska S.A. – 1 wniosek;
- BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. – 1 wniosek;
- STU Ergo Hestia S.A. S.A. – 1 wniosek;
- TU INTER Polska TU S.A. – 1 wniosek;
- TU INTERRISK S.A. VIG – 1 wniosek;
- PTU S.A. – 1 wniosek.

W 2011 r. RU otrzymał jeden wniosek o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy dotyczący roszczeń zaspokajanych przez UFG. W pozostałych 4 sprawach brak było właściwości RU.

W latach 2009-2011 RU działając na podstawie art. 63 k.p.c. w odniesieniu do 37 spraw, co stanowiło 62% otrzymanych wniosków, przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę istotny pogląd wyrażony w oświadczeniu. Do końca 2011 r. RU otrzymał informację o 7 sprawach rozpatrzonych przez sąd pozytywnie, z uwzględnieniem oświadczenia RU zawierającego istotny dla sprawy pogląd. W odniesieniu do pozostałych 30 spraw, w których RU przedstawił pogląd istotny dla sprawy brak jest informacji o zakończeniu prowadzonego postępowania sądowego.

VII. Działalność edukacyjno-informacyjna

Podobnie jak w poprzednich latach RU działając na podstawie art. 20 pkt. 6 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, inicjował i organizował szeroko zakrojone działania na płaszczyźnie edukacyjno-informacyjnej na rzecz polskiego społeczeństwa. Wśród licznych form z tego zakresu działalności RU należy przede wszystkim wymienić: działalność wydawniczą, organizację stałych i okresowych projektów informacyjnych i edukacyjnych jak np. konkursu na najlepsze prace doktorskie, magisterskie i inne z dziedziny ubezpieczeń, współorganizacje i udział w licznych konferencjach, sympozjach, publikacje naukowe i popularnonaukowe autorstwa pracowników i współpracowników Urzędu RU, bieżącą współpracę ze środkami masowego przekazu, a także poradnictwo eksperckie (por. roz. VI pkt 3 i 4 oraz roz. VII) oraz dalszą rozbudowę strony internetowej Urzędu RU: www.rzu.gov.pl.

1. Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych

W 2011 r. strona internetowa RU (www.rzu.gov.pl) funkcjonowała w oparciu o najnowsze informatyczne technologie, ułatwiające korzystanie z niej przez coraz większą rzeszę internautów zainteresowanych problematyką prawnoubezpieczeniową.

Strona w ciągu roku uzupełniana była o nowe treści, które zwiększały jej przydatność dla potrzeb konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Na wyszczególnienie zasługują trzy kontynuowane w okresie sprawozdawczym, a rozpoczęte jeszcze w 2010 r. projekty, które odnotowują największą liczbę odsłon na stronie.

Pierwszym, intensywnie rozbudowywanym działem strony internetowej było Vademecum ubezpieczonego w części poświęconej często zadawanym pytaniom oraz ABC Ubezpieczeń – można tam zapoznać się z kompleksowymi opracowaniami na temat poszczególnych rodzajów ubezpieczeń, a także w formie odpowiedzi uzyskać informację na najczęściej pojawiających się pytań na temat ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, turystycznych, NNW, życiowych, rolnych, małych i średnich przedsiębiorstw i zabezpieczenia emerytalnego (OFE, PPE, IKE).

Drugim projektem ułatwiającym poszkodowanym poszukującym pomocy na stronach internetowych RU jest baza wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń w ZU oraz przed sądem. W bazie wzorów umieszczonej w zakładce „Serwis Prawny” zawarte są przykładowe wzory odwołań od stanowiska ZU (w ramach postępowania reklamacyjnego), wzory wezwań do zapłaty odszkodowania kierowanych do ubezpieczycieli w przypadkach nieterminowej realizacji zobowiązań umownych, wzory ugod w postępowaniu z ZU, wzory pozwów o zapłatę (stosowane w postępowaniach zwykłych i uproszczonych), a także wzory pism przydatne w ramach zabezpieczenia emerytalnego. Na zakończenie okresu sprawozdawczego znajdowało się tam 50 wzorów i planowana jest dalsza rozbudowa tej funkcjonalnej zakładki.

Trzecim istotnym działem jest pozyskiwana w ramach współpracy RU z SN oraz sądami okręgowymi, apelacyjnymi baza orzecznictwa z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Umożliwia ona poszkodowanym łatwe zapoznanie się z linią orzecznictwa sądowego, a tym samym przyczynia się to do skuteczniejszej ochrony praw konsumentów. Prezentowane w bazie orzecznictwo podzielone zostało zgodnie z rozdziałem kodeksowym (numeracją przepisów kodeksu cywilnego). Ponadto, aby ułatwić poszukiwanie orzeczeń w konkretnych kwestiach, przy numerach poszczególnych przepisów umieszczone zostały krótkie hasła, które wskazują, gdzie znaleźć potrzebne i analogiczne dla sprawy rozstrzygnięcia. Zbiór ten jest na bieżąco rozbudowywany i aktualizowany. Obecnie w bazie znajduje się ponad 1 000 orzeczeń w znacznej części wraz z uzasadnieniami, która będzie na bieżąco uzupełniana.

Strona internetowa RU jest również dostosowana do potrzeb osób niedowidzących poprzez możliwość zastosowania wysokiego kontrastu oraz zwiększenia czcionki. Strona została także przystosowana do obsługi przez mówiącą przeglądarkę *Intelligent Web Reader*, która odczytuje strony internetowe poprzez wbudowany syntetyczny głos (syntezator mowy IVONA). Urządzenie posiada także możliwość powiększania czcionki zamieszczonego tekstu, dzięki czemu jest odpowiednim narzędziem dla osób starszych i słabowidzących. Inteligentne mechanizmy prezentacji, dzielące stronę na logiczne fragmenty (tzw. „punkty”) dają wyobrażenie o układzie graficznym strony. Natomiast poruszanie się po stronie internetowej za pomocą „mówiącej” przeglądarki odbywa się standardowo poprzez skróty klawiszowe.

W ciągu 2011 r. odnotowano ponad 2 381 tys. Odsłon strony. Jest to ponad 10% więcej niż w roku ubiegłym, co wskazuje na stale rosnące znaczenie tego medium w realizowaniu funkcji edukacyjno-informacyjnej RU.

Tabela nr 33 prezentuje dane na temat odsłon strony RU za lata 2009, 2010 oraz 2011.

Tabela nr 33
Odsłony strony internetowej RU (www.rzu.gov.pl)
w latach 2009-2011

Lp.	Rok	Odsłony strony
1.	2009	1 648 663
2.	2010	2 148 476
3.	2011	2 381 621

2. Współpraca z mediami i publikacje

Urząd RU szczególną wagę przywiązuje do współpracy ze środkami masowego przekazu, za pośrednictwem których dociera z informacjami do społeczeństwa polskiego. W ramach tej formy działalności informacyjno-edukacyjnej udzielane są wywiady dla prasy, telewizji, radia i na potrzeby informacyjnych i lokalnych portali internetowych (Tabela nr 34). Liczba kontaktów z mediami już od szeregu lat kształtuje się na stałym, wysokim poziomie. Urząd RU jest postrzegany jako główny partner dla przedstawicieli mediów zajmujących się tą problematyką.

Współpraca z prasą zarówno o zasięgu ogólnopolskim, jak i regionalnym oraz tytułami o charakterze branżowym była formą dominującą, stanowiąc ponad 50% wszystkich kontaktów z mediami. Pomimo lokalnego zasięgu regionalnych czasopism, współpraca z nimi ma szczególne znaczenie z uwagi na to, iż jest to często jedyna forma edukacji ubezpieczeniowej środowisk o stosunkowo niewielkiej świadomości ubezpieczeniowej.

Kontakty z rozgłośniami radiowymi oraz ze stacjami telewizyjnymi służą na ogół bieżącej prezentacji zagadnień z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia społecznego w zakresie wskazanym przez widzów i radiosłuchaczy. Ponadto, na potrzeby mediów przygotowywane są również na bieżąco publikacje i opracowania prasowe dotyczące zarówno doraźnie pojawiających się problemów z zakresu stosowania prawa oraz praktyki rynkowej jak też o charakterze ogólnym, podnoszące świadomość ubezpieczeniową

i propagujące wiedzę w obszarze ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia społecznego. Pracownicy i eksperci BRU przygotowali również szereg publikacji i opracowań prasowych zawierających przystępnie zredagowane treści ze wskazywanego wyżej zakresu.

RU przekazuje także mediom informacje dotyczące rynku ubezpieczeniowego oraz udziela porad prawnych dotyczących stosunków ubezpieczeniowych, również poprzez udział ekspertów RU w dyżurach ekspertów organizowanych przez rozgłośnie radiowe, stacje telewizyjne, czy też przez udział w czatach na portalach internetowych.

Niezależnie od omawianych wyżej kontaktów z mediami RU wraz z FEU stale współpracuje z prasą branżową przekazując szereg publikacji do czasopism takich jak: „Gazeta Ubezpieczeniowa”, „Prawo Ubezpieczenia Reasekuracja”, „Gazeta Bankowa”, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” i „Dziennik Ubezpieczeniowy”.

Propagując wiedzę prawno-ubezpieczeniową współpracującą z RU zarówno prasa branżowa, jak i inne środki masowego przekazu, na bieżąco korzystają z materiałów przekazywanych przez BRU oraz z treści, które są udostępniane na stronie internetowej www.rzu.gov.pl. W 2011 r. RU kontynuował także liczne kontakty z szeregiem portali internetowych. Zaowocowało to podpisaniem kilku kolejnych porozumień o współpracy, polegających przede wszystkim na korzystaniu przez portale internetowe z treści zawartych na stronie internetowej RU. Pobierane nieodpłatnie treści ze strony internetowej RU wskazują na RU jako źródło, z którego zostały pobrane opracowania.

Tabela nr 34
Kontakty RU z mediami w 2011 r.

Lp.	Rodzaj mediów	Liczba Kontaktów	%
1.	Prasa	172	54
2.	Stacje telewizyjne	73	23
3.	Portale internetowe	30	10
4.	Stacje radiowe	40	13
5.	Ogółem	315	100

3. „Monitor Ubezpieczeniowy”

MU (nr 44, 45, 46 oraz 47 – w załączeniu) jest periodykiem informacyjno-edukacyjnym wydawanym przez RU przy współudziale FEU od 1998 r. Zamysłem tej publikacji jest przedstawienie problemów rynku ubezpieczeniowego w przystępnej i zrozumiałej formie z przeznaczeniem szczególnie dla czytelników związanych ze środowiskami konsumenckimi. Zagadnienia w nim poruszane przybliżają czytelnikom istotę różnego rodzaju ubezpieczeń i prawa ubezpieczeniowego, a także bieżące problemy z tych obszarów. Zasadniczym celem tej publikacji jest szerzenie wiedzy z zakresu ubezpieczeń życiowych i majątkowych, zabezpieczenia emerytalnego oraz realiów funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego.

MU wydawany jest kwartalnie w nakładzie 1 200 egzemplarzy. W 2011 r. wydano cztery kolejne jego numery, zawierające artykuły problemowe, materiały informacyjne, omówienia zmian w prawodawstwie, informacje odnośnie rynku ubezpieczeniowego i funduszy emerytalnych na tle regulacji prawnych i uwarunkowań unijnych. Średnia objętość numeru wynosi 62 strony.

MU przekazywany jest nieodpłatnie do bibliotek publicznych, wyższych uczelni, organizacji konsumenckich, sejmików wojewódzkich, instytucji ubezpieczeniowych, ZU, PTE, miejskich i powiatowych rzeczników konsumentów, samorządów gospodarczych oraz pośredników ubezpieczeniowych. Kolejne numery otrzymują także członkowie Rady Ubezpieczonych, RPO, UOKiK a także zainteresowani problematyką konsumencką odbiorcy indywidualni.

Ponadto z uwagi na swój prokonsumencki, a jednocześnie edukacyjno-informacyjny charakter, MU udostępniany jest również w wersji elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej Urzędu, umożliwiając szerszej rzeszy czytelników korzystanie z tej formy jego pozyskiwania. Dodatkowo stworzony został mechanizm, za pośrednictwem którego zainteresowane osoby otrzymują kolejne numery MU na wskazany adres e-mailowy.

W części kosztów związanych z wydawaniem MU partycypuje FEU, pozyskując na ten cel zewnętrzne środki finansowania.

4. „Rozprawy Ubezpieczeniowe”

W 2011 r. kontynuowane były prace związane z wydawaniem periodyku naukowego „Rozprawy Ubezpieczeniowe”. Wydawcami zeszytu są: RU, Uniwersytet Kardynała Stefana

Wyszyńskiego w Warszawie oraz FEU. Redaktorem naczelnym zeszytu jest dr Stanisław Rogowski, a przewodniczącym rady naukowej prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz, kierownik Katedry Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. W skład redakcji wchodzi przedstawiciele wydawców, natomiast w skład rady naukowej wybitni przedstawiciele doktryny ubezpieczeniowej.

„Rozprawy” wydawane są w nakładzie 800 egzemplarzy. W okresie sprawozdawczym przygotowano i wydano dwa kolejne numery zeszytu (nr 10(1/2011) i nr 11(2/2011)).

Należy podkreślić, iż zgodnie z Komunikatem MNiSW z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie zmiany dotychczasowej punktacji czasopism naukowych „Rozprawy” otrzymały 6 punktów za poziom naukowy zawartych w nich publikacji.

W 10 numerze „Rozpraw” zamieszczono artykuły problemowe poświęcone kolejno tematyce: XV rocznicy działalności RU w Polsce, drugiej fali reform emerytalnych w świetle zmodyfikowanej wielofilarowej koncepcji Banku Światowego, roli i znaczeniu funduszy emerytalnych oraz indywidualnych planów emerytalnych we włoskim systemie emerytalnym, organizacji i funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego w Norwegii, transgranicznej opiece zdrowotnej na terenie UE, finansowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów UE, konkurencyjności między płatnikami trzeciej strony a efektywności systemu ochrony zdrowia, miejscu zdrowotnych kont oszczędnościowych w polskim systemie ochrony zdrowia, reformy systemu zabezpieczenia zdrowotnego odwołując się do postulatów Kornai’a, udziału funduszy inwestycyjnych w oszczędnościach gospodarstw domowych w latach 2009/2010 w Polsce. W dziale II „Opracowania i Raporty”, w którym prezentowane są opracowania dotyczące problemów związanych z różnymi płaszczyznami i elementami funkcjonowania ubezpieczeń, zamieszczono opracowanie poświęcone propozycjom RU do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3960).

Ponadto w dziale III i IV „Rozpraw” zawarto szereg sprawozdań z istotnych wydarzeń na rynku ubezpieczeń, wykaz wybranych nowości w literaturze naukowej a także recenzje niektórych pozycji, zasługujących – zdaniem redakcji – na szczególną uwagę.

Opracowania w ramach rozpraw i artykułów problemowych w 11 numerze „Rozpraw” poświęcone były kolejno: kontroli klauzul abuzywnych w prawie francuskim na przykładzie umowy ubezpieczenia, materialnoprawnym i procesowym aspektem realizacji roszczeń objętych ubezpieczeniem OC, zakresowi ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach OC, wybranym zagadnieniom z zakresu zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej, świadczeniu

kulancyjnemu jako świadczeniu należnemu, wpływowi zmian prawnych w obszarze AML na funkcjonowanie krajowego rynku ubezpieczeń, dylematom związanym z odpowiedzialnością osób trzecich za nieterminowe opłacanie składek przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, wybranym aspektom funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich, błędowi medycznemu – nowemu reżimowi odpowiedzialności odszkodowawczej (nowym zasadom ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych), zdrowotnym kontom oszczędnościowym – nowemu instrumentowi finansowania w ochronie zdrowia (rozwój zdrowotnych kont oszczędnościowych w wybranych krajach) W dziale „Opracowania i Raporty” zamieszczono opracowanie pt. „Korzystne dla konsumentów zmiany ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, IFG i PBUK”, prezentujące zmiany, które RU ocenia jako najistotniejsze z punktu widzenia rozwiązania problemów spotykanych na co dzień przez ubezpieczających, ubezpieczonych i poszkodowanych.

Standardowo w numerze tym zamieszczone zostały również sprawozdania z istotnych dla branży wydarzeń oraz recenzje wartych polecenia publikacji.

„Rozprawy Ubezpieczeniowe” przekazywane są nieodpłatnie do bibliotek publicznych i wydziałowych uczelni wyższych, organizacji konsumenckich, uczelni wyższych zarówno państwowych jak i prywatnych, instytucji ubezpieczeniowych i finansowych, kancelarii prawnych i firm odszkodowawczych, członków Rady Ubezpieczonych, ZU, PTE, a także do odbiorców indywidualnych.

Ponadto „Rozprawy” udostępniane są również w wersji elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej Urzędu (<http://www.rzu.gov.pl/publikacje/rozprawy-ubezpieczeniowe>), umożliwiając szerszej rzeszy czytelników korzystanie z tej formy ich pozyskiwania.

W załączeniu do sprawozdania przekazujemy dwa numery omawianych powyżej publikacji.

5. Konkurs na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką (dyplomową) oraz podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych

Konkurs na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką (dyplomową) oraz podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych został zainicjowany przez RU w 1998 r. Tematyka prac konkursowych w pierwszej edycji dotyczyła głównie ochrony konsumenta na polskim rynku ubezpieczeń. Od 2000 r. organizatorami Konkursu

w nowej formule propagującej wiedzę z zakresu ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia społecznego, są: RU, który sprawuje nad Konkursem opiekę merytoryczną i organizuje prace Jury, FEU, wspierająca Konkurs od strony organizacyjnej, w szczególności poprzez pozyskiwanie środków na nagrody pieniężne i rzeczowe, w tym również organizację dla laureatów staży w ZU, PTE, firmach brokerskich i innych instytucjach rynku ubezpieczeniowego oraz „Gazeta Ubezpieczeniowa”, która jest medialnym patronem tego przedsięwzięcia. „Gazeta” promuje ideę Konkursu, szeroko relacjonując przebieg prac Jury, a także drukując na swoich łamach fragmenty nagrodzonych prac.

W dziesięciu edycjach Konkursu zgłoszonych zostało w sumie 445 prac, z czego nagrodzono i wyróżniono ponad 155.

W czerwcu 2011 r. zakończyła się ogłoszona jeszcze w listopadzie 2010 r. X, jubileuszowa edycja Konkursu. Patronat nad Konkursem objęli po raz kolejny MNiSW oraz MF. Prace konkursowe pochodziły z wielu ośrodków akademickich. Były to m.in.: Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Uniwersytety Ekonomiczne: w Poznaniu, w Krakowie, w Katowicach; Politechnika Warszawska, Akademia Świętokrzyska im. Jana Kochanowskiego w Kielcach Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Akademia Finansów w Warszawie, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi.

Spośród 44 prac zgłoszonych na X edycję Konkursu nagrodzono dwie prace doktorskie, cztery prace magisterskie, dwie prace licencjackie oraz jedną pracę podyplomową. Przyznano również dziewięć nagród specjalnych.

W październiku 2011 r. ogłoszono rozpoczęcie kolejnej – XI edycji Konkursu. Patronat nad XI edycją również objęli MF oraz MNiSW. Prace Jury nad oceną napływających prac rozpoczną się w marcu 2012 r. Ogłoszenie wyników i uroczyste wręczenie nagród zaplanowano na czerwiec 2012 r.

6. Współpraca z organizacjami konsumenckimi oraz powiatowymi i miejskimi rzecznikami i konsumentów

RU od wielu lat współpracuje z organizacjami konsumenckimi zarówno w zakresie edukacji, jak i działalności prewencyjnej i informacyjnej. Jednym z zadań realizowanych

w tym zakresie jest udzielanie przedstawicielom organizacji konsumenckich pomocy w wykonywaniu ich zadań statutowych poprzez m.in. wyjaśnienia podstaw prawnych działania ZU, specyfiki stosunku ubezpieczeniowego, itp.

W okresie sprawozdawczym RU kontynuował, rozpoczętą kilka lat wcześniej współpracę z siecią powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów.

Współpraca obejmowała stałe zapewnienie mechanizmów informacyjno-konsultacyjnych w zakresie problematyki konsumenckiej rynku ubezpieczeniowego, dzięki którym miejscy i powiatowi rzecznicy konsumentów uzyskują istotne wsparcie merytoryczne zarówno przez indywidualne konsultacje, jak i poprzez udział w seminariach i szkoleniach dedykowanych potrzebom rzeczników konsumentów. W ramach porozumienia RU udostępniał na zasadzie licencji niewyłącznej zasoby serwisu internetowego www.rzu.gov.pl, a także inne materiały informacyjno-edukacyjne jakie powstają w BRU. Ważnym aspektem współpracy jest bieżące dzielenie się informacją prawną odnośnie orzecznictwa sądów powszechnych i SN. Ze strony RU są to informacje, w szczególności dotyczące orzeczeń i uchwał SN, a także informacje o skierowanych do SN wnioskach, z którymi RU może występować, gdy w orzecznictwie sądów powszechnych ujawnią się rozbieżności w wykładni prawa (rozbieżna linia wyrokowania sądów niższej instancji). Ze strony rzeczników są to informacje dla RU o zapadających lokalnie orzeczeniach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych.

Na potrzeby niniejszej współpracy na portalu internetowym RU funkcjonuje i jest rozbudowywana utworzona dla rzeczników konsumentów zakładka zawierająca najważniejsze w codziennej działalności rzeczników informacje. Dotyczą one m.in. możliwości uzyskania porady telefonicznej w BRU; zasad wniesienia skargi do RU; możliwości skorzystania z polubownego rozwiązania sporu przez Sąd Polubowny przy RU; bazy orzecznictwa sądowego z obszaru ubezpieczeń; wniosków RU do SN wraz z postanowieniami i uchwałami SN zapadłymi z ww. wniosków; wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń w zakładzie ubezpieczeń oraz przed sądem; odpowiedzi na często pojawiające się pytania ze strony konsumentów z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, turystycznych, NNW, życiowych oraz zabezpieczenia emerytalnego (OFE, IKE, PPE).

Na koniec 2011 r. RU posiadał 54 podpisane indywidualne porozumienia o współpracy z rzecznikami konsumentów, a kolejne znajdują się w fazie przygotowawczej i uzgodnieniowej.

RU przekazuje informacje dotyczące rynku ubezpieczeniowego oraz udziela porad

prawnych dotyczących stosunków ubezpieczeniowych, również poprzez udział ekspertów RU w dyżurach ekspertów organizowanych przez organizacje konsumenckie.

Przedstawiciele organizacji konsumenckich są również członkami Rady Ubezpieczonych.

7. Udział w konferencjach, sympozjach, seminariach itp.

W 2010 r. RU brał aktywny udział w szeroko pojętej działalności edukacyjno-informacyjnej z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Wraz z pracownikami i ekspertami BRU, uczestniczył w licznych konferencjach, seminariach i prezentacjach, wygłaszając referaty i biorąc udział w panelach dyskusyjnych.

- 1) 19 stycznia 2011 r. – odbyło się spotkanie zorganizowane przez DEKRA Polska Sp. z o.o. na którym zaprezentowano Raport Usterkowości DEKRA 2011r. W spotkaniu uczestniczył Bartłomiej Chmielowiec.
- 2) 9 lutego 2011 r. – odbyło się V Forum Finansowe zorganizowane przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową i AXA Polska w Warszawie pt. „Reforma reformy emerytalnej?”. W Forum uczestniczyli RU Halina Olendzka oraz Mariusz Denisiuk.
- 3) 16 lutego 2011r. – W związku z zaproszeniem Rektora Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach oraz Prof. dr hab. Reginy Renz, RU Halina Olendzka uczestniczyła w posiedzeniu Komitetu Honorowego na rzecz utworzenia Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.
- 4) 2 marca 2011 r. – odbyło się seminarium zorganizowane przez *Insurance Meeting Point* pt. „Orzecznictwo sądowe w sprawach szkód osobowych”. W seminarium uczestniczyli Anna Dąbrowska wraz z Tomaszem Młynarskim.
- 5) 9 marca 2011 r. – Mariusz Denisiuk wygłosił prelekcję dla słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Wyszku pt. „Elementy Ubezpieczeń”.
- 6) 10-11 marca 2011 r. – odbyła się XIV konferencja dotycząca przestępczości ubezpieczeniowej zorganizowana przez Szczecin-Expo. W trakcie konferencji Bartłomiej Chmielowiec oraz Paweł Wawszczak przedstawili prezentację pt. „Negatywne i pozytywne strony działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych”.

- 7) 12 marca 2011 r. – odbyły się Targi Wiedzy Konsumenckiej zorganizowane w Warszawie przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich, w których uczestniczyli Anna Dąbrowska, Cezary Orłowski oraz Piotr Budzianowski.
- 8) 15-16 marca 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana w Mszczonowie przez *Insurance Meeting Point* pt. „Zadośćuczynienie bez tajemnic”. W trakcie konferencji Anna Dąbrowska wystąpiła z wykładem pt. „Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę dla najbliższych członków rodziny zmarłego”.
- 9) 16 marca 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana przez Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Szkołę Główną Handlową Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Katedrę Ubezpieczeń Gospodarczych, Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka we współpracy z organizacjami działającymi na rzecz rynku ubezpieczeniowego pt. „Kierunki zmian systemu zabezpieczenia emerytalnego”. W konferencji uczestniczył Mariusz Denisiuk .
- 10) 17 marca 2011 r. – w Warszawie odbyła się konferencja zorganizowana przez redakcję Europejskiego Doradcy Samorządowego i Nowoczesnego Banku Spółdzielczego pt. „Edukacja ekonomiczna a rozwój gospodarczy środowisk lokalnych” w Warszawie. W konferencji uczestniczył Mateusz Kościelniak.
- 11) 21 marca 2011 r. – w Warszawie odbyła się w Warszawie konferencja współorganizowana przez FEU, Stowarzyszenie „Pro Motor” oraz Politechnikę Warszawską pt. „Nowoczesne rozwiązania w zakresie kompensacji szkód komunikacyjnych”. W trakcie konferencji Anna Dąbrowska wraz z Aleksandrem Daszewskim wygłosili referat pt. „Zadośćuczynienie dla najbliższych członków rodziny zmarłego”.
- 12) 24 marca 2011 r. – odbyło się spotkanie w której uczestniczyła Krystyna Krawczyk oraz Aleksander Daszewski z przedstawicielami Polskiej Izby Motoryzacji w Warszawie. W trakcie spotkania omawiano tematykę wypłat odszkodowań uwzględniających faktycznie ponoszone koszty roboczogodzin przez warsztaty posiadające rekomendacje PIM.
- 13) 25 marca 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana przez RPO prof. dr hab. Irenę Lipowicz we współpracy z Wojewodą Śląskim pt. „Obywatel w zagrożeniu”. W trakcie konferencji, która odbyła się w Sali Sejmu Śląskiego w Katowicach, Cezary Orłowski wystąpił z prelekcją na temat działań o charakterze bezpośrednim – indywidualnym oraz ogólnym podejmowanych przez RU w celu uruchomienia pomocy w sytuacji zagrożeń.

- 14) 11 kwietnia 2011 r. – w Poznaniu odbył się finał konkursu VII Wielkopolskiej Olimpiady Wiedzy Konsumenckiej, która została zorganizowana przez UOKiK, Delegatura w Poznaniu. W uroczystości tej wzięła udział Krystyna Krawczyk.
- 15) 13 kwietnia 2011 r. – Krystyna Krawczyk uczestniczyła w Gali 20-lecia MetLife Amplico S.A.
- 16) 4-5 maja 2011 r. – odbyło się szkolenie, zorganizowane przez Stowarzyszenie Rzeczników Konsumentów w Zakopanym, dla miejskich i powiatowych rzeczników konsumentów. W szkoleniu udział wzięli Bartłomiej Chmielowiec oraz Paweł Wawszczak.
- 17) 16 maja 2011 r. – odbyła się konferencja współorganizowana przez FEU przy Rzeczniku Ubezpieczonych oraz Naczelną Radę Adwokacką pt. „Ubezpieczenie ochrony prawnej – prawnik dla przezornego Polaka”. W trakcie konferencji RU Halina Olendzka przedstawiła referat pt. „Wartość dodana z ubezpieczenia ochrony prawnej dla konsumentów usług ubezpieczeniowych”.
- 18) 19 maja 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich w Warszawie pt. „Polityka Konsumencka w nowych państwach członkowskich UE: jej wpływ i przyszłe wyzwania?”. W dyskusji panelowej pt. „Kierunek polityki konsumenckiej w Europie Środkowej, Wschodniej i Południowo-Wschodniej – przykład Polski” uczestniczyła Krystyna Krawczyk.
- 19) 19 maja 2011 r. – przedstawiona została prezentacja Raportu Bezpieczeństwa przygotowanego przez DEKRA Polska pt. „Niechronieni uczestnicy ruchu drogowego”. Konferencja zorganizowana w Warszawie, w której uczestniczył Bartłomiej Chmielowiec, stanowiła część corocznego spotkania Partnerów DEKRA Polska – Rzeczoznawców DEKRA oraz Partnerskich Stacji Kontroli Pojazdów.
- 20) 19 maja 2011 r. – odbyła się konferencja naukowa Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pt. „Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym”. W konferencji uczestniczyli Aleksander Daszewski, Paweł Wawszczak oraz Anna Dąbrowska.
- 21) 25 maja 2001 r. – spotkanie przedstawicieli BRU: Aleksander Daszewski, Cezary Orłowski, Małgorzata Więcko-Tułowicka, Anna Gadomska, Krystyna Krawczyk z przedstawicielami KNF oraz UOKiK w sprawie wymiany doświadczeń

- i kompleksowej analizie sytuacji konsumentów na rynku usług bancassurance. Celem spotkania było wypracowanie szczegółowych rozwiązań w tym zakresie.
- 22) 26-28 maja 2011 r. – w Rawie Mazowieckiej odbył się XIV Kongres Brokerów zorganizowany przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych; W Kongresie uczestniczyli Aleksander Daszewski oraz Anna Dąbrowska.
- 23) 30 maja-1 czerwca 2011 r. – odbyła się V międzynarodowa konferencja naukowa „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku” w Rydzynie, zorganizowana przez Katedrę Ubezpieczeń Wydziału Zarządzania, Informatyki i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz Katedrę Ubezpieczeń Wydziału Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. W konferencji uczestniczyli RU Halina Olendzka oraz Aleksander Daszewski.
- 24) 8 czerwca 2011 r. – odbyła się konferencja naukowa pt. „Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego A.D. 2011” zorganizowana w Warszawie przez Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Akademię Leona Koźmińskiego oraz Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, w trakcie której Cezary Orłowski przedstawił prezentację pt. „Główne problemy konsumentów usług bancassurance zgłaszane do Biura Rzecznika Ubezpieczonych”.
- 25) 14 czerwca 2011 r. – odbył się III Kongres Bancassurance zorganizowany w Gdańsku przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową Gdańskiej Akademii Bankowej. W Kongresie z ramienia BRU uczestniczyła Joanna Owczarek.
- 26) 16-17 czerwca 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana w Mszczonowie przez *Insurance Meeting Point* pt. „Ubezpieczenia OC”, w której uczestniczył Tomasz Młynarski.
- 27) 20 czerwca 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana przez Nadzwyczajną Komisję Sejmu RP ds. Zmian w Kodyfikacjach, Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego oraz PIU pt. „Obowiązkowe, niekomunikacyjne ubezpieczenia OC w Polsce”. W konferencji uczestniczyła Anna Dąbrowska.
- 28) 27 czerwca 2011 r. – Krystyna Krawczyk uczestniczyła w uroczystości wręczenia nagród VI edycji konkursu LIBERTAS & AUXILIUM na najlepsze w 2010 r. artykuły i audycje poświęcone ochronie konkurencji i konsumentów zorganizowanej przez Prezesa UOKiK we współpracy z Centrum im. Adama Smitha, Stowarzyszenie Dziennikarzy Polskich oraz Instytutem Dziennikarstwa Uniwersytetu Warszawskiego.

- 29) 1 lipca 2011 r. – odbyła się konferencja zorganizowana w Warszawie przez *Insurance Meeting Point* pt. „Niewykorzystane możliwości – umowa ubezpieczenia w Kodeksie cywilnym”. W konferencji uczestniczył Marcin Bielecki.
- 30) 1 lipca 2011 r. – odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa poświęcona ofiarom wypadków połączona z obchodami I rocznicy istnienia Polskiej Izby Odszkodowań pod nazwą „Wzrost świadomości prawnej i poprawa jakości życia osób poszkodowanych w wypadkach, efektem działania Kancelarii Odszkodowawczych”. W trakcie konferencji zorganizowanej przez Polską Izbę Odszkodowań uczestniczyli Aleksander Daszewski, który przedstawił referat pt. „Zadośćuczynienie po śmierci osoby najbliższej” oraz Krystyna Krawczyk, która wzięła czynny udział w panelu dyskusyjnym pt. „Kancelarie odszkodowawcze odpowiedzią na realne potrzeby społeczne i prawne oraz poziom edukacji ubezpieczeniowej społeczeństwa i jego wpływ na rynek ubezpieczeń”.
- 31) 28 lipca 2011 r. – odbyło się spotkanie jury konkursu pt. „Najlepszy Ubezpieczyciel 2011r.” organizowanego przez „Gazetę Bankową”. W spotkaniu uczestniczyła Magdalena Kudlak.
- 32) 25 sierpnia 2011 r. – odbyło się Forum Edukacji Finansowej w Klubie Bankowca w Warszawie. Celem spotkania była konsultacja wniosków projektu „Wizja Zrównoważonego Rozwoju dla Polskiego Biznesu”. Organizatorem spotkania, w którym uczestniczył Tomasz Młynarski był ZBP oraz AMICUS Fundacja Wsparcia.
- 33) 14 września 2011 r. – w ramach wizyty studyjnej w Polsce przedstawiciele azerskiego organu nadzoru zorganizowanej przez KNF realizującego projekt pomocy rozwojowej w ramach programu Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP „Pomoc Rozwojowa 2011”, Małgorzata Więcko wygłosiła prezentację pt. „Praktyczne aspekty Rzecznika Ubezpieczonych”.
- 34) 16 września 2011 r. – odbyła się konferencja pod patronatem RU pt. „Wypadek to nie przypadek” zorganizowana w Warszawie przez Wyższą Szkołę Ekologii i Zarządzania. W konferencji uczestniczyli RU Halina Olendzka oraz Piotr Budzianowski.
- 35) 19 września 2011 r. - w Warszawie odbyła się konferencja zorganizowana przez PIU we współpracy z MS oraz Instytutem Wymiaru Sprawiedliwości pt. „Zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu na tle innych

systemów prawnych”. W konferencji uczestniczyli Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski oraz Anna Dąbrowska.

- 36) 21 września 2011 r. – odbyła się III międzynarodowa konferencja pod patronatem Marszałka Sejmu RP Grzegorza Schetyny pt. „Ofiary Wypadków Drogowych – Nasza Wspólna odpowiedzialność”. Organizatorami konferencji było MS wraz z Ministerstwem Infrastruktury – Krajową Radą Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, PIU oraz Poseł Beata Bublewicz – Przewodniczącą Parlamentarnego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. W konferencji uczestniczyli RU Halina Olendzka, Aleksander Daszewski oraz Marcin Bielecki.
- 37) 27 września 2011 r. – odbyła się uroczystość z okazji wprowadzenia na polski rynek produktu „Crawford Global Technical Service – GTS przez Firmę Claim Consulting – a Crawford Company sp. z o.o. będące polskim oddziałem Crawford Company specjalizującej się w likwidacji szkód ubezpieczeniowych. W uroczystości z wykładem problematycznym uczestniczył Tomasz Młynarski.
- 38) 4 października 2011 r. – w Toruniu odbyła się konferencja pt. „Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych – problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa”. W konferencji uczestniczyli Anna Dąbrowska oraz Aleksander Daszewski.
- 39) 12 października 2011 r. – odbyła się konferencja pt. „Ubezpieczenia a zarządzanie kryzysowe ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka powodzi” zorganizowana przez PIU pod patronatem Polskiej Prezydencji w Radzie UE 2011 r. W konferencji uczestniczyli Aleksander Daszewski, Cezary Orłowski i Piotr Budzianowski.
- 40) 20-21 października 2011 r. – odbył się III Kongres Bancassurance pt. „Rola banków i ubezpieczycieli w tworzeniu wartości dodanej dla klienta” zorganizowany przez PIU i ZBP. W panelu dyskusyjnym pt. „Konsument na rynku bancassurance” wzięli udział Małgorzata Więcko oraz Cezary Orłowski.
- 41) 21 października 2011 r. – odbyło się seminarium zorganizowane przez *Insurance Meeting Point* pt. „Konstrukcja ubezpieczeń grupowych”. W seminarium uczestniczyła Anna Dąbrowska.
- 42) 24 października 2011 r. – odbyło się seminarium zorganizowane przez *Insurance Meeting Point* pt. „Aspekty prawne likwidacji szkód komunikacyjnych na mieniu”. W seminarium uczestniczyła Anna Dąbrowska.
- 43) 25 października 2011 r. – odbył się Kongres Ubezpieczeniowy „Rzeczpospolitej” pt. „Praktyczne rozwiązania dla przedsiębiorstw”. W kongresie uczestniczyli RU Halina Olendzka oraz Cezary Orłowski.

- 44) 26 października 2011 r. – odbyła się konferencja poświęcona zakresowi ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OC zorganizowana przez dziennik „Rzeczpospolita” oraz Departament Prawa Ubezpieczeń Gospodarczych w Kancelarii Sójka & Maciak Adwokaci sp. k. W trakcie konferencji Aleksander Daszewski przedstawił prezentację pt. „Zwrot kosztów udziału pełnomocnika w procesie likwidacji szkód w orzecznictwie i doktrynie”.
- 45) 26 października 2011 r. – odbyła się konferencja naukowa pt. „Ubezpieczenia wobec strategii na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju – Europa 2020”, której organizatorem była Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Izba Gospodarcza Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz Uniwersytet Warszawski – Wydział Zarządzania. W konferencji udział wzięli RU Halina Olendzka, Anna Dąbrowska oraz Bartłomiej Chmielowiec.
- 46) 26-27 października 2011 r. – odbyła się konferencja motoryzacyjna pod patronatem Ministerstwa Gospodarki i RU pt. „Poprawa organizacji i rentowności serwisu naprawczego” zorganizowana w Poznaniu przez Polską Izbę Motoryzacji. W panelu dyskusyjnym „Postępowanie w sytuacji żądania przez Towarzystwa Ubezpieczeniowe faktur źródłowych zakupu części w rozliczaniu szkód AC i OC” uczestniczył Tomasz Młynarski.
- 47) 21 listopada 2011 r. – w Warszawie odbyła się uroczysta gala z okazji rozstrzygnięcia II edycji konkursu Gazety Bankowej „Przyjazna Firma Ubezpieczeniowa 2011”. W uroczystości uczestniczyli Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski oraz Magdalena Kudlak.
- 48) 23 listopada 2011 r. – Aleksander Daszewski przedstawił wykład pt. „Najnowsze zmiany w prawie odszkodowawczym” na szkoleniu dla brokerów zorganizowanym przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów
- 49) 24-25 listopada 2011 r. – w Krakowie odbyła się I krakowska międzynarodowa konferencja naukowa pod patronatem RU pt. „Ubezpieczenia w państwach europejskich. Zagadnienia ekonomiczno-prawne”, zorganizowana przez Katedrę Prawa oraz Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. W konferencji z ramienia RU uczestniczył redaktor naczelny „Rozpraw Ubezpieczeniowych” dr Stanisław Rogowski.
- 50) 28 listopada 2011 r. – odbyły się warsztaty zorganizowane z okazji jubileuszu 10-lecia Stowarzyszenia na rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP pt. „Inwestuję w siebie – program dla kobiet aktywnych i znających swoją wartość”. W warsztatach uczestniczyła Krystyna Krawczyk.

- 51) 1 grudnia 2011 r. – odbyło się seminarium zorganizowane przez *Insurance Meeting Point* pt. „Nowelizacja ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych – podejście procesowe”. W seminarium uczestniczyła Iwona Szymańska.
- 52) 2 grudnia 2011 r. – odbyła się konferencja poświęcona zakresowi ochrony ubezpieczeniowej w dobrowolnych ubezpieczeniach OC. W konferencji zorganizowanej przez Kancelarię Sójka & Maciak – Adwokaci sp. k. oraz dziennik „Rzeczpospolita” uczestniczyła Anna Dąbrowska.

8. Współpraca ze środowiskiem akademickim

W 2011 r., podobnie jak w latach ubiegłych, RU współpracował ze środowiskiem akademickim. Kooperacja podejmowana była przede wszystkim z uczelniami prowadzącymi działalność edukacyjną i badawczą w zakresie problematyki ubezpieczeniowej i zabezpieczenia emerytalnego.

Współdziałanie RU ze środowiskiem akademickim prowadzone jest na różnych płaszczyznach – począwszy od uczestnictwa w konferencjach i sympozjach, poprzez odczyty i referaty, skończywszy na udostępnianiu studentom i pracownikom naukowym materiałów do prac badawczych będących w posiadaniu Urzędu RU. Studenci i aplikanci mają możliwość odbycia praktyk w BRU. W 2011 r. praktyki odbywali studenci z Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Śląskiego oraz Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Podtrzymywana jest również, zainicjowana w 2006 r. współpraca z uczelniami, która przejawia się w prowadzeniu zajęć dydaktycznych przez pracowników BRU. Celem współpracy jest kształtowanie wiedzy ubezpieczeniowej wśród studentów i słuchaczy studiów podyplomowych wyższych uczelni, zwłaszcza w zakresie ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych. W okresie sprawozdawczym zajęcia prowadzone były na Studiach Podyplomowych Ubezpieczeń Gospodarczych na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. W 2011 r. RU objął także patronatem projekt warsztatów „Akademia Ubezpieczeniowa” organizowanych przez Koło Naukowe Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Celem projektu jest zaznajamianie uczniów szkół średnich z praktycznymi zagadnieniami z dziedziny ubezpieczeń.

Ponadto przedstawiciele nauki współpracują z RU także poprzez udział w orzekaniu w sprawach dotyczących sporów konsumentów z ZU, odgrywając rolę arbitrów Sądu

Polubownego działającego przy RU, jak również biorąc udział w pracach jury konkursu na najlepszą pracę z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych oraz w merytorycznym współtworzeniu zeszytów naukowych „Rozprawy Ubezpieczeniowe”.

W 2011 r. RU współpracował z następującymi uczelniami:

- Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Katedrą Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego WPiA);
- Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu (Katedrą Prawa Cywilnego WPiA);
- Uniwersytetem Łódzkim (Katedrą Prawa Cywilnego WPiA oraz Instytutem Finansów, Bankowości i Ubezpieczeń Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego);
- Uniwersytetem Warszawskim (WPiA, Kliniką Prawa i Studenckim Ośrodkiem Pomocy Prawnej);
- Uniwersytetem Wrocławskim (Wydziałem Prawa, Administracji i Ekonomii);
- Uniwersytetem Humanistyczno-Przyrodniczym Jana Kochanowskiego w Kielcach (Wydziałem Nauk o Zdrowiu);
- Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;
- Uniwersytetem Ekonomicznym we Wrocławiu;
- Uniwersytetem Śląskim w Katowicach (Katedrą Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego WPiA);
- Uniwersytetem Ekonomicznym w Poznaniu (Katedrą Ubezpieczeń);
- Politechniką Warszawską (Wydziałem Zarządzania);
- Politechniką Radomską;
- Szkołą Główną Handlową w Warszawie (Katedrą Ubezpieczenia Społecznego, Instytutem Gospodarki Światowej);
- Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (Zakładem Prawa i Finansów Wydziału Nauk Ekonomicznych);
- Akademią Finansów w Warszawie;
- Akademią Leona Koźmińskiego w Warszawie;
- Gdańską Akademią Bankową;
- Uniwersytetem Ekonomicznym w Bratysławie.

VIII. Współpraca międzynarodowa

RU w ramach bieżącej działalności podejmuje współpracę z instytucjami UE oraz organizacjami międzynarodowymi. Urząd jest obecnie członkiem dwóch organizacji międzynarodowych – FIN-NET oraz INFSOS. Przedstawiciele Urzędu biorą ponadto udział w międzynarodowych konsultacjach dotyczących ubezpieczeniowych przepisów prawnych oraz praktyk w zakresie praw konsumentów usług finansowych, m.in. informując o sytuacji konsumentów w Polsce.

1. FIN NET – *Financial Network*

FIN-NET jest siecią pozasądowych organów pochodzących z krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tj. krajów UE oraz Islandii, Lichtensteinu oraz Norwegii) rozwiązujących spory z zakresu usług finansowych. Spory trafiające do tych podmiotów dotyczą skarg konsumentów na działalność banków, ubezpieczycieli, firm inwestycyjnych oraz innych przedsiębiorców finansowych. FIN-NET został powołany przez Komisję Europejską w 2001 r. RU jest członkiem FIN-NET od 2006 r. początkowo jedynie jako Sąd Polubowny, od 2009 r. jako Urząd RU. Do końca 2011 r. FIN-NET posiadał 52 członków, w tym członkami sieci z Polski byli: RU, Arbiter Bankowy przy ZBP oraz Sąd Polubowny przy KNF.

W ramach FIN-NET krajowe organy rozwiązujące spory podejmują współpracę w celu zapewnienia konsumentom łatwego dostępu do procedur pozasądowego rozwiązywania sporów transgranicznych. Jeżeli konsument w jednym z krajów wszedł w spór z przedsiębiorcą świadczącym usługi finansowe z innego kraju, członkowie FIN-NET podejmują działania w celu skontaktowania konsumenta z właściwym organem pozasądowego rozwiązywania sporów oraz podają mu podstawowe informacje na temat tego organu. Ponadto, za pośrednictwem FIN-NET członkowie otrzymują bieżące informacje na temat toczących się prac Komisji Europejskiej w zakresie ochrony konsumentów oraz usług finansowych. Członkowie sieci biorą udział w konsultacjach organizowanych przez Komisję Europejską. W ramach tej współpracy w 2011 r. podjęto szereg działań:

1.1. Dnia 17 marca 2011 r. w Brukseli odbyło się spotkanie członków organizacji FIN-NET. W trakcie spotkania omówione zostały bieżące prace instytucji UE w zakresie ochrony

konsumentów, w tym konsultacje dotyczące dochodzenia roszczeń zbiorowych oraz rozwoju alternatywnych metod rozwiązywania sporów. Szczegółowo omówiona została rekomendacja Komisji Europejskiej dotycząca jednolitej klasyfikacji skarg konsumenckich. Omówione zostały przykłady spraw transgranicznych, które zostały rozpoznane w ramach procedury organizacji FIN-NET. Informacje dotyczące sytuacji konsumentów w Polsce zostały przedstawione w formie pisemnej.

1.2. W maju 2011 r. przedstawiono dane statystyczne za rok 2010 dotyczące tzw. spraw transgranicznych rozpoznanych przez RU. W 2010 r. RU otrzymał łącznie 11 947 skarg, z których 95 spraw dotyczyło tzw. sporów transgranicznych (55 skarg na instytucje bankowe oraz 40 skarg na instytucje ubezpieczeniowe). Jedynie 7 spraw przekazano w tym czasie do rozpoznania w ramach sieci FIN-NET instytucjom zajmującym się pomocą konsumentom usług finansowych w innych Państwach Członkowskich. Przesłano szczegółowy opis kilku spraw rozstrzygniętych dzięki sieci FIN-NET, jak również opisano najczęściej pojawiające się problemy w zakresie ubezpieczeniowych usług transgranicznych.

1.3. W lipcu 2011 r. został opublikowany szczegółowy raport z działalności organizacji FIN-NET za rok 2010. W raporcie omówiono jedną z transgranicznych spraw ubezpieczeniowych, przeprowadzoną przez RU we współpracy z litewskim Urzędem Ochrony Konsumentów.

1.4. W dniach 20-21 października 2011 r. w Attard na Malcie odbyło się spotkanie członków organizacji FIN-NET. W trakcie spotkania miała miejsce m.in. wideo-konferencja pomiędzy członkami organizacji Fin-Net a przedstawicielami Komisji Europejskiej, podczas której omówione zostały propozycje legislacyjne dotyczące dyrektyw z zakresu alternatywnych metod rozwiązywania sporów (ADR) oraz elektronicznych systemów rozwiązywania sporów (ODR). Omówione ponadto zostały doświadczenia członków organizacji FIN-NET we współpracy z organami nadzorującymi instytucje finansowe w poszczególnych państwach członkowskich. Informacje dotyczące sytuacji konsumentów w Polsce zostały przedstawione w formie pisemnej.

2. INFOS – *International Network of Financial Services Ombudsman Schemes*

W marcu 2009 r. RU otrzymał zaproszenie do przystąpienia do międzynarodowej organizacji zrzeszającej rzeczników usług finansowych z całego świata – *International Network of Financial Services Ombudsman Schemes* (INFSOS). Organizacja działa na terenie całego świata, a więc ma zasięg większy niż europejska sieć FIN-NET. Obecnie członkami sieci są 48 podmioty z 30 krajów. INFSOS zostało powołane, aby stanowić ciało eksperckie służące pomocą członkom organizacji przy polubownym rozwiązywaniu sporów. Organizacja umożliwia wymianę informacji oraz doświadczeń z zakresu kodeksu dobrych praktyk instytucji rzecznika, struktury, funkcjonowania i organizacji instytucji rzecznika, praktycznych rozwiązań technologicznych, jak również daje możliwość przekazywania spraw oraz udzielania porad z zakresu sporów międzynarodowych. Urząd RU stał się członkiem INFSOS od kwietnia 2009 r.

2.1. W styczniu 2011 r., w związku z projektem Zarządu organizacji INFSOS, który ma na celu przygotowanie szerokiego opracowania na temat działalności poszczególnych członków organizacji, udzielono szczegółowych informacji na temat działalności RU, zasad przyjmowania skarg, a także funkcjonowania Urzędu Rzecznika w Polsce.

2.2. W lipcu 2011 r. w związku z prowadzonymi przez RU pracami nad upublicznianiem szerszych informacji dotyczących m.in. liczby zgłoszonych ubezpieczycielom roszczeń, liczby skarg i zażaleń, a także liczby postępowań sądowych pomiędzy ubezpieczycielami a konsumentami, RU wystąpił do innych członków organizacji INFSOS z prośbą o podanie, jakie zasady publikacji danych panują w poszczególnych krajach. Uzyskane w tym trybie informacje posłużyły do przygotowania opracowania dotyczącego zasad publikacji danych dotyczących realizacji umów ubezpieczenia w innych państwach.

3. Komisja Europejska

3.1. W lutym 2011 r., na prośbę przedstawicielki Komisji Europejskiej – Dyrektoratu Generalnego SANCO, w związku z przygotowywanym projektem legislacyjnym dotyczącym alternatywnych metod rozwiązywania sporów przekazano szczegółowe informacje na temat

liczby skarg za wszystkie poprzednie lata działalności RU, wysokości budżetu z podziałem na konkretne kwoty i zadania – zatrudnienie pracowników, koszty administracji itp., a także opisano źródło finansowania i problemy wynikające z wysokości budżetu na obecnym poziomie.

3.2. W marcu 2011 r. udzielono odpowiedzi na dokument konsultacyjny w sprawie zastosowania alternatywnych metod rozwiązywania sporów do rozwiązywania sporów dotyczących transakcji i praktyk handlowych w UE. Dokument został przygotowany przez Dyrektorat Generalny SANCO jako podstawa do konsultacji społecznych. Nadesłane uwagi zostaną opublikowane na stronie Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej. W odpowiedzi przekazano stanowisko m.in. w kwestii czy przedsiębiorstwa powinny mieć obowiązek uczestnictwa w programie ADR i na jakich warunkach, w jakich sektorach gospodarki, wymogów informowania konsumentów przez przedsiębiorców, że uczestniczą w programie ADR, czy decyzje podjęte w ramach ADR powinny być wiążące oraz wielu innych. Opisano wnioski płynące z doświadczeń RU z ponad 15-letniej działalności.

4. Parlament Europejski

W kwietniu 2011 r. w związku z badaniem prowadzonym na zlecenie Komitetu Rynku Wewnętrznego oraz Ochrony Konsumenta Parlamentu Europejskiego dotyczącym instytucji stosujących polubowne metody rozwiązywania sporów udzielono szczegółowych informacji na temat działalności RU, w tym na temat problemów, z jakimi w praktyce spotyka się RU w związku z rozpoznawaniem skarg dotyczących sporów transgranicznych. Ze względu na liczbę rozpoznawanych przez RU rokrocznie skarg, Urząd został zakwalifikowany do grupy podmiotów o szczególnym zainteresowaniu Parlamentu Europejskiego.

5. Inne działania na polu współpracy międzynarodowej

5.1. W marcu 2011 r., na prośbę Europejskiej Organizacji Konsumenckiej (BEUC) udzielono odpowiedzi na zapytanie dotyczące strategii polityki konsumenckiej wdrażanej w Polsce, jak również działalności RU na polu współpracy międzynarodowej. W odpowiedzi

opisano tryb uchwalania ustaw w Polsce z uwzględnieniem możliwości RU opiniowania projektów aktów prawnych i zgłaszania uwag wynikających z dostrzeżonych w praktyce nieprawidłowości. Opisano ponadto zasady współpracy pomiędzy RU, KNF oraz MF.

5.2. W maju 2011 r. na zapytanie Banku Światowego dotyczące alternatywnych metod rozwiązywania sporów z zakresu usług finansowych w związku z prowadzonymi przez Bank Światowy badaniami przekazano szczegółowe informacje na temat bieżącej działalności RU oraz podstaw prawnych funkcjonowania RU. W przesłanym opracowaniu uwzględniono ponadto szczegółowe informacje na temat Arbitrażu Bankowego, jak również ogólne dane dotyczące Sądu Polubownego przy RU, a także Sądu Polubownego przy KNF.

5.3. W październiku 2011 r. w odpowiedzi na zapytanie Wydziału Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Łódzkiego udzielono szczegółowych informacji na temat doświadczeń RU w działalności dotyczącej rozpoznawania transgranicznych skarg konsumenckich. W tym celu przekazano szczegółowe dane na temat liczby rozpoznawanych skarg, a także procedur analizy sporów pomiędzy ubezpieczycielami a konsumentami.

5.4. W dniach 12-14 września 2011 r. przedstawiciel RU wziął udział w warsztatach szkoleniowych zorganizowanych dla przedstawicieli azerbejdżańskiego organu nadzoru w Polsce. Warsztaty miały na celu przedstawienie prawodawstwa unijnego oraz przepisów prawa polskiego implementujących dyrektywy UE w zakresie ochrony konsumentów w ramach projektu pomocy rozwojowej nr 389/2011 „Wzmocnienie zdolności instytucjonalnych nadzoru nad sektorem ubezpieczeniowym Republiki Azerbejdżanu”. W ramach warsztatów, przedstawiciel RU omówił praktyczne aspekty działalności RU. Wykład przeprowadzony został w języku angielskim.

5.5. W dniu 24 listopada 2011 r. udzielono odpowiedzi na zapytanie Ministerstwa Gospodarki dotyczące zastosowania w działalności RU procedury ODR (*Online Dispute Resolution*). Od 2004 r. RU otrzymuje i udziela odpowiedzi również na zapytania w formie elektronicznej (w 2010 r. – 1 807 zapytań). Tę płaszczyznę działalności można uznać za metodę ODR. RU stosuje również inne procedury polubownego rozwiązywania sporów, co także zostało opisane w odpowiedzi na zapytanie Ministerstwa Gospodarki.

IX. Rada Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 25 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, Rada Ubezpieczonych jest organem opiniodawczo-doradczym RU, którą powołuje, na wniosek RU i na okres jego kadencji, minister właściwy ds. instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym ds. zabezpieczenia społecznego, spośród kandydatów zgłoszonych przez:

- reprezentantów samorządu terytorialnego w Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego – 2 członków;
- krajowe organizacje konsumenckie – 2 członków;
- ogólnokrajowe organizacje pracodawców – 2 członków;
- RPO – 2 członków;
- każdą z organizacji związkowych, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego – po 2 członków;
- najliczniejszą organizację emerycką – 1 członek.

Zgodnie z ww. ustawą Rada Ubezpieczonych powinna liczyć 15 członków. Jednak do składu Rady na czwartą kadencję RU nie zgłoszono żadnego kandydata reprezentującego Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego. W związku z tym Rada Ubezpieczonych od 2007 r. składała się z 13 osób. Uczestnictwo członków w pracach Rady ma charakter społeczny.

W 2011 r. odbyły się trzy posiedzenia Rady Ubezpieczonych. W posiedzeniach oprócz członków Rady brali udział również zaproszeni goście, którzy w zależności od problematyki posiedzenia prezentowali tematykę stanowiącą wprowadzenie do dyskusji.

Tematem kolejnych posiedzeń w 2011 r. było:

1. Omówienie podejmowanych działań na rzecz poprawy sytuacji ubezpieczonych i poszkodowanych korzystających z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – wprowadzeniem do dyskusji było wystąpienie Katarzyny Przewalskiej Zastępcy Dyrektora Departamentu Rozwoju Rynku Finansowego w MF.
2. Omówienie konsekwencji zmian niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych oraz podjęcie przez członków Rady Ubezpieczonych uchwały w sprawie opinii do projektu rocznego planu finansowego

RU na 2012 r. – wprowadzeniem do dyskusji było odniesienie się do kwestii zmian niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych przez Ewę Tomaszewską, która brała udział w pracach nad reformą systemu zabezpieczenia społecznego w latach 90.

3. Podsumowanie IX kadencji RU 2007 – 2011.

Na posiedzeniach Rady poruszane były także inne, bieżące problemy rynku ubezpieczeniowego uwzględniające problematykę ochrony ubezpieczonych w ZU oraz członków OFE, IKE i PPE.

X. Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych

1. Geneza i podstawy prawne działania Sądu Polubownego

W 2011 R. nie wprowadzono żadnych zmian legislacyjnych dotyczących Sądu Polubownego przy RU, w konsekwencji stan prawny regulujący działalność tego Sądu nie uległ zmianie. Nie uległ także zmianie regulamin Sądu Polubownego przy RU. Utworzenie Sądu Polubownego przy RU, oprócz zapewnienia konsumentom szerszych możliwości rozstrzygania sporów na rynku ubezpieczeniowym, miało na celu zrealizowanie wytycznych zawartych w dyrektywie 202/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. dotyczącej sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość, oraz zmieniającej dyrektywę Rady 90/619/EWG oraz dyrektywy 97/7/WE i 98/27/WE. Dyrektywa ta nakłada na państwa członkowskie UE obowiązek stworzenia – niezależnie od organów nadzorujących rynek usług finansowych – instrumentów zapewniających konsumentom tych usług możliwość rozstrzygania sporów na drodze polubownej, m.in. poprzez tworzenie arbitrażów.

Na mocy art. 20 pkt 5 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, RU swoje obowiązki ustawowe realizuje m.in. poprzez stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów pomiędzy ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a ZU, między towarzystwami emerytalnymi a członkami funduszy emerytalnych oraz wynikłych z uczestnictwa w PPE, w szczególności organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów, między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a agentami lub brokerami ubezpieczeniowymi, a także pomiędzy ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a brokerami ubezpieczeniowymi. Możliwość złożenia wniosku o wszczęcie postępowania polubownego bądź pojednawczego mają także ZU, PTE, a także UFG oraz PBUK. Również w roku 2011 r. nie nastąpiły żadne zmiany w zakresie podmiotów, którym przysługuje uprawnienie do wszczęcia właściwego postępowania polubownego.

2. Organizacja i zasady funkcjonowania Sądu Polubownego

Sąd Polubowny przy RU został utworzony na mocy art. 20 pkt 5 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, a także Regulamin Sądu Polubownego przy RU, który obowiązuje od dnia 5 kwietnia 2004 r. Jego tekst jednolity obejmuje obszerne zmiany dokonane w 2007 r. Regulamin ten – zgodnie z jego § 2 – określa właściwość Sądu, jego organizację i tryb postępowania, stanowiąc również, iż w braku szczegółowej regulacji regulaminu, stosuje się odpowiednio przepisy kodeksu postępowania cywilnego.

Na mocy zarządzenia RU z dnia 25 marca 2004 r. Sąd Polubowny został utworzony jako stała i samodzielna jednostka organizacyjna. Powstał z myślą o ułatwieniu stronom umowy ubezpieczenia oraz innym podmiotom związanym ze stosunkiem ubezpieczenia, rozstrzygania powstałych pomiędzy nimi sporów. Służyć temu mają uproszczone procedury, jak i odformalizowanie charakteru tego Sądu.

Sposób działalności Sądu Polubownego określony jest w jego regulaminie, a także przepisach k.p.c.

Załącznikami do Regulaminu Sądu jest lista arbitrów Sądu Polubownego, a także taryfa za czynności sądu.

Działalność Sądu Polubownego przewiduje dwa tryby rozstrzygania sporów:

- postępowanie polubowne zakończone wyrokiem lub ugodą przed Sądem (§ 35, § 30 Regulaminu);
- postępowanie mediacyjne z udziałem mediatora wyznaczonego wspólnie przez strony spośród arbitrów Sądu (§ 49 Regulaminu).

Zgodnie z § 7 Regulaminu organami Sądu są: zgromadzenie ogólne arbitrów tworzone przez arbitrów Sądu, prezes, prezydium oraz sekretarz Sądu.

Zgodnie z Regulaminem Sądu, prezesa Sądu powołuje spośród arbitrów na okres 3 lat Zgromadzenie Ogólne Sądu Polubownego. Wiceprezesów powołuje prezes Sądu spośród arbitrów. Funkcję prezesa Sądu w chwili obecnej pełni dr Małgorzata Maliszewska. W skład Prezydium Sądu wchodzi prezes i wiceprezesi. Funkcję wiceprezesów pełnią nadal: prof. dr hab. E. Kowalewski, oraz mec. S. Reps.

3. Koszty działalności Sądu Polubownego

Od początku działalności Sądu, aby zachęcić strony do korzystania z możliwości jakie daje sądownictwo polubowne, opłaty sądowe zostały ustalone na dostępnym dla konsumentów poziomie i do chwili obecnej nie były podwyższane. Tak jak w latach ubiegłych przychody uzyskane z tytułu opłat rejestracyjnych i arbitrażowych nie są wystarczające, by pokryć w całości koszty działalności Sądu w związku z tym koszty te w pozostałej części pokrywa RU, m.in. poprzez zapewnienie organizacyjnej płaszczyzny działania (wynajem sal na rozprawy, obsługa administracyjna sekretariatu sądu itd.).

Wysokość kosztów sądowych ponoszonych przez wnioskodawcę określa taryfa stanowiąca załącznik nr 1 do Regulaminu Sądu Polubownego.

Z uwagi na prawidłowe i skuteczne funkcjonowanie, podobnie jak w 2010 r., w roku 2011 nie dokonano żadnych zmian w zakresie wprowadzonego w 2004 r. trybu gromadzenia środków finansowych wpływających do Sądu. Środki te (opłaty rejestracyjne, mediacyjne i arbitrażowe) gromadzone są na odrębnym koncie bankowym. Do dnia 31 grudnia 2011 r. środki te wyniosły 405 zł. Koszty związane z czynnościami niezbędnymi w postępowaniu polubownym wyniosły 480 zł.

Stosownie do § 13 ust. 1 Regulaminu, tak jak w latach ubiegłych, obsługę administracyjno-biurową Sądu oraz lokal zapewnia RU, dlatego też we wskazanych powyżej kosztach nie są wykazane koszty związane z prowadzeniem sekretariatu Sądu, księgowości, czynności administracyjnych, kosztów materiałów biurowych, a także kosztów stałych takich jak najem lokalu i inne świadczenia.

4. Arbitrzy Sądu Polubownego

Zgodnie z § 5 Regulaminu Sądu w skład Sądu wchodzi nie mniej niż 20 arbitrów, przy czym co najmniej 10 arbitrów musi posiadać wykształcenie prawnicze. Arbitrów powołuje bezterminowo RU spośród osób, które:

- wyróżniają się wiedzą prawniczą oraz doświadczeniem zawodowym w zakresie ubezpieczeń gospodarczych lub zabezpieczenia społecznego;
- dają rękojmię należytego wykonywania obowiązków arbitra;
- posiadają wyższe wykształcenie;

- posiadają pełną zdolność do czynności prawnych.

Regulamin Sądu Polubownego, w § 5 ust. 4, przewiduje możliwość wnoszenia kandydatur przez inne środowiska, np. organizacje konsumenckie, UOKiK, samorząd gospodarczy podmiotów działających na rynku ubezpieczeń, w tym ZU, a także środowiska naukowe. Podobnie jak w roku 2010, w roku 2011, powyższe podmioty nie wysunęły żadnej kandydatury na arbitra.

Istnieje również możliwość zgłaszania swych kandydatur przez kandydatów na arbitrów. W tym trybie, w 2011 r. na stanowisko arbitra został powołany arbiter z wykształceniem prawniczym, specjalizujący się w dziedzinie ubezpieczeń gospodarczych. W chwili obecnej funkcję arbitra pełni 27 osób, przy czym jeden z arbitrów został zawieszony ze względu na okoliczności czasowo uniemożliwiające mu pełnienie funkcji. Wszystkie osoby powołane przez RU do pełnienia funkcji arbitra spełniają wymogi zawarte w § 5 ust. 3 Regulaminu, m.in. status zawodowy arbitrów nie rodzi wątpliwości co do ich bezstronności i obiektywizmu.

Lista arbitrów Sądu Polubownego stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu Sądu Polubownego przy RU.

Podobnie jak w latach ubiegłych, arbitrom Sądu Polubownego przysługuje wynagrodzenie z tytułu podjętych przez nich czynności przewidziane w tabeli wynagrodzeń. Od dnia utworzenia sądu, tj. od 2004 r. do chwili obecnej wynagrodzenia arbitrów pozostają na niezmiennym, niskim poziomie.

5. Wnioski kierowane do Sądu Polubownego

W 2011 r. do Sądu Polubownego przy RU skierowanych zostało 34 wnioski – wszystkie wnioski dotyczyły postępowania polubownego.

Podobnie jak w latach ubiegłych większość wniosków dotyczyła ubezpieczeń majątkowych.

Tabela nr 35
Podmioty pozwane przed Sąd Polubowny przy RU w 2011 r.

Lp.	Podmiot pozwany	Liczba wniosków
1.	PZU S.A.	6
2.	TUiR WARTA S.A..	5
3.	PZU ŻYCIE S.A.	3
4.	TUW TUW	3
5.	STU Ergo Hestia S.A	2
6.	TUiR Allianz Polska S.A.	2
7.	HDI Asekuracja TU S.A.	2
8.	PAPTUnaŻiR Amplico AIG Life S.A.	1
9.	UNIQA TU S.A.	1
10.	Link 4 TU S.A.	1
11.	Benefia TU S.A. VIG	1
12.	TU Compensa S.A. VIG	1
13.	Lighthouse Insurance Company	1
14.	TU Allianz Życie Polska S.A.	1
15.	Ogółem	30

W wyniku podjętych przez Sąd czynności wszczęte właściwe postępowania polubowne zakończyły się w następujący sposób:

Tabela nr 36
sposób zakończenia postępowania przez Sąd Polubowny przy RU w 2011 r.

Lp.	Sposób zakończenia postępowania	Liczba
1.	wyrażenie zgody przez zakład ubezpieczeń	1
2.	umorzenie postępowania ze względu na odmowę przystąpienia do sporu	13
3.	umorzenie postępowania ze względu na nieusunięcie braków formalnych, brak odpowiedzi ZU, brak właściwości)	13
4.	sprawy w toku	7
5.	Ogółem	34

6. Popularyzacja pozasądowego rozstrzygania sporów

Chcąc zapewnić maksymalne wykorzystanie możliwości polubownego rozstrzygania sporów, a także ze względu na obowiązujące w tym zakresie prawo europejskie, RU kontynuuje działania mające na celu popularyzację Sądu. Podobnie jak w latach ubiegłych, RU stale podejmował działania informacyjne i edukacyjne mające na celu rozpowszechnienie wiedzy konsumentów o funkcji i możliwościach polubownego rozstrzygania sporów. W tym celu RU nadal wykorzystuje m.in. opracowania zawierające informacje o Sądzie Polubownym i sposobie jego działania. Tak jak w latach ubiegłych, informacje takie dołączane są także do korespondencji prowadzonej w ramach postępowań skargowych prowadzonych przez RU. Konsekwentnie RU prowadzi także stałą współpracę z przedstawicielami mediów w obszarze sądownictwa polubownego.

Na utworzonej przez RU w latach ubiegłych i udoskonalanej stronie internetowej zamieszczone są zarówno podstawowe informacje o Sądzie, wskazujące wymogi formalne wszczęcia postępowania, jak i Regulamin Sądu, listę arbitrów oraz taryfę za czynności Sądu. W celu ułatwienia konsumentom przygotowywanie wniosku o wszczęcie postępowania, na stronie internetowej zamieszczony został także wzór wniosku. Nadal rozbudowywany i udoskonalany jest serwis internetowy RU, także w części poświęconej Sądowi Polubownemu przy RU. Strona ta zawiera przystępnie podane informacje o działalności Sądu, a także opracowania mające przybliżyć problematykę i korzyści wynikające z sądownictwa polubownego. Nadal kontynuowane są działania mające na celu popularyzowanie Sądu Polubownego przy okazji porad telefonicznych, postępowania skargowego, a także poradnictwa prowadzonego za pomocą poczty elektronicznej i kontaktów z mediami.

RU podejmuje wiele działań w celu spopularyzowania instytucji Sądu Polubownego, niestety nadal nie jest ona wykorzystywana w stopniu na to zasługującym – wynika to z faktu, iż zakłady ubezpieczeń nadal nie są zainteresowane tą formą rozstrzygania sporów, co ma również wpływ na liczbę wniosków kierowanych do Sądu. Główną i stale wskazywaną przez ZU przyczyną niewyrażania zgody na przeprowadzenie postępowania jest umiejscowienie Sądu przy Urzędzie, którego ustawowym obowiązkiem jest ochrona interesów konsumentów rynku ubezpieczeń. Innym – także niesłusznym – zarzutem jest fakt, iż osoby pełniące rolę arbitrów Sądu są w dziedzinie ubezpieczeń jedynie teoretykami, działającymi w oderwaniu od realiów postępowania likwidacyjnego i wszystkich zagadnień z nim związanych, co zdaniem ZU nie gwarantuje dokonania poprawnej analizy wszystkich zagadnień związanych z rozstrzyganym sporem. Należy jednak podkreślić, iż arbitrzy orzekający w Sądzie

Polubownym przy RU spełniają wszelkie wymogi warunkujące pełnienie funkcji arbitra, w tym obiektywizm i profesjonalizm. Nadto, warto zwrócić uwagę na fakt, iż zarządzeniem RU z dnia 14 maja 2007 r., do Regulaminu Sądu wprowadzono postanowienie, zgodnie z którym przy powołaniu arbitrów RU kieruje się również wskazaniami kandydatów ze strony m.in. samorządów gospodarczych, skupiających podmioty działające na rynku ubezpieczeń. Niestety, nadal żaden z zakładów ubezpieczeń z tej możliwości nie skorzystał.

Zdaniem RU, powyższe pozwala na przyjęcie tezy, iż główną przyczyną niewyrażania zgody przez ubezpieczycieli na wszczęcie właściwego postępowania polubownego jest niechęć zakładów ubezpieczeń do uczestniczenia w postępowaniu sądowym wówczas, gdy nie jest to koniecznością. Biorąc zaś pod uwagę stan polskiego sądownictwa, wielu uprawnionych do odszkodowania rezygnuje z wytoczenia powództwa, co dodatkowo redukuje liczbę sporów toczących się na drodze sądowej. Maleje zatem także prawdopodobieństwo konieczności uznania kierowanych do ubezpieczycieli roszczeń.

XI. Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej

Rok 2011 był trzynastym rokiem działalności FEU, podmiotu, którego zasadniczym celem jest organizacyjne i merytoryczne wspieranie Urzędu RU, szczególnie w obszarze działalności edukacyjno-informacyjnej.

Działania Fundacji pozwoliły w 2011 r. na zrealizowanie kilku istotnych przedsięwzięć, pośród których na szczególną uwagę zasługują:

1. Współorganizacja dwóch konferencji naukowych poświęconych problematyce prawno-ubezpieczeniowej, tj.:

- „Nowoczesne rozwiązania w zakresie kompensacji szkód komunikacyjnych”, Warszawa 21 marca 2011 r., organizowana we współpracy ze Stowarzyszeniem „Pro Motor” oraz Wydziałem Zarządzania Politechniki Warszawskiej. W konferencji udział wzięli zarówno przedstawiciele uznanych zagranicznych ośrodków akademickich jak prof. Barbara Billingsley z University of Alberta w Edmonton, z Kanady, prof. Laureen Regan z Temple University, w Filadelfii w Stanach Zjednoczonych jak i krajowych uczelni specjalizujących się w prawie odszkodowawczym oraz ubezpieczeń gospodarczych jak prof. Ewa Bagińska reprezentująca Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersytet Gdański, prof. Eugeniusz Kowalewski oraz dr Katarzyna Ludwichowska z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W gronie prelegentów w spotkaniu udział wzięli również eksperci z rynku skandynawskiego jak Matts Nordell, Roger Stenseth oraz Ginnie Viberg reprezentujący kolejno szwedzkie, norweskie i duńskie biura ubezpieczycieli komunikacyjnych. Na konferencji obecni byli uznani krajowi eksperci, przedstawiciele MF, UOKiK, branżowych samorządów gospodarczych oraz konsumentów. Konferencję patronatem objął RU oraz The Geneva Association for the Study of Insurance Economics. Konferencja stanowiła kolejną z cyklu spotkań debatę poświęconą alternatywnym dla tradycyjnych modeli kompensacji szkód komunikacyjnych skupiając się tym razem głównie na modelu likwidacji szkód *no-fault* (bez konieczności ustalania winy);
- „Ubezpieczenie ochrony prawnej – prawnik dla przezornego Polaka”, Warszawa 16 maja 2011 r. organizowana we współpracy z Naczelną Radę Adwokacką. W konferencji udział

wzięli: Minister Sprawiedliwości Krzysztof Kwiatkowski, Rzecznik Ubezpieczonych Halina Olendzka, Sędzia Sądu Najwyższego w stanie spoczynku Zbigniew Strus, Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej Andrzej Zwara, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego BRPO Katarzyna Łakoma, przedstawiciele polskiej palestry, prawniczych samorządów zawodowych, przedstawiciele MF, UOKiK, ubezpieczeniowych samorządów gospodarczych, ubezpieczycieli, środowisk akademickich oraz konsumentów. Konferencja stanowiła szeroką debatę poświęconą propagowaniu idei ubezpieczenia ochrony prawnej służącej zdecydowanemu zwiększeniu dostępu obywateli do usług prawnych.

2. Współpraca z RU oraz Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego w opracowaniu i wydaniu dwóch kolejnych (dziesiątego i jedenastego) numerów zeszytu naukowego „Rozprawy Ubezpieczeniowe”. Wskazywana publikacja zajęła już na stałe wysoką pozycję na rynku wydawniczym, a także cieszy się coraz szerszym zainteresowaniem ze strony środowisk akademickich i profesjonalnych uczestników obrotu, co wpisuje się w zasadnicze cele stawiane przed tym cyklicznym projektem edukacyjno-informacyjnym. Zeszyt służy bowiem rozwojowi i upowszechnianiu specjalistycznej wiedzy z jak najszerszej pojmowanej problematyki ubezpieczeniowej pośród młodzieży akademickiej, środowisk naukowych i branżowych (kadry zarządzającej, pracowników działów likwidacji, pionów pomocy prawnej, powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów, organizacji konsumenckich, a także podmiotów trudniących się pomocą poszkodowanym w dochodzeniu roszczeń od ubezpieczycieli). W zeszytach zamieszczono artykuły problemowe dotyczące bieżących zagadnień i problemów rynku ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia społecznego oraz sprawozdania z szeregu konferencji naukowych, seminariów międzynarodowych, bieżące informacje z poszczególnych zrealizowanych projektów oraz recenzje fachowych publikacji (por. roz. VII pkt 4).

3. Pomoc merytoryczna w dalszym zrównoważonym rozwoju strony internetowej RU (www.rzu.gov.pl). Podobnie jak w latach ubiegłych na portalu w zakładce publikacje, zamieszczano na bieżąco artykuły i opracowania osób współpracujących z FEU, które ukazywały się w zeszycie naukowym „Rozprawy Ubezpieczeniowe” i „Monitorze Ubezpieczeniowym”. Ponadto przy współudziale ekspertów FEU zrealizowano szereg prac nad rozbudową linków znajdujących się w serwisie internetowym RU, tj.: Vademecum

ubezpieczonego (ABC ubezpieczeń, najczęstsze pytania oraz pytania i odpowiedzi), Serwisu prawnego (bazy orzecznictwa sądowego w obszarze ubezpieczeń oraz wzorów pism przed procesowych w kontaktach z ZU oraz pism procesowych wykorzystywanych w postępowaniach cywilnych). Wszystkie te prace szły w kierunku usprawnienia i wprowadzenia udogodnień dla osób poszukujących pomocy prawnej na cieszącej się olbrzymim zainteresowaniem stronie internetowej www.rzu.gov.pl (por. roz. VII pkt 1).

4. Współpraca w organizacji wraz z RU i „Gazetą Ubezpieczeniową” kolejnej X edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. FEU wspiera Konkurs głównie od strony organizacyjnej, w szczególności poprzez pozyskiwanie zewnętrznych środków na nagrody (sponsoring, darowizny) i organizację dla laureatów staży w ZU, PTE i firmach brokerskich. Współorganizowany przez FEU Konkurs przyciąga każdego roku szeroką rzeszę młodych ludzi zainteresowanych problematyką ubezpieczeniową i zabezpieczenia emerytalnego, a z biegiem ostatnich lat stał się powszechnie znaną i cenioną pośród ośrodków akademickich formą działalności edukacyjno-informacyjnej RU i FEU, skupiając w tym projekcie czołowe polskie uczelnie wyższe (por. roz. VII pkt 5).

5. Współpraca z RU przy wydawaniu MU – periodyku RU. FEU w okresie sprawozdawczym przygotowała do MU opracowania informacyjno-edukacyjne na rzecz konsumentów usług ubezpieczeniowych. MU, który niesie te treści omawiając występujące po stronie konsumentów problemy praktyczne, postrzegany jest jako jedno z kluczowych konsumenckich opracowań poradniczych z zakresu ubezpieczeń i zabezpieczenia społecznego. Ponadto celem zwiększenia liczby jego odbiorców jest on również dystrybuowany do osób zainteresowanych w wersji elektronicznej za pośrednictwem serwisu internetowego RU (por. roz. VII pkt 3).

6. Bieżąca współpraca głównie z branżowymi mediami w zakresie publikacji fachowych, tj. z miesięcznikiem „Prawo, Ubezpieczenia, Reasekuracja” oraz „Miesięcznikiem Ubezpieczeniowym” tygodnikiem „Gazetą Ubezpieczeniową” i internetowym publikatorem „Dziennik Ubezpieczeniowy”.

Prócz tych zasadniczych przedsięwzięć przedstawiciele FEU brali aktywny udział w licznych audycjach radiowych i telewizyjnych mających na celu rozwój wiedzy i szerzenie

informacji pośród społeczeństwa z zakresu ubezpieczeń gospodarczych na polskim rynku. Przedstawiciele FEU uczestniczyli ponadto w różnego rodzaju konferencjach, prezentacjach, prelekcjach i innych projektach edukacyjno-informacyjnych m.in. w spotkaniach ze studentami Podyplomowego Studium Ubezpieczeń Gospodarczych na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego w dniach 13 i 20 marca 2011 r., wsparciu, w tym ufundowaniu nagród rzeczowych w ramach VII finału Wielkopolskiej Olimpiady Wiedzy Konsumenckiej, Poznań 11 kwietnia 2011 r., V międzynarodowej konferencji w Rydzynie pt. „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”, Rydzyna 30 maja – 1 czerwca 2011 r., konferencji naukowej „Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego A.D. 2011”, Warszawa 6 maja 2010 r., konferencji naukowej pt. „Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym”, Toruń 15 maja 2011 r., XIV Kongresie brokerów pt. „Broker a ubezpieczyciel – synergia czy konflikt interesów” w dniach 26-28 maja 2011 r., konferencji Polskiej Izby Odszkodowań pt. „Wzrost świadomości prawnej i poprawa jakości życia osób poszkodowanych”, Warszawa 1 lipca 2011 r., konferencji organizowanej przez dziennik „Rzeczpospolita” pt. „Zakres ochrony ubezpieczeniowej w dobrowolnych ubezpieczeniach OC”, Warszawa 26 października 2011 r., oraz konferencji naukowej pt. „Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych”, Toruń 4-5 października 2011 r. (por. roz. VII pkt 7).

W kolejnych latach FEU zamierza w ścisłej współpracy z RU, a także innymi podmiotami zainteresowanymi poprawą i budową świadomości ubezpieczeniowej polskiego społeczeństwa, kontynuować uprzednio przyjęte kierunki działania, a także podejmować nowe cenne dla konsumentów projekty w szczególności organizację konferencji dotyczących m.in. tematyki związanej z wejściem w życie prokonsumenckich przepisów nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, a także problemów diagnozowanych na rynku bancaassurance (ubezpieczeń oferowanych za pośrednictwem banków) m.in. we współpracy z MF, UOKiK, UKNF, PIU.

Oczywiście intensywność i zakres tych działań są zdeterminowane rozmiarem pozostających w dyspozycji FEU środków finansowych, których pozyskanie w dobie ciągle odczuwalnego kryzysu nie jest zadaniem łatwym. Dotychczasowe zadania, pomimo niewielkich środków finansowych będących w dyspozycji FEU i pochodzących z darowizn i wpłat uczestników z tytułu udziału w seminariach, zrealizowano przede wszystkim

znacznym wysiłkiem Zarządu oraz osób współpracujących z FEU, starając się maksymalnie ograniczać koszty jej działalności.

XII. Wnioski

1. W okresie sprawozdawczym RU realizował swoje zadania zgodnie z przepisami ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych. Przygotowując roczne sprawozdanie z działalności RU, równolegle przeprowadzona została szczegółowa analiza zebranego w ciągu roku materiału. Pozwalała ona na zdiagnozowanie najważniejszych problemów, których rozwiązanie należy uwzględnić w kierunkowych planach na kolejny rok, a nawet z uwagi na wielopłaszczyznowość poszczególnych zagadnień na kolejne lata. Podstawowym dla RU źródłem informacji o problemach występujących na rynku ubezpieczeniowym, w tym szczególnie oceny sytuacji ubezpieczających, ubezpieczonych, poszkodowanych, oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia są bezpośrednie kontakty z konsumentami usług ubezpieczeniowych. Realizują się one w różnych formach. Nadal najpowszechniejszą formę tych kontaktów stanowią tradycyjne skargi nadsyłane pocztą, zawierające prośbę do RU o interwencje w ZU lub OFE, lub o udzielenie odpowiedzi na nurtujące konsumenta kwestie natury prawnoubezpieczeniowej. Ponadto zauważamy, że powszechna informatyzacja powoduje szczególnie znaczącą dynamikę kontaktów z konsumentami za pośrednictwem drogi elektronicznej (e-mailingu). Dlatego też w 2012 r. zamierzamy zamieścić na stronie internetowej RU wzór formularza ułatwiającego zadawanie pytań kierowanych drogą e-mailową. Znakomitym źródłem bieżącego monitorowania i diagnozowania pojawiających się problemów na rynku ubezpieczeniowym są również informacje pozyskiwane podczas codziennych dziesięciogodzinnych dyżurów telefonicznych prowadzonych w BRU. Niestety, aktualny poziom finansowania RU i jego Biura nie pozwala na uruchomienie równoległej infolinii z poradami eksperckimi. Wszystkie wymienione formy kontaktów BRU z konsumentami usług ubezpieczeniowych podlegają od lat systematycznej, a także zmiennej dynamice. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać nie tylko w niedoskonałościach działań ZU i OFE, ale również w rosnącej, przy czym zbyt wolno, świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa. Również pewne znaczenie dla dynamiki kontaktów ma zapewne poszerzanie się kręgu osób i instytucji, którym znana jest działalność RU jak i zakres uprawnień, którymi dysponuje. Rozpatrywanie i analiza indywidualnych spraw i informacji napływających do RU wszystkimi kanałami w rezultacie przekładała się na podejmowanie następczych działań, mających charakter ogólny. Zaliczyć do nich można przede wszystkim współpracę z UOKiK, UKNF, a także inicjowanie przez RU, za pośrednictwem MF prac legislacyjnych w obszarze prawa ubezpieczeniowego.

2. Prowadząc postępowania skargowe, w tym badając zgodność z prawem działań ZU, RU m.in. weryfikuje podstawy odmowy lub redukcji odszkodowania z rejestrem klauzul niedozwolonych, gromadzonych i udostępnianych przez Prezesa UOKiK. Rejestr ten zawiera listę zapisów o.w.u., które zostały orzeczeniami SOKiK uznane za niedozwolone w obrocie z konsumentami. Okazuje się bowiem, że często na tego rodzaju zapisy powoływały się ZU, uzasadniając odmowę lub redukcję wysokości odszkodowania. Z tych względów RU opracuje szerszy raport poświęcony klauzulom abuzywnym w działalności ubezpieczeniowej, ukazując głównie argumentację prawną, która przesądziła, iż tego typu zapis został uznany za niedozwolony. Raport ten będzie upubliczniony na stronie internetowej RU, nadto będzie na bieżąco aktualizowany o kolejne wpisy i przekazany zainteresowanym podmiotom. Sądzymy, że materiał ten będzie również przydatny konsumentom, pośrednikom ubezpieczeniowym, jak również samym ZU, którzy będą mieli dostęp do ocen SOKiK, skutkujących uznaniem poszczególnych postanowień wzorców za niedozwolone. Tym samym ZU uzyskają niocenione narzędzie, pozwalające na unikanie niedozwolonych treści przy nowelizowaniu i tworzeniu wzorców umownych, których obecność w o.w.u. może skutkować sankcjami o charakterze administracyjno-prawnym. Kontynuując prace mające na celu wyeliminowanie z obrotu klauzul abuzywnych, RU będzie równolegle prowadził systematyczne działania, których celem będzie zarówno diagnozowanie zapisów w o.w.u. mających – w opinii RU – niedozwolone cechy jak i o treści tożsamej albo o celu podobnym do postanowienia, które uprzednio zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych oraz ich usuwanie z obrotu, za pośrednictwem informacji składanych do Prezesa UOKiK. Szczególnie istotne dla tych postępowań sprawdzających jest wykorzystanie bogatego materiału zawartego w doniesieniach kierowanych do BRU, gdyż często analiza problemu zgłaszanego przez konsumenta w konkretnej indywidualnej sprawie wskazuje, iż przyczyną sporu z ZU jest zapis o.w.u., który rodzi podejrzenie, iż może zostać uznany lub uprzednio został uznany za niedozwolony.

W ramach postępowań skargowych powiększającą się liczebnie grupę skarg stanowią sprawy, w których RU kończąc bez powodzenia postępowanie skargowe w sytuacji, gdy w jego ocenie stanowisko ZU jest niezgodne z prawem, sugeruje skarżącemu wystąpienie na drogę sądową, oferując jednocześnie dalszą pomoc poprzez przedstawienie sądowi oświadczenia RU zawierającego istotny pogląd w sprawie. Jest to narzędzie, które zdaniem RU stanowi optymalną formę pomocy, którą Urząd może świadczyć konsumentom na etapie postępowania sądowego, dlatego przewiduje się szersze wykorzystywanie tej możliwości mimo ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na działalność RU. Ponadto,

chcąc wzmacniać pozycję konsumenta RU na etapie postępowań sądowych uzyskał również deklarację ze strony Federacji Konsumentów o gotowości do udzielania konsumentom wsparcia w formie bezpłatnej pomocy – zastępstwa procesowego w sporach cywilnoprawnych, o czym będzie informował zainteresowanych.

RU przewiduje, iż w 2012 r. prawdopodobnie zapadną rozstrzygnięcia SN odnośnie zapytań prawnych zawartych w trzech kolejnych wnioskach¹¹. Wnioski te, opierają się na rozbieżnej wykładni orzecznictwa sądów powszechnych w spornych sprawach powstałych na tle obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Ogólnie, przedstawiając zarys zapytań poddanych pod rozstrzygnięcie SN, RU próbuje wyjaśnić tą drogą kolejno zagadnienia:

- pokrywania przez ZU sprawcy szkody kosztów pełnomocnika poszkodowanego reprezentującego go na etapie przedsądowym (w tzw. postępowaniu likwidacyjnym);
- stosowania w odszkodowaniach, przez ZU, potrąceń amortyzacyjnych części zamiennych potrzebnych do naprawy;
- stosowania przez ZU sprawcy szkody do ustalenia wysokości kosztów przeprowadzanej naprawy, cen części alternatywnych, mimo, że odmienne zostały uszkodzone w wypadku.

Rozstrzygnięcia SN mogą zdecydowanie zmienić dotychczasowe procedury likwidacyjne stosowane w postępowaniach odszkodowawczych przez ZU. W dalszym etapie dla RU będzie to oznaczać badanie, w ramach postępowań skargowych, czy uchwały SN mają przełożenie na praktykę likwidacyjną ZU i są w pełni uwzględniane w procedurach stosowanych przez ubezpieczycieli.

3. Prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej na rzecz obywateli to zadanie RU mające szczególne znaczenie dla podnoszenia w społeczeństwie świadomości prawnoubezpieczeniowej. Służą temu zarówno bogate w treści materiały zamieszczane na stronie internetowej RU www.rzu.gov.pl, jak również działalność wydawnicza RU („Monitor Ubezpieczeniowy” i „Rozprawy Ubezpieczeniowe”) oraz prowadzona na bieżąco współpraca z mediami, zarówno branżowymi („Gazeta Ubezpieczeniowa”, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, portale internetowe o profilu

¹¹ Trzy omawiane wnioski RU do SN z września, października i listopada 2011 r. zamieszczone są na stronie internetowej www.rzu.gov.pl.

finansowo-ubezpieczeniowym) jak i innymi mediami o zróżnicowanych profilach i zakresie terytorialnym, by w ten sposób dotrzeć z informacją do jak najszerszego grona odbiorców.

Z uwagi na to, iż w 2012 r. z dniem 11 lutego wchodzi w życie znowelizowana ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, wprowadzająca szereg nowych, bardzo istotnych regulacji, których nieznajomość przez konsumentów, szczególnie w okresie przejściowym, tj. w czasie najbliższego roku może skutkować szeregiem problemów i sporów, RU planuje od początku 2012 r. intensyfikację działań informacyjno-edukacyjnych, kładąc szczególny nacisk na przekaz ukazujący zarówno dobrodziejstwa jak i zagrożenia dla posiadaczy pojazdów w związku z wprowadzonymi w ustawie zmianami. W tym celu na stronie internetowej RU zamieszczono materiały informacyjne poświęcone wchodzącym w życie zmianom. Będziemy starać się dotrzeć z szerokim przekazem do mediów, w tym szczególnie o zasięgu lokalnym, by jak najskuteczniej propagować w społeczeństwie informacje o zmianach przyjętych w nowej ustawie.

Dodatkowo, w lutym 2012 r. RU wraz z FEU organizuje konferencję poświęconą zmianom w ustawie¹², do udziału w której zaproszono ZU, pośredników ubezpieczeniowych, dziennikarzy, przedstawicieli środowisk akademickich oraz MF, UFG, PBUK i PIU. Tak szeroka reprezentacja środowisk związanych z problematyką ubezpieczeniową w konferencji winna wzmocnić ten przekaz, a także – co również jest celem tego projektu – spowodować wypracowanie jednolitego stanowiska w kwestiach sygnalizowanych kontrowersji.

W ramach działań edukacyjnych RU planuje również w najbliższym roku generalną przebudowę strony internetowej, poprzez aktualizację i uzupełnienie zawartych treści, w tym m.in. przykładów orzecznictwa sądowego z zakresu ubezpieczeń. Szczególna uwaga zostanie poświęcona blokom informacyjnym dotyczącym szeroko rozumianej problematyce ubezpieczeń związanych z rolnictwem. Uważamy, że temu tematowi poświęca się zbyt mało uwagi, a rosnące zapotrzebowanie na wiedzę z tego zakresu wśród mieszkańców wsi i znaczny stopień trudności, którym charakteryzuje się ta dziedzina, wymaga szerokiego oraz przystępnego opisu zarówno problemów występujących w tym obszarze, jak i produktów ubezpieczeniowych oferowanych dla tego sektora. W tym zakresie RU m.in. współpracować

¹² Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG, PBUK oraz niektórych innych ustaw.

będzie z Fundacją Wspomagania Wsi, której misją jest szeroko pojęta edukacja finansowa mieszkańców przede wszystkim wsi, ale także mniejszych ośrodków miejskich.

4. Bardzo ważnym zadaniem, realizację którego RU rozpoczął w 2010 r. i kontynuuje w 2012 r. jest zmiana polityki informacyjnej ZU i OFE, na rzecz otwarcia tych podmiotów w kierunku jawności prowadzonej działalności, szczególnie w zakresie prezentowania danych i informacji odnoszących się do efektywności procedur likwidacyjnych, jakości świadczonych usług, a tym samym poziomu i sprawności wykonywania zawartych umów. Propozycja transparentności w działalności ZU i OFE zyskała już pozytywną opinię posłów uczestniczących w pracach Podkomisji stałej ds. instytucji finansowych o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw, która zakończyła prace w sierpniu 2011 r., a także przychyłność pośredników ubezpieczeniowych. Jednakże ostateczne rozwiązanie legislacyjne w tym zakresie postanowiono połączyć z przewidzianą na 2012 r. nowelizacją ustawy o działalności ubezpieczeniowej. RU deklaruje, iż jest gotów wziąć na siebie ciężar publikowania tych danych w ramach sporządzania corocznych sprawozdań, przy czym jest otwarty na inne rozwiązanie np. publikowania tych danych przez organizację samorządową zakładów ubezpieczeń (PIU)¹³.

5. Poważnym, ciągle nieuregulowanym problemem godzącym w uzasadniony interes konsumentów są nieprawidłowości występujące na rynku ubezpieczeń określanych mianem bancassurance, czyli ubezpieczeń powiązanych z produktami bankowymi, które są oferowane głównie przez banki i pośredników finansowych. Mimo, że kłopoty konsumentów na tym rynku są już od kilku lat powszechnie znane, opisane i szeroko dyskutowane, to nie udało się ich w pełni wyeliminować. Jednocześnie z udziałem przedstawicieli ZBP i PIU powstają kolejne Rekomendacje ustanawiające zasady dobrych praktyk w obszarze bancassurance, przy czym w opinii RU działania te nie eliminują w pełni z obrotu diagnozowanych nieprawidłowości, szkodzących głównie interesom konsumentów tych usług. RU wyraża opinię, iż bez zmian regulacji prawnych na poziomie ustawowym trudno będzie wyeliminować istniejące po stronie konsumentów korzystających z ubezpieczeń bancassurance problemy. Jesienią 2012 r. RU planuje zorganizowanie konferencji poświęconej tej problematyce z udziałem wszystkich zainteresowanych stron, tj. przedstawicieli ZBP, PIU, UOKiK, UKNF, celem wszechstronnego przedyskutowania

¹³ Szerzej na temat publikacji danych z działalności ZU i OFE w „Monitorze Ubezpieczeniowym” nr 43 z 2010 r., nr 45 z 2011 r. oraz nr 48 z 2012 r.

występujących na rynku bancassurance problemów, które godzą w uzasadnione interesy konsumentów, a także rozważenia sposobów ich definitywnego wyeliminowania z praktyki obrotu.

6. RU oczekuje również, iż w 2012 r. nastąpi dalszy wzrost liczby spraw w których występuje tzw. element zagraniczny. Do nich będą zaliczać się m.in. sprawy, w których poszkodowanym na terytorium RP zostanie cudzoziemiec, bądź też wypadek obywatela RP zdarzył się poza granicami RP. Kwestia ustalenia właściwości prawa stosowanego w danej sprawie, w tym zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej oraz wysokości świadczeń w związku z różnicami występującymi w tym zakresie w poszczególnych krajach UE jest przyczyną skarg kierowanych do RU. Mimo znacznej standaryzacji prawa wspólnotowego, w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, występują pewne odmienności poszczególnych krajach UE dotyczące prawa odszkodowawczego za szkody wyrządzone ruchem pojazdów. W praktyce przekłada się to na odmienny w poszczególnych krajach obowiązujący zakres ochrony odszkodowawczej w stosunku do ofiar wypadków, sposób likwidacji szkody, terminy występujące w procesie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych itd. Zwiększająca się liczba tego rodzaju skarg trafiających do RU skutkuje dodatkowym obciążeniem BRU, gdyż są to z reguły sprawy od strony prawnej i dowodowej skomplikowane, wymagające kontaktów z zagranicznymi ZU, ich reprezentantem, a także instytucjami chroniącymi konsumentów, choćby w celu uzyskania dodatkowych wyjaśnień, dowodów czy też ustaleń faktycznych.

7. Wykazana w sprawozdaniu dynamika w realizowanych przez RU i jego Biuro zadaniach wiąże się ze wzrostem obciążeń pracowniczych całego Urzędu, co przy konieczności przestrzegania dyscypliny budżetowej wynikającej z Planu finansowego RU na 2012 r. może stanowić zagrożenie dla wykonywania wszystkich czynności wskazanych w ustawie. Pewne wsparcie finansowe dla BRU mogłyby stanowić wpłaty na działalność Urzędu ze strony zagranicznych podmiotów, niemających swych oddziałów na terenie RP lecz prowadzących sprzedaż produktów ubezpieczeniowych w Polsce na zasadzie swobody świadczenia usług w ramach UE. Wymaga to jednak ustawowej regulacji, która w ramach nowelizacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej planowana jest na najbliższy rok.

8. W 2012 r. RU będzie aktywnie dążył do wprowadzenia rozwiązań legislacyjnych dotyczących:

- nowelizacji ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w związku z koniecznością implementacji do polskiego prawa standardów UE w zakresie wypłacalności ZU, tzw. Solvency II;
- określenia ostatecznego kształtu zapowiadanej przez rząd, a obecnie szeroko dyskutowanej reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego, biorąc pod uwagę przede wszystkim interesy przyszłych świadczeniobiorców;
- budowy systemu zachęcającego do samodzielnego oszczędzania na okres po zakończeniu aktywności zawodowej poprzez wprowadzenie ulgi podatkowej, będące kontynuacją dotychczasowych projektów;
- wypracowaniem przepisów uwzględniających pomoc Państwa w zakresie ustanowienia ubezpieczeń klęskowych, najlepiej o charakterze obowiązkowym, w związku z coraz częściej występującymi szkodami majątkowymi wywołanymi przez żywioły;
- wprowadzenia nowych uregulowań dotyczących rzeczoznawstwa samochodowego, jego roli i znaczenia w procesie likwidacji szkód komunikacyjnych;
- uregulowania działalności podmiotów trudniących się uzyskiwaniem świadczeń od ZU.

9. RU wyraża również nadzieję, iż część rynku finansowego reprezentowana przez ZU i OFE będzie się nadal rozwijać, skutecznie opierając się globalnemu kryzysowi, nie tracąc jednakże z pola widzenia priorytetu, jakim jest szeroko rozumiana dbałość o interes swoich żywicieli – konsumentów usług ubezpieczeniowych. Zapewne na dynamikę rozwoju tej części sektora finansowego wpłynęłaby pozytywnie poprawa jego wizerunku, co można by osiągnąć upubliczniając – większy niż aktualnie – zakres informacji i danych o prowadzonej działalności, a tym samym po stronie podażowej wzmacniając nie tylko konkurencyjność cenową a przede wszystkim jakościową. Nadto, wprowadzenie do obrotu, przy współdziałaniu profesjonalnych pośredników ubezpieczeniowych, odpowiednio dostosowanych do potrzeb różnych grup klientów, pozbawionych klauzul abuzywnych różnorodnych produktów ubezpieczeniowych (o.w.u.) powinno zaowocować wzrostem popularności w społeczeństwie ubezpieczeń dobrowolnych, a uwolnione z okowów wojny

cenowej stawki na obowiązkowe ubezpieczenia powinny doprowadzić do prokonsumenckich zmian w procedurach likwidacyjnych w najpopularniejszym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – zanim wymusi to na ZU orzecznictwo sądowe, szczególnie SN.

Rzecznik Ubezpieczonych

Aleksandra Wiktorow

Załączniki

Załącznik nr 1. „Monitory Ubezpieczeniowe” wydane w 2011 r.

- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 44;
- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 45;
- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 46;
- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 47.

Załącznik nr 2. Zeszyty Naukowe „Rozprawy Ubezpieczeniowe” wydane w 2011 r.

- „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 10(1/2011);
- „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 11(2/2011).