

**SPRAWOZDANIE
RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH
ZA
2012 ROK**

Warszawa, luty 2013 r.

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	4
I. Zmiany w przepisach stanowiących podstawy prawne działania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych .	7
II. Organizacja i finanse	8
1. Stan osobowy	8
2. Lokal i wyposażenie	8
3. Finanse	9
III. Działania o charakterze ogólnym	13
1. Działania z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	13
1.1. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Ministerstwem Finansów	13
1.2. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów	14
1.3. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Komisją Nadzoru Finansowego	18
1.4. Inne czynności o charakterze ogólnym	19
2. Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego	24
3. Działania w zakresie problematyki zabezpieczenia emerytalnego	32
IV. Opiniowanie aktów prawnych i udział w pracach legislacyjnych	33
1. Ubezpieczenia gospodarcze	33
2. Zabezpieczenie emerytalne	48
V. Analiza wzorców umownych - ogólnych warunków ubezpieczenia	51
VI. Formy bezpośredniej pomocy na rzecz konsumentów i innych podmiotów	54
1. Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	54
1.1. Tematyka skarg	57
1.2. Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	69
1.3. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wyniki interwencji	73
1.4. Liczba skarg kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń	80
2. Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych	104
2.1. Podział skarg ze względu na podmiot, wobec którego została wniesiona skarga	106
2.2. Tematyka skarg	110
2.3. Sposób załatwienia spraw wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych i wyniki interwencji	111
3. Dyżury telefoniczne	113
3.1. Dyżury z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	113
3.2. Dyżury z zakresu zabezpieczenia emerytalnego	136
4. Listy napływające drogą elektroniczną (e-maile)	138
5. Przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla sprawy	142

VII. Działalność edukacyjno-informacyjna.....	149
1. Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych.....	149
2. Współpraca z mediami i publikacje	151
3. „Monitor Ubezpieczeniowy”	153
4. „Rozprawy Ubezpieczeniowe”	153
5. Konkurs na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką (dyplomową) oraz podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych	155
6. Współpraca z organizacjami konsumenckimi oraz powiatowymi i miejskimi rzecznikami konsumentów...	156
7. Współpraca ze środowiskiem akademickim.....	157
VIII. Współpraca międzynarodowa	160
IX. Rada Ubezpieczonych.....	163
X. Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych	165
XI. Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej	169
XII. Wnioski.....	172

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. „Monitory Ubezpieczeniowe” wydane w 2012 r.

Załącznik nr 2. Zeszyty Naukowe „Rozprawy Ubezpieczeniowe” wydane w 2012 r.

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

IKE – Indywidualne Konto Emerytalne

jedn. – jednolity

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

m.in. – między innymi

MU – Monitor Ubezpieczeniowy, wydawnictwo Rzecznika Ubezpieczonych

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

RU – Rzecznik Ubezpieczonych

S.A. – Spółka Akcyjna

SN – Sąd Najwyższy

SOKiK – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów

sygn. – sygnatura

TU – Towarzystwo Ubezpieczeń

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

ZU – zakład ubezpieczeń

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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 2002 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 podstawę prawną działania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych

W zakresie przepisów stanowiących podstawę prawną działania RU zawartych w ustawie o Rzeczniku Ubezpieczonych, w 2012 r. nie wprowadzono zmian.

Należy jedynie nadmienić, że na mocy ustawy z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej (Dz. U. Nr 2012, poz. 1456), m.in. w odniesieniu do RU wprowadzono utrzymanie na poziomie roku 2012 wynagrodzeń w jednostkach i podmiotach prawnych sektora finansów publicznych, jak również wynagrodzeń bezosobowych w jednostkach i podmiotach prawnych sektora finansów publicznych.

II. Organizacja i finanse

1. Stan osobowy

W okresie sprawozdawczym funkcję RU pełni Aleksandra Wiktorow (kadencja: od 10 listopada 2011 r. do 10 listopada 2015 r.).

W 2012 r. w BRU zatrudnionych było 37 osoby 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 62 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 zlecenia z 11 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 (53 osoby) 14 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 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 40m² z przeznaczeniem na archiwum.

W 2012 r. zakupiono 6 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 ZU ustala co miesiąc zaliczkę na poczet kosztów RU 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 otwartego funduszu emerytalnego. 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). Pozostałe niewielkie przychody stanowią przychody finansowe – odsetki oraz pozostałe przychody operacyjne. Szczegółowe dane dotyczące przychodów RU w 2012 r. przedstawia Tabela nr 2.

Koszty RU przeznaczone są, co do zasady, głównie na wynagrodzenia, czynsz oraz pozostałe koszty utrzymania BRU. Dane dotyczące kosztów w 2012 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 RU 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 2012 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 Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Miesiąc	Przychody	Koszty¹
1.	Styczeń	343 647,00	500 474,00
2.	Luty	561 230,00	710547,00
3.	Marzec	495 680,00	478 360,00
4.	Kwiecień	579 029,00	480 896,00
5.	Maj	592 841,00	493 512,00
6.	Czerwiec	532 490,00	531 650,00
7.	Lipiec	531 078,00	499 237,00
8.	Sierpień	500 204,00	444 296,00
9.	Wrzesień	472 212,00	563 658,00
10.	Październik	1 556 436,00 ²	604 724,00
11.	Listopad	7889,00	459 094,00
12.	Grudzień	171 814,00	568 102,00
13.	Ogółem	6344 550,00	6 344 550,00

¹ Koszty uwzględniają wszystkie obciążenia RU również koszty Sądu Polubownego, które w 2012 r. wyniosły 2153,00 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 Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Miesiąc	Przychody	Przychody od ZU	Przychody od powszechnych towarzystw emerytalnych	Przychody z działalności Sądu Polubownego przy RU	Przychody finansowe (odsetki)	Pozostałe przychody operacyjne
1.	Styczeń	343 647,00	342 825,00	0,00	45,00	0	778,00
2.	Luty	561 230,00	405 386,00	155 052,00	15,00	0	778,00
3.	Marzec	495 680,00	336 824,00	156 073,00	1853,00	46,00	884,00
4.	Kwiecień	579 029,00	418 486,00	157 006,00	0,00	0,00	3537,00
5.	Maj	592 841,00	434 469,00	157 288,00	60,00	0,00	1024,00
6.	Czerwiec	532 490,00	375 061,00	156 358,00	15,00	31,00	1 024,00
7.	Lipiec	531 078,00	372 014,00	158 101,00	45,00	0,00	918,00
8.	Sierpień	500 204,00	340 576,00	158 695,00	15,00	0,00	918,00
9.	Wrzesień	472 212,00	304 082,00	160 150,00	30,00	131,00	7 818,00
10.	Październik	1 556 436,00	891 281,00	663 968,00	45,00	12,00	1 130,00
11.	Listopad	7889,00	0,00	0,00	30,00	0,00	7859,00
12.	Grudzień	171 814,00	117 037,00	52 419,00	0,00	448,00	1910,00
13.	Ogółem	6 344 550,00	4 338 041,00	1 975 110,00	2153,00	668,00	28 578,00

Tabela nr 3
Wysokość kosztów Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Treść	Koszty (w złotych)
A.	Koszty działalności operacyjnej	6 210 957,67
1.	Amortyzacja	61 570,64
2.	Zużycie materiałów i energii : – wydatki dotyczące wyposażenia BRU – zakup mebli i małego sprzętu biurowego – materiały biurowe – pozostałe (środki czystości, eksploatacja samochodu służbowego, prasa, literatura fachowa, zakup energii itp.).	<u>115 636,44</u> 9573,21 56 626,76 49 436,47
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 telefoniczno-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>1016 673,14</u> 328 955,94 91 439,00 29 966,98 24 885,98 451 790,01 89 635,23
4.	Podatki i opłaty (m.in. wpłaty na PFRON, znaczki skarbowe)	39 867,87
5.	Wynagrodzenie: – podstawowa i dodatkowa lista płac – umowy zlecenia i o dzieło	<u>4 265 284,18</u> 2 793 407,18 1 471 877,00
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>658 111,95</u> 513 975,25 15 938,89 86 628,47 41 569,34
7.	Pozostałe koszty rodzajowe: – ubezpieczenia majątkowe – podróże służbowe, delegacje pracowników BRU, członków Rady, itp. – reprezentacja i reklama – pozostałe	<u>53 813,45</u> 12 198,13 17 969,99 4282,86 19 362,47
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)	125 982,90
C.	Koszty finansowe (prowizje i odsetki od zaciągniętych kredytów bankowych i inne odsetki stanowiące koszty finansowe).	7609,27
8.	Ogółem	6 344 549,84

III. Działania o charakterze ogólnym

1. Działania z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W 2012 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.

1.1. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Ministerstwem Finansów

1.1.1. W ramach działań edukacyjno-informacyjnych związanych z wejściem w życie w dniu 11 lutego 2012 r. przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 205, poz. 1210), RU pismem z dnia 5 stycznia 2012 r., zwrócił się do Ministra Finansów o wyrażenie opinii w przedmiocie interpretacji przepisów przejściowych zawartych w ustawie nowelizującej ubezpieczenia obowiązkowe.

1.1.2. W związku z ustaleniami podjętymi podczas konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się w dniu 29 lutego 2012 r. w Ministerstwie Finansów w ramach prac nad projektem założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RU przygotował i przekazał Prezesowi PIU oraz Ministrowi Finansów w dniu 14 marca 2012 r., szczegółowe propozycje regulacji prawnych dotyczących publikowania danych o postępowaniach likwidacyjnych ZU działających na polskim rynku.

1.1.3. RU przedstawił Ministrowi Finansów w dniu 28 marca 2012 r. swoje negatywne stanowisko dotyczące propozycji przedstawionej przez UFG zakładającej zmianę treści art. 25 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. W ocenie RU propozycja legislacyjna przedstawiona przez UFG godziła w słuszny interes prawny osób dochodzących roszczeń od ZU, UFG i PBUK, nadmiernie wzmacniając pozycję dłużnika – profesjonalisty, wyłączając lub istotnie ograniczając możliwość weryfikacji przez poszkodowanego prawidłowości zajętego stanowiska przez podmioty zobowiązane na podstawie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

1.1.4. W dniu 13 kwietnia 2012 r., RU przedstawił Ministrowi Finansów swoje stanowisko w sprawie przekazanych przez PIU propozycji dotyczących gromadzenia i raportowania danych o skargach klientów ZU. W szczególności, RU zaproponował, aby publikacja danych dotyczących postępowań likwidacyjnych prowadzonych przez ZU została powierzona RU w zakresie zaproponowanym w szczegółowych propozycjach legislacyjnych zawartych w piśmie z dnia 14 marca 2012 r.

1.1.5. W dniu 18 września 2012 r., RU ponowił propozycję legislacyjną w ramach projektu założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dotyczącą szerszego ujawniania informacji o postępowaniach likwidacyjnych prowadzonych przez ZU. W ocenie RU publikacja danych związanych ze sposobem rozpatrywania zgłoszonych roszczeń oraz skarg na swoją działalność, wzmocniłaby jakościową konkurencję pomiędzy ZU, co w konsekwencji służyłoby całemu rynkowi ubezpieczeniowemu, a szczególnie konsumentom.

1.2. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów

W 2012 r. RU złożył 7 zawiadomień o podejrzeniu stosowania przez ZU praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów lub postanowień niedozwolonych w obrocie z konsumentami (klausul abuzywnych), w szczególności:

1.2.1. W dniu 30 stycznia 2012 r. RU złożył do Prezesa UOKiK zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez TUV TUV we wzorcu umowy „Ogólne warunki ubezpieczenia pojazdów lądowych od uszkodzeń lub kradzieży (autocasco)”, przyjętych uchwałą Zarządu TUV TUV nr 225/09 z dnia 12 sierpnia 2009 r. niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Przedmiotem zawiadomienia było postanowienie umowne z § 21 ust. 1 pkt 3 o.w.u., zgodnie z którym „W razie zajścia wypadku, Ubezpieczający lub kierujący pojazdem jest obowiązany niezwłocznie powiadomić Policję: a) o wypadku z ofiarami w ludziach, b) o wypadku powstałym w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo, c) o kradzieży pojazdu, jego elementów lub wyposażenia dodatkowego pojazdu ubezpieczonego od dodatkowego ryzyka kradzieży, d) jeżeli pojazd po zdarzeniu wymaga holowania lub transportu”. W ocenie RU zapis ten wyczerpywał znamiona klauzuli abuzywnej.

1.2.2. W dniu 10 lutego 2012 r. RU zawiadomił Prezesa UOKiK o podejrzeniu stosowania przez UNIQA TU S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów podczas wykonywania umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, polegających na:

- odmawianiu osobom poszkodowanym pokrycia kosztów naprawy pojazdu w sytuacji, gdy koszty te nie przekraczały wartości pojazdu według stanu sprzed wypadku;
 - pomniejszaniu kwoty należnego poszkodowanym odszkodowania o tzw. potrącenia amortyzacyjne;
 - ustalaniu wysokości odszkodowania za szkody komunikacyjne w oparciu o ceny tzw. części alternatywnych w sytuacji, gdy poszkodowany nie wyraził na to zgody, a wymianie podlegały oryginalne części zamienne pochodzące od producenta pojazdu;
 - uzależnianiu dopłaty świadczenia odszkodowawczego od przedstawienia przez poszkodowanych faktur źródłowych dokumentujących wyższe koszty naprawy, aniżeli ustalone przez ZU w toku likwidacji szkody;
- co zdaniem RU stanowiło działanie pozostające w sprzeczności z treścią art. 34 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w związku z art. 361 k.c. i 363 k.c.

1.2.3. W dniu 1 marca 2012 r. RU powiadomił Prezesa UOKiK o podejrzeniu stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie TU na Życie i Reasekuracji S.A. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów poprzez wprowadzenie w umowie grupowego ubezpieczenia kredytu nieprawidłowych zasad zwrotu ubezpieczonym – konsumentom składki za niewykorzystany okres ochrony w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy ubezpieczenia w sposób sprzeczny z treścią art. 813 k.c.

1.2.4. W dniu 26 kwietnia 2012 r. RU złożył do Prezesa UOKiK zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie TU na Życie i Reasekuracji S.A. w obrocie z konsumentami niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. RU zakwestionował dopuszczalność stosowania w obrocie z konsumentami § 20 o.w.u., zgodnie z którym „wykup rachunku przez Ubezpieczyciela nastąpi niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 14 dni roboczych od daty wpłynięcia poprawnie wypełnionego wniosku do Biura Głównego Towarzystwa w Warszawie”. W ocenie RU zakwestionowany zapis umowny wyczerpywał znamiona klauzuli abuzywnej.

1.2.5. Pismem z dnia 6 lipca 2012 r. RU powiadomił Prezesa UOKiK o dostrzeżonych nieprawidłowościach w postępowaniu PZU S.A. podczas wykonywania umowy obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolnych poprzez pomniejszanie wysokości odszkodowania o wysokość tzw. zużycia technicznego budynku w sposób sprzeczny z treścią art. 68 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz odmawianie wypłaty odszkodowania uwzględniającej kwotę podatku od towaru i usług albo stosowania jednej stawki podatku VAT dotyczącej tylko usług budowlanych (7% albo 8%) z pominięciem stawki VAT związanej z zakupem materiałów budowlanych (22% albo 23%), a także uzależnianie wypłaty odszkodowania od przedstawienia rachunków za remont budynków rolniczych. W ocenie RU wskazane działania były bezprawne i godziły w interesy konsumentów usług ubezpieczeniowych – rolników indywidualnych, uzasadniając tym samym podejrzenie stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów.

1.2.6. W dniu 19 lipca 2012 r. RU powiadomił Prezesa UOKiK o podejrzeniu stosowania przez TUiR Allianz Polska S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez:

- dokonywanie rekalkulacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w związku z nabyciem pojazdu w sposób sprzeczny z treścią art. 31 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych;
- wprowadzenie w błąd ubezpieczających w przedmiocie wykonania przez ubezpieczyciela uprawnienia do rekalkulacji składki ubezpieczeniowej należnej z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, określonego w przepisie art. 31 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, co mogło stanowić działanie noszące znamiona nieuczciwych praktyk rynkowych, określonych w przepisie art. 4 w związku z art. 5 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

1.2.7. Pismem z dnia 25 października 2012 r. RU złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez Benefia TU na Życie S.A. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów oraz nieuczciwej praktyki rynkowej, które polegać miały na wprowadzeniu do oferowanych umów ubezpieczenia kredytu, nieprawidłowych i niezgodnych z art. 813 k.c. zasad zwrotu składki ubezpieczeniowej w związku z wcześniejszym wygaśnięciem umowy ubezpieczenia kredytu.

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.

1.2.8. W dniu 12 kwietnia 2012 r. RU w związku z ogłoszonymi przez Prezesa UOKiK konsultacjami społecznymi przedstawił opinię w sprawie przedstawionych przez Parlament Europejski oraz Komisję Europejską propozycji w sprawie stosowania alternatywnych metod rozwiązywania sporów (ADR) oraz alternatywnego systemu rozstrzygania sporów powstałych na tle umów transgranicznych zawartych przez internet (ODR).

1.2.9. Pismem z dnia 18 czerwca 2012 r. RU przekazał Prezesowi UOKiK opracowanie pt. „Najem pojazdu zastępczego w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2012 r. (III CZP 05/11) – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych po analizie orzeczenia wraz z uzasadnieniem”. Opracowanie to zostało przygotowane z uwagi na wyjątkowo doniosłe znaczenie uchwały SN z dnia 17 listopada 2011 r. dla skuteczności roszczeń poszkodowanych o zwrot poniesionych wydatków na najem pojazdu mechanicznego, którzy wykorzystują pojazdy mechaniczne dla celów prywatnych oraz dla dotychczas przyjętych modeli likwidacji szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Jego przedmiotem było omówienie przez RU sentencji uchwały i najważniejszych tez SN oraz przedstawienie własnego, szerszego komentarza do tego orzeczenia.

1.2.10. W dniu 9 listopada 2012 r. RU przekazał Prezesowi UOKiK opracowanie pt. „Amortyzacja wartości części koniecznych do naprawy pojazdu w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r. (sygn. akt III CZP 80/11) – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych po analizie orzeczenia wraz z uzasadnieniem” oraz „Części oryginalne i nieoryginalne w świetle postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2012 r. (sygn. akt III CZP 85/11) – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych po analizie orzeczenia wraz z uzasadnieniem”.

1.3. Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Komisją Nadzoru Finansowego

1.3.1. W dniu 18 czerwca 2012 r., RU przekazał Przewodniczącemu KNF opracowanie pt. „Najem pojazdu zastępczego w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada r. (III CZP 05/11) – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych po analizie orzeczenia wraz z uzasadnieniem”.

1.3.2. W piśmie z dnia 26 czerwca 2012 r., RU przedstawił KNF opinię, w zakresie obecnej oceny działalności „kancelarii odszkodowawczych” oraz ewentualnej potrzeby jej uregulowania i poddania nadzorowi Państwa. Pomimo konsolidacji środowisk kancelarii odszkodowawczych, tworzenia zrębów samorządu gospodarczego oraz przyjęcia rozwiązań samoregulacyjnych, w ocenie RU, konieczne jest stworzenie podstawowej regulacji legislacyjnej, tej sfery działalności gospodarczej i objęcie jej nadzorem ze strony Państwa.

1.3.3. RU w dniu 11 września 2012 r. poinformował Przewodniczącego KNF o możliwych nieprawidłowościach w działalności firmy Accord Finanse S.A. w zakresie świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego bez wymaganych uprawnień. W ocenie RU, zastrzeżenia budziły postanowienia umowy o współpracę w zakresie sprzedaży ubezpieczenia grupowego (Dom Plus), zawartej pomiędzy spółką Accord a UNIQA TU S.A., w ramach której firma Accord występując jako ubezpieczający, oferowała konsumentom zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego, wykonując przy tym szereg czynności zastrzeżonych dla pośrednika ubezpieczeniowego (pozyskiwanie klientów, prowadzenie akcji promocyjnych, pobierania składki ubezpieczeniowej, pobierania wynagrodzenia za wykonywane czynności).

1.3.4. W dniu 9 listopada 2012 r., RU przekazał Przewodniczącemu KNF opracowania pt. „Amortyzacja wartości części koniecznych do naprawy pojazdu w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r. (sygn. akt III CZP 80/11) – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych po analizie orzeczenia wraz z uzasadnieniem” oraz „Części oryginalne i nieoryginalne w świetle postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2012 r. (sygn. akt III CZP 85/11) – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych po analizie orzeczenia wraz z uzasadnieniem”. Przedmiotowe opracowania zostały przygotowane z uwagi na doniosłe znaczenie przedmiotowych orzeczeń SN dla zakresu roszczeń osób poszkodowanych związanych z uszkodzeniami pojazdów mechanicznych.

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 RU wnioskowanych dokumentów i informacji, które były niezbędne do realizacji ustawowych zadań przewidzianych w ustawie o Rzeczniku Ubezpieczonych, naruszeniu przepisów powszechnie obowiązującego prawa, tj. art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w tym w szczególności: rażącej opieszałości w zakresie podjęcia czynności związanych z likwidacją zgłoszonych szkód majątkowych oraz naruszenia ustawowych terminów 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. W odpowiedzi na wspólne pismo Prezesa ZBP oraz Prezesa PIU, pismem z dnia 20 stycznia 2012 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 .

1.4.2. Pismem z dnia 15 lutego 2012 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 2011 r. i przekazał swoje uwagi i spostrzeżenia RPO. Analogiczny raport dotyczący okresu styczeń – czerwiec 2012 r., został przekazany do BRPO w dniu 5 października 2012 r.

1.4.3. RU w dniu 27 kwietnia 2012 r., odpowiadając na pismo Prezesa PIU, przekazał swoje stanowisko oraz uwagi na temat przedmiotu i treści projektu rekomendacji zasad dobrych praktyk obejmującej swym zakresem kwestie związane z opłatami ponoszonymi przez klientów w przypadku likwidacji polisy z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

1.4.4. W dniu 3 października 2012 r., RU zwrócił się do RPO z prośbą o przeanalizowanie zgodności z Konstytucją obowiązujących rozwiązań legislacyjnych na gruncie przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w związku z problemem wyczerpywania się sum gwarancyjnych w przypadku obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, co skutkuje brakiem ochrony w indywidualnych przypadkach interesów osób poszkodowanych. Jednocześnie RU wskazał, iż w jego ocenie, jedynie przyjęcie nielimitowanej odpowiedzialności ZU, tj. odpowiedzialności do wysokości szkody, pozwoli wyeliminować ewentualny zarzut niekonstytucyjności przepisów, które nie tylko wprowadzając, ale także podwyższając górną granicę odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczycieli, tworzą nierówność praw osób poszkodowanych w różnych okresach.

1.4.5. W związku z wątpliwościami związanymi z definicją zawału serca zawartą w o.w.u. jednego z ubezpieczycieli, RU w dniu 23 października 2012 r. zwrócił się z prośbą do Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii o przedstawienie opinii i udzielenie odpowiedzi, czy przedmiotowa definicja spełnia wymóg adekwatności w kontekście uniwersalnej definicji zawału serca. W odpowiedzi, w piśmie z dnia 15 listopada 2012 r., Krajowy Konsultant wskazał, iż definicja zawału serca zawarta w o.w.u. ZU, nie jest oparta na współczesnej wiedzy kardiologicznej oraz praktyce klinicznej i zawęża możliwość rozpoznania zawału serca.

RU reprezentując interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, przygotował i opublikował w 2012 r. – 3 obszerne raporty zawierające analizę i wnioski dotyczące następujących zagadnień związanych z ubezpieczeniami gospodarczymi: klauzul abuzywnych w działalności ubezpieczeniowej, problematyką *bancassurance* oraz ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

1.4.6. W lutym 2012 r. RU opublikował opracowanie pt. „Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej – Raport Rzecznika Ubezpieczonych”. Raport ten, został opracowany w celu ukazania specyfiki i charakteru kontroli abstrakcyjnej wzorców umowy, która przeprowadzana jest przez SOKiK oraz dla stworzenia pomocniczego narzędzia do oceny określonych postanowień o.w.u. pod kątem ich abuzywności lub ich tożsamości co do treści lub celu z zapisami umownymi uprzednio wpisanymi do rejestru postanowień. Jego

przygotowanie i opublikowanie miało również na celu ukazanie potrzeby stałego dostosowania przez ubezpieczycieli wzorców umów do standardów ochrony konsumenckiej w Polsce i wskazanie, jakie elementy należy uwzględniać przy konstruowaniu o.w.u., które następnie będą oferowane konsumentom usług ubezpieczeniowych.

Przedmiotem Raportu jest omówienie 80 klauzul abuzywnych w działalności ubezpieczeniowej, które do końca 2011 r. zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, syntetyczna prezentacja stanowisk stron postępowania oraz przedstawienie motywów, którym kierował się SOKiK, stwierdzając abuzywność określonego postanowienia o.w.u. Zaprezentowane w nim zostały także te postanowienia o.w.u., których SOKiK nie uznał za niedozwolone. Załącznikiem do tego opracowania jest tabelaryczny wypis postanowień o.w.u. wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych z zakresu działalności ubezpieczeniowej.

Formuła opracowanego i opublikowanego przez RU raportu ma charakter otwarty. Stale będzie on uzupełniany o nowe postanowienia o.w.u., które zostały uznane za abuzywne i wpisane do rejestru postanowień uznanych za niedozwolone w obrocie z konsumentami z zakresu działalności ubezpieczeniowej.

Raport ten został skierowany do wszystkich uczestników rynku ubezpieczeń w Polsce. Jest bardzo przydatnym narzędziem w prowadzonych przez BRU analizach prawnych o.w.u. pod kątem zgodności ich postanowień z przepisami prawa, w szczególności z przepisami k.c., które dotyczą niedozwolonych postanowień umownych, jak również do kwalifikowania, czy określone postanowienia o.w.u. są zapisami podobnymi do postanowień uprzednio wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych, a co za tym idzie, czy nie zachodzi podejrzenie stosowania przez określonego przedsiębiorcę praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów.

Przedmiotowy raport został w dniu 21 lutego 2012 r. przekazany na ręce Prezesa UOKiK, Przewodniczącego KNF oraz Prezesa PIU.

1.4.7. W 2007 r. RU opublikował raport „Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce”, w którym zwracał uwagę, że interesy konsumentów korzystających z ochrony ubezpieczeniowej za pośrednictwem banku są narażone na szereg zagrożeń. W raporcie poddano analizie ryzyka naruszenia interesów konsumentów w związku z działaniem tego kanału dystrybucji. Raportowi towarzyszył aneks dotyczący skarg z zakresu *bancassurance*.

W listopadzie 2012 r., RU przygotował i opublikował aneks do wspomnianego raportu, celem przedstawienia aktualnej problematyki kierowanych do niego w 2012 r. skarg związanych z *bancassurance*, czyli ubezpieczeń gospodarczych zawieranych za

pośrednictwem banków. Problemy związane z tym kanałem dystrybucji ubezpieczeń, mimo prób samoregulacji podejmowanych przez przedstawicieli rynku (kolejne rekomendacje w sprawie dobrych praktyk na polskim rynku *bancassurance* opracowywane przez PIU i ZBP), w dalszym ciągu występują i wiążą się z daleko idącymi, negatywnymi konsekwencjami dla klientów banków, którzy zdecydowali się na przystąpienie do umów ubezpieczenia oferowanych im przy okazji nabywania produktów bankowych.

Przedstawiona w aneksie analiza skarg wniesionych do RU w ostatnich miesiącach dowodzi, że kwestie związane z *bancassurance* w dalszym ciągu są źródłem wielu problemów, a ubezpieczenia oferowane konsumentom za pośrednictwem banków i innych zbliżonych podmiotów zdecydowanie zbyt często nie spełniają przewidzianych dla nich funkcji. RU podtrzymuje swój postulat dotyczący konieczności uregulowania w niezbędnym zakresie tak specyficznego kanału dystrybucji sprzedaży ubezpieczeń, jakim jest *bancassurance*. W ocenie RU, w celu wyeliminowania wszelkich patologii nieodzowne wydaje się podjęcie prac legislacyjnych nad zmianami w obowiązujących przepisach prawa, które na chwilę obecną w niedostatecznym stopniu regulują *bancassurance*.

Aneks do raportu RU z 2007 r. pt. „Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce” – skargi z zakresu *bancassurance* wniesione w 2012 r., w dniu 30 listopada 2012 r. został przekazany Przewodniczącemu KNF oraz Prezesowi UOKiK.

1.4.8. W 2012 r. RU zaobserwował znaczący wzrost liczby skarg klientów banków oraz doradców ubezpieczeniowych na ubezpieczeniowe produkty inwestycyjne. Dokonana analiza skarg oraz postanowień oferowanych ubezpieczeń inwestycyjnych, pozwoliły RU na opracowanie i opublikowanie w grudniu 2012 r. raportu pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”.

Celem raportu jest przede wszystkim zwrócenie uwagi na niepokojącą tendencję, która pojawiła się w ostatnich trzech latach na polu ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ubezpieczenia tego typu są znane od wielu lat, jednak to stosunkowo niedawno powstały produkty, które w ocenie RU mają zdecydowanie więcej elementów inwestycyjnych niż ubezpieczeniowych, zaś sama umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest stosunkiem prawnym o bardzo wysokim stopniu skomplikowania, regulowanym wieloma wzorcami umownymi. W ocenie RU, przedmiotowe umowy oferowane indywidualnym konsumentom niejednokrotnie zawierają niekorzystne rozwiązania finansowo-prawne, gdyż uniemożliwiają osiągnięcie zysku, wycofania wpłaconych środków finansowych, jak i skuteczne dochodzenie własnych praw.

Raport ma więc być zarówno źródłem informacji dla odpowiednich organów nadzorczych, jak i ma stanowić zbiór wskazówek dla konsumenta – na co powinien zwrócić uwagę, gdy oferuje mu się ubezpieczenie inwestycyjne.

Raport składa się z części wprowadzającej, sześciu rozbudowanych rozdziałów oraz części zamykającej, w której sformułowano wnioski.

We wstępie raportu można zapoznać się z konkretnymi problemami zgłaszanymi przez skarżących, liczbą skarg na konkretne produkty, a także poszczególnych ubezpieczycieli. Główne zarzuty dotyczą: oferowania umowy ubezpieczenia jako bezpiecznej lokaty z wysokim zyskiem; utraty znacznej części wpłaconych środków (nawet 100%) w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu wskazanego w dniu jej zawarcia; niepoinformowania, iż umowa, do której konsument przystępuje, jest umową ze składką nie jednorazową, lecz regularną, płatną np. co roku przez 15 lat. Skarżący w wielu pismach wskazywali ponadto na: brak zysku po zakończeniu trwania wieloletniej umowy ubezpieczenia; wysokie opłaty administracyjne i inne pobierane w trakcie trwania umowy, o których nie informowano w momencie jej zawierania, a także na inne błędne informacje co do istotnych elementów umowy przekazywane przed zawarciem umowy, np. na temat przewidywanych gwarantowanych zysków (nawet kilkudziesięcioprocentowych), możliwości wycofania całości wpłaconych kwot w dowolnym momencie bez opłat i z zyskiem, niestosowania opłaty likwidacyjnej lub wysokości tejże opłaty.

Rozdział pierwszy raportu to szczegółowa prawna analiza umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i próba podjęcia dyskusji na temat zgodności takiej konstrukcji z kodeksem cywilnym i innymi ustawami.

W rozdziale drugim wskazano negatywne konsekwencje przystąpienia konsumenta do ubezpieczenia w formie grupowej, która to forma z wielu względów jest dużo mniej korzystna niż forma ubezpieczenia indywidualnego.

W rozdziale trzecim zidentyfikowano naganne praktyki stosowane przez banki, doradców oraz ubezpieczycieli, opisane w skargach, takie jak udzielanie nierzetelnych, nieprawdziwych i niepełnych informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, a także nieczytelność wzorców umownych.

Rozdział czwarty to analiza ekonomiczna dokonana na podstawie informacji wpływających ze skarg. W rozdziale szczegółowo zidentyfikowano koszty, które konsument musi ponieść w okresie obowiązywania umowy, przedstawiono także konkretne wyliczenia prawdopodobnych zysków bądź strat, wskazując kwoty, wartości i zyski z inwestycji.

W rozdziale piątym opisano problem stosowania niedozwolonych klauzul umownych, w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

W ostatnim rozdziale przedstawiono natomiast szczegółowo, jakie środki prawne przysługują konsumentom w odniesieniu do podmiotów stosujących nieuczciwe praktyki rynkowe lub naruszających przepisy dotyczące pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Przedmiotowy raport został w dniu 7 oraz 10 grudnia 2012 r. przekazany na ręce Prezesa Rady Ministrów, Ministra Finansów, Prezesa UOKiK, Przewodniczącego KNF oraz Prezesa PIU.

2. Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego

Na podstawie art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym RU posiada legitymację do złożenia – w zakresie swojej właściwości – wniosku o podjęcie przez SN uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa, które ujawniły się w orzecznictwie sądów powszechnych lub SN. Jak wskazują dotychczasowe doświadczenia, kompetencja ta ma istotny wpływ na poziom ochrony praw ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. Uchwały podjęte przez SN, który orzeka w takich przypadkach w składzie siedmiu sędziów lub w składzie pełnej izby, ukierunkowują sądy powszechne, które w przyszłości będą rozstrzygać sprawy obejmujące dane zagadnienie prawne, jak również mają istotny wpływ na dostosowanie praktyk zakładów ubezpieczeń w postępowaniach likwidacyjnych do zasad obowiązujących w prawie odszkodowawczym i ubezpieczeniowym. W 2012 r. SN rozpatrzył trzy wnioski RU, złożone jeszcze w 2011 r. Ponadto, w dniu 5 lipca 2012 r. RU wystąpił z kolejnym wnioskiem mającym na celu rozstrzygnięcie rozbieżności dostrzeżonych w orzecznictwie sądowym. Pełne teksty wszystkich wniosków RU oraz uchwał i postanowień SN dostępne są na stronie internetowej (<http://www.rzu.gov.pl/serwis-prawny/wnioski-do-sn>).

1. W dniu 13 marca 2012 r. SN w składzie siedmiu sędziów podjął uchwałę w sprawie o sygn. III CZP 75/11, odpowiadając na pytanie RU z dnia 14 września 2011 r. Uchwała ta brzmi następująco: „Uzasadnione i konieczne koszty pomocy świadczonej przez osobę mającą niezbędne kwalifikacje zawodowe, poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym prowadzonym przez ubezpieczyciela, mogą w okolicznościach konkretnej sprawy stanowić szkodę majątkową podlegającą naprawieniu w ramach

obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.)”.

Powyższą uchwałę należy traktować jako przełamanie dotychczasowej linii orzeczniczej SN, bowiem w wydanych w przeszłości orzeczeniach negował on w ogóle możliwość kompensacji z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych poniesionych w toku postępowania likwidacyjnego wydatków na pełnomocnika. Kwestionowany w szczególności był pogląd, że tego typu koszt może zostać uznany za szkodę majątkową. SN przesądził też, że możliwość objęcia przez ubezpieczyciela kosztów poniesionych na ustanowienie pełnomocnika – wbrew odmiennym zapatrywaniom wyrażanym w judykaturze i doktrynie – nie została wyłączona przez przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, która statuuje zasadę pełnego odszkodowania w każdym przypadku, niezależnie od tego czy chodzi o bezpośrednie czy pośrednie skutki zdarzenia szkodzącego. Przepis art. 15 ust. 2 ustawy nie zawęża zaś odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec poszkodowanego, lecz rozszerza ją na określone koszty poniesione przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczyciela.

Omawiana uchwała uzależnia uznanie poniesionych kosztów jako szkody majątkowej, podlegającej naprawieniu w ramach ubezpieczenia OC, od łącznego zaistnienia dwóch przesłanek: koszty pomocy prawnej poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym były w okolicznościach konkretnej sprawy uzasadnione i konieczne, zaś pomoc ta była świadczona przez osobę mającą niezbędne kwalifikacje zawodowe. SN wskazał przy tym na konieczność każdorazowego zbadania okoliczności danej sprawy oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem szkodzącym a poniesionym wydatkiem. Jak podkreślił, „samo dążenie do wygody i ujęcia obowiązków poszkodowanemu nie uzasadnia takiego związku, gdyż niedogodność stanowi dolegliwość o charakterze niemajątkowym, niepodlegającą reżimowi odszkodowawczemu. W normalnym związku pozostaje natomiast sięgnięcie po pomoc prawną w okolicznościach, w których stan zdrowia, kwalifikacje osobiste lub sytuacja życiowa poszkodowanego usprawiedliwiają stanowisko o niezbędności takiej pomocy w celu sprawnego, efektywnego i ekonomicznie opłacalnego przebiegu postępowania likwidacyjnego”. SN zaznaczył ponadto, że ocena, czy udział w likwidacji profesjonalnego pełnomocnika był konieczny, zależy od wielu okoliczności, przede wszystkim od rodzaju i zakresu szkód, które wynikają z wypadku komunikacyjnego. Inny jest bowiem stopień komplikacji związanych z gromadzeniem dowodów, gdy doszło jedynie do

uszkodzenia pojazdu, inny zaś, gdy wypadek spowodował szkody na osobie a nawet śmierć. Uchwała wskazuje także na przypadki, gdy osobiste uczestnictwo poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym byłoby bardziej kosztowne (np. ze względu na utratę zarobków) niż powierzenie tych czynności profesjonalście. SN podkreślił ponadto, że wysokość kosztów pomocy powinna mieścić się w granicach wyznaczonych uzasadnionym nakładem pracy i odpowiadać stosownemu do tego nakładu wynagrodzeniu. Nie wyjaśnił natomiast co należy rozumieć pod pojęciem „niezbędne kwalifikacje zawodowe”, jakimi w świetle uchwały powinien dysponować pełnomocnik poszkodowanego. W uzasadnieniu mowa jest jednakże o pełnomocniku „profesjonalnym”, co wskazywałoby, że chodzi raczej nie tylko o adwokatów i radców prawnych, ale także o osoby oferujące usługi w zakresie doradztwa prawnego w oparciu o zasadę swobody działalności gospodarczej.

Świadoma, jak się zdaje, rezygnacja przez SN z kazuistyki, czyli szczegółowego wyliczenia takich przypadków ustanowienia pełnomocnika, które należy uznać za „uzasadnione i konieczne”, powoduje, iż to sądy powszechne będą musiały wyznaczyć na gruncie indywidualnych postępowań dokładniejsze granice odpowiedzialności za tego typu wydatki. Nie umniejsza to jednak doniosłego znaczenia uchwały. Warto dodać, iż wskazówki określone przez SN w uchwale można odnosić do kompensacji szkód z wszelkich ubezpieczeń OC, tak obowiązkowych, jak i dobrowolnych. Mogą one także być odpowiednio stosowane do przypadków dochodzenia przez poszkodowanego roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio od sprawcy szkody, niezależnie od charakteru samego czynu niedozwolonego.

2. W dniu 12 kwietnia 2012 r. SN w składzie siedmiu sędziów podjął uchwałę w sprawie o sygn. III CZP 80/11, odpowiadając na pytanie RU z dnia 19 października 2011 r. Uchwała ta brzmi następująco: „Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest na żądanie poszkodowanego do wypłaty, w ramach odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, odszkodowania obejmującego celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu. Jeżeli ubezpieczyciel wykaże, że prowadzi to do wzrostu wartości pojazdu, odszkodowanie może ulec obniżeniu o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi”.

SN wskazał w uzasadnieniu uchwały, iż wykładania dopuszczająca zastosowanie *a priori* potrąceń amortyzacyjnych budzi uzasadnione wątpliwości, zaś argumenty podzielające to zapatrywanie są nieprzekonujące. Nie jest bowiem trafne zapatrywanie, iż samo zamontowanie nowej części w pojeździe powoduje, że poszkodowany zyskuje, gdyż ta część

po połączeniu jej z pojazdem nie może być oceniana jako samodzielny przedmiot obrotu. W ocenie SN o tym, że zamontowanie nowych części w miejsce starych prowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia poszkodowanego, można mówić tylko wtedy, gdyby spowodowało to wzrost wartości pojazdu jako całości.

SN wyjaśnił również, kiedy zachodzi celowość i ekonomiczność zastosowania nowych części w pojeździe poszkodowanego. Celowość będzie zachodziła wówczas, kiedy części tej nie da się naprawić w taki sposób, aby przywrócić ją do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę. Zatem niezbędność dokonania naprawy uszkodzonego pojazdu nowymi częściami zamiennymi będzie zachodziła wówczas kiedy naprawa uszkodzonych części nie przywróci wartości użytkowej pojazdu, jak też nie zapewni dotychczasowego komfortu oraz bezpieczeństwa jazdy. Ekonomiczność zastosowania nowych części należy rozpatrywać pod kątem tego, czy ich zastosowanie spowoduje wzrost wartości pojazdu poszkodowanego jako całości, bowiem tylko wówczas można rozpatrywać możliwość zastosowania zasady *compensatio lucri cum damno*, w celu przeciwdziałania bezpodstawnemu wzbogaceniu się poszkodowanego.

SN wskazał, iż „Nie ma żadnych podstaw prawnych, aby zawsze odrębnie oceniać wartość części i jeżeli części stare były już w chwili wypadku częściowe zużyte, z tego powodu obniżać należne odszkodowanie za przywrócenie do stanu poprzedniego całego pojazdu”. Wykładnia art. 361 § 2 i art. 363 § 2 k.c. prowadzi do wniosku, że ubezpieczyciel, w ramach umowy OC posiadacza pojazdu mechanicznego, powinien ustalić odszkodowanie w kwocie, która zapewni poszkodowanemu przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę jako całości. Brak jest podstaw do tego, aby poszkodowany ponosił dodatkową stratę w postaci różnicy pomiędzy wartością części zamiennych, jaką miały one przed wypadkiem, a wartością części nowych, których zamontowanie w naprawionym pojeździe było celowe. W ocenie SN „Poszkodowany ma prawo oczekiwać, iż otrzyma od ubezpieczyciela kwotę, która obejmuje także wartość nowych części, których zamontowanie jest potrzebne, aby przywrócić pojazd do stanu sprzed zdarzenia wyrządzające szkodę. Obowiązkiem zaś zakładu ubezpieczeń jest ustalenie i wypłacenie odszkodowania w takiej właśnie wysokości”. Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, czy poszkodowany faktycznie dokona naprawy pojazdu, bowiem może on wybrać, czy naprawienie szkody ma nastąpić poprzez przywrócenie do stanu poprzedniego czy też zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej.

W ocenie SN mogą wystąpić takie okoliczności, iż zamontowanie podczas przywracania pojazdu do stanu poprzedniego nowych części, spowoduje jednak wzrost wartości pojazdu jako całości. Odnosząc się zatem do możliwości pomniejszenia kwoty

odszkodowania z uwagi na zwiększenie wartości rzeczy po naprawie, SN wskazał, iż ciężar dowodu w tym zakresie powinien obciążać zakład ubezpieczeń. Zdaniem SN z faktów powszechnie znanych wynika, że jeżeli pojazd był naprawiany w związku z wypadkiem, jego cena ulega obniżeniu i nie ma znaczenia, że zamontowano w nim elementy nowe w miejsce już zużytych. Poszkodowany, który żąda przywrócenia stanu poprzedniego pojazdu, nawet jeżeli otrzymuje odszkodowanie wypłacone przez ubezpieczyciela, które pokrywa koszty naprawy i zakup nowych części, z reguły nie tylko nie zyskuje, ale biorąc pod uwagę wartość pojazdu jako całości, może, gdy będzie chciał go sprzedać, ponieść stratę. Skoro zatem z reguły wymiana części starych na nowe nie prowadzi do wzrostu wartości samochodu, to tylko wykazanie przez zobowiązanego do ustalenia i wypłaty odszkodowania, że w konkretnym wypadku jest inaczej pozwala na zmniejszenie odszkodowania.

3. W dniu 20 czerwca 2012 r. SN w składzie siedmiu sędziów w drodze postanowienia odmówił podjęcia uchwały w sprawie o sygn. III CZP 85/11, wszczętej na podstawie wniosku RU z dnia 8 listopada 2011 r., zawierającego pytanie: „Czy w świetle art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. poszkodowany może żądać od ubezpieczyciela w ramach jego odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ustalenia wysokości 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?”.

W uzasadnieniu postanowienia SN wskazał, iż decyzja o odmowie wydania uchwały była podyktowana tym, że zagadnienie prawne przedstawione przez RU w części zostało rozstrzygnięte przez SN uchwałą z dnia 12 kwietnia 2012 r. (sygn. akt III CZP 80/11), w części zaś dotyczyło kwestii rozbieżności w stosowaniu prawa. Pomimo odmowy wydania uchwały, Sąd Najwyższy w obszerny sposób wypowiedział się co do zakresu obowiązku naprawienia szkody w sytuacji, gdy w pojeździe uszkodzeniu uległy części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu mechanicznego, a zachodzi konieczność ich wymiany na nowe. Z treści uzasadnienia można więc wyprowadzić pewne wytyczne, które z pewnością będą miały istotny wpływ na dotychczasową praktykę likwidacji szkód komunikacyjnych oraz orzecznictwo sądów powszechnych.

SN jednoznacznie podkreślił, że jeżeli uszkodzonej części nie da się naprawić, część ta musi zostać zastąpiona częścią nową. Innymi słowy, nie jest restytucją naprawa pojazdu za pomocą części używanych lub ustalenie odszkodowania według cen tych części. Odrzucił

przy tym automatyzm w stosowaniu części nieoryginalnych przy obliczaniu przez ubezpieczycieli wysokości odszkodowania, oparty na argumentcie, że są one tańsze i znajdują się w obrocie lub w programach komputerowych stosowanych przez ubezpieczycieli do wyliczenia wysokości odszkodowania albo też, że stosowanie tego rodzaju części wynika z przyjętych modeli „optymalizacji” likwidacji szkód. Przywrócenie stanu poprzedniego ma miejsce, jeżeli stan pojazdu po naprawie pod każdym istotnym względem (stanu technicznego, zdolności użytkowania, części składowych, trwałości, wyglądu estetycznego, itd.) odpowiada stanowi pojazdu przed uszkodzeniem.

Zdaniem SN akty prawa wspólnotowego i krajowego, które odnoszą się do zagadnień porozumień wertykalnych i praktyk uzgodnionych w przemyśle motoryzacyjnym nie mogą być traktowane przez ubezpieczycieli jako upoważnienie do każdorazowego zwolnienia się z obowiązku naprawienia szkody według cen części oryginalnych poprzez zapłatę odszkodowania odpowiadającego równowartości cen części nieoryginalnych. Nie ograniczają też prawa poszkodowanego do żądania ustalenia odszkodowania z uwzględnieniem cen części oryginalnych.

SN przyznał prymat prawu poszkodowanego do pełnego naprawienia szkody. Dobór części zamiennych potrzebnych do naprawy uszkodzonego pojazdu nie może w żaden sposób prowadzić do pogorszenia położenia poszkodowanego, a miałyby to miejsce zarówno wtedy, gdy część użyta do wymiany lub ujęta w kosztorysie naprawy była częścią gorszą od tej, która uległa uszkodzeniu, jak i wtedy, gdyby równowartość restytucyjna części zastępczej była niepewna. Oryginalność części zamiennych jest zasadniczym kryterium decydującym o rodzaju, jakości i źródle pochodzenia części zamiennych, które należy zastosować do naprawy lub do obliczenia wysokości odszkodowania. Jeżeli uszkodzeniu uległy części pochodzące bezpośrednio od producenta pojazdu mechanicznego i zachodzi konieczność ich wymiany na nowe, regułą powinno być stosowanie części oryginalnych pochodzących od producenta pojazdu mechanicznego lub równoważnych oryginalnym, tj. wyprodukowanych przez producenta części, który dostarcza producentowi pojazdu części do montażu pojazdów, zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi, ustalonymi przez producenta pojazdu.

Z postanowienia SN wypływa wniosek, że części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu w miejsce uszkodzonych części tego samego rodzaju, powinny być stosowane w szczególności wówczas, gdy:

- a) pojazd jest jeszcze objęty gwarancją producenta i w okresie gwarancji był serwisowany w oparciu o części oryginalne, bezpośrednio pochodzące od producenta;

- b) przemawia za tym szczególny interes poszkodowanego, np. pojazd nie znajduje się już na gwarancji producenta, ale poszkodowany serwisował pojazd w oparciu o części oryginalne, a kontynuacja takiej praktyki może wpłynąć na wartość handlową pojazdu, albo gdy poszkodowany naprawi pojazd mechaniczny z wykorzystaniem części oryginalnych i przedstawi fakturę lub rachunek za naprawę.

4. W dniu 5 lipca 2012 r. RU złożył do SN wniosek o wydanie uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie ujawnionych w orzecznictwie sądów powszechnych rozbieżności w wykładni art. 433 k.c. w zakresie szkód polegających na zalaniu lokalu położonego niżej z lokalu znajdującego się na wyższej kondygnacji. Wniosek RU zawiera następujące pytanie: „Czy przepis art. 433 k.c. ma zastosowanie do odpowiedzialności za szkodę polegającą na zalaniu lokalu położonego niżej z lokalu znajdującego się na wyższej kondygnacji?”.

Problem ten jest niezwykle istotny w praktyce i przekłada się na zagadnienie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych od właściciela (użytkownika) lokalu, z którego doszło do wycieku albo też od zakładu ubezpieczeń z którym osoba ta zawarła umowę ubezpieczenia OC. Na tym tle powstaje problem, czy odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zalaniem lokalu niżej położonego kształtuje się na zasadzie winy (art. 415 k.c.) czy też na zasadzie ryzyka (art. 433 k.c.). Art. 433 k.c., poświęcony odpowiedzialności za wyrzucenie, wylanie lub spadnięcie przedmiotu z pomieszczenia, jest jednym z przykładów realizacji zasady ryzyka. Na jego gruncie dochodzi do licznych sporów interpretacyjnych, a jeden z najważniejszych dotyczy odpowiedzi na pytanie, czy w zakresie, w jakim mowa jest w nim o „wylaniu”, obejmuje on wyłącznie przypadki wydostania się cieczy poza obręb budynku czy także przypadki przelania się jej pomiędzy kondygnacjami i tym samym zalania lokalu położonego niżej.

Problematyka odpowiedzialności za szkody spowodowane zalaniem lokalu położonego na niższej kondygnacji była do tej pory przedmiotem kilku orzeczeń SN. Jedynie w pierwszym z orzeczeń, wydanym w 1959 r., SN uznał, że odpowiedzialność na zasadzie ryzyka obejmuje również szkodę wyrządzoną przelaniem się wody z lokalu położonego wyżej. W kolejnych orzeczeniach SN zajął już stanowisko odmienne. Zagadnienie to jest także przedmiotem orzeczeń wydawanych przez sądy powszechne. Ich analiza prowadzi do wniosku, że część sądów przywołuje jako podstawę prawną rozstrzygnięcia w sprawie odpowiedzialności za omawiany typ szkody przepis art. 415 k.c., część jednak przyjmuje, że zastosowanie ma tutaj zasada ryzyka wynikająca z art. 433 k.c. Problem właściwego zakresu stosowania art. 433 k.c. pod kątem odpowiedzialności za szkody spowodowane zalaniem

lokalu niżej położonego stał się również przedmiotem licznych wypowiedzi doktryny. Analiza dyskusji toczącej się na ten temat przez ostatnie czterdzieści lat pozwala na stwierdzenie, iż większość autorów opowiada się za objęciem wskazanych szkód dyspozycją art. 433 k.c.

RU podzielił w uzasadnieniu wniosku stanowisko tej części judykatury i doktryny, wedle której przez użyte w art. 433 k.c. określenie „wylanie” należy rozumieć nie tylko wypłynięcie cieczy na zewnątrz budynku, ale także zalanie innego pomieszczenia, zarówno na tej samej, jak i na niższej kondygnacji. W ocenie RU rację mają ci autorzy, którzy krytycznie odnoszą się do nadmiernego eksponowania względów historycznych. Należy podkreślić, iż w XX w. odwróceniu uległa istota ryzyka, kiedyś związanego przede wszystkim z wylewaniem przez otwór okienny poza obręb lokalu nieczystości i innych cieczy, obecnie zaś z zalewaniem sąsiednich lokali w związku z wadliwym działaniem lub nieprawidłowym użytkowaniem instalacji wodno-kanalizacyjnych, systemów klimatyzacji oraz urządzeń sanitarnych i sprzętów gospodarstwa domowego.

Sama zresztą wykładnia literalna zastosowana w niektórych orzeczeniach sądowych wydaje się mieć charakter nie tyle ścisły, co zawężający. Przepis art. 433 k.c. mówi bowiem o „wylaniu z pomieszczenia”, nie zaś o wylaniu z budynku. Nie powinno więc być istotne, czy wylanie nastąpiło poza obręb budynku, czy też z tego pomieszczenia na niższą kondygnację lub do innego lokalu znajdującego się na tym samym piętrze.

Nazbyt restrykcyjne podejście do interpretacji art. 433 k.c. powodowałoby konieczność przyjęcia odmiennej zasady odpowiedzialności odszkodowawczej w zależności od tego, czy ciecz wylała się (została wylana) przez znajdujące się w pomieszczeniu otwarte okno lub drzwi, czy też poprzez inne nieszczelności bądź mniej lub bardziej przepuszczalne stropy i ściany, które stosuje się w celu wydzielenia pomieszczeń, lokali i kondygnacji wewnątrz budynku. Tymczasem osoba poszkodowana na skutek zalania jej mieszkania wodą z lokalu położonego na wyższej kondygnacji znajduje się w sytuacji podobnej do przypadkowego przechodnia oblanego cieczą wylaną z lokalu. Ukształtowanie odpowiedzialności za zalanie lokalu położonego piętro niżej w oparciu o zasadę winy powodowałoby daleko idące utrudnienie dla poszkodowanego, który – w celu wykazania, że obowiązek naprawienia szkody ciąży na zajmującym pomieszczenie – musiałby najpierw ustalić, a następnie udowodnić okoliczności i przyczynę zdarzenia szkodowego.

3. Działania z zakresu problematyki zabezpieczenia emerytalnego

W 2012 r. RU dokonywał analizy i przygotowywał opinie przedłożonych mu aktów prawnych. Ponadto RU uczestniczył w pracach legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw, a także projektów ustaw o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw. Do powyższego aktów zgłoszono uwagi i sugestie. Dodatkowo, RU opiniował także projekty będące inicjatywą ustawodawczą Senatu RP.

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 ewentualnej zmiany przepisów regulujących te ubezpieczenia.

Poniżej prezentujemy podjęte w 2012 r. ważniejsze działania RU w tym obszarze, z podziałem na działania w zakresie ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia emerytalnego.

1. Ubezpieczenia gospodarcze

1.1. W 2012 r. RU oraz pracownicy jego Biura brali udział w pracach legislacyjnych, opiniowali oraz zgłaszali własne propozycje rozwiązań legislacyjnych w zakresie następujących projektów ustaw i założeń do projektów ustaw:

- a) Projekt założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (<http://legislacja.rcl.gov.pl/lista/1/projekt/18043>)

RU brał czynny udział w pracach nad projektem założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, który został przygotowany przede wszystkim ze względu na obowiązek implementacji postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej („dyrektywa Wypłacalność II”).

W trakcie prac nad projektem, RU mając na uwadze fakt, że prace legislacyjne są ukierunkowane przede wszystkim na wdrożenie obszernych przepisów wspólnotowych

ograniczył się do uwag, które były powiązane z tą implementacją lub były konieczne ze względu na istniejące obecnie nieścisłości interpretacyjne.

RU wskazał m.in., że dyrektywa Wyplącalność II przewiduje wymogi publicznego ujawniania ważnych informacji dotyczących wyplącalności i sytuacji finansowej ZU (art. 51 oraz art. 53-55 dyrektywy Wyplącalność II – Sprawozdanie o wyplącalności i kondycji finansowej ZU). W ocenie RU na kondycję finansową ubezpieczyciela wskazują również dane o jakości postępowań likwidacyjnych przeprowadzanych przez ubezpieczyciela, które są szczególnie cenne dla konsumentów. RU uznał, iż w realizację tych założeń doskonale wpisywałoby się wprowadzenie dla ZU obowiązku przekazywania RU informacji o postępowaniach likwidacyjnych oraz skargach i procesach sądowych, który z kolei miałby obowiązek corocznego publikowania tych danych w zestawieniu z danymi na temat postępowań skargowych prowadzonych przez BRU, prezentowanymi w sprawozdaniach rocznych.

Z powyższych względów RU opowiedział się za uwzględnieniem w projekcie założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, propozycji wprowadzenia ustawowej regulacji dotyczącej gromadzenia i raportowania danych o postępowaniach likwidacyjnych i skargach klientów kierowanych do ZU.

W szczególności RU zaproponował dodanie wśród definicji określeń użytych w projektowanej ustawie następującej definicji pojęcia skargi:

„skarga – oświadczenie złożone zakładowi ubezpieczeń bezpośrednio lub za pośrednictwem innego podmiotu, w którym skarżący podnosi zarzuty dotyczące działalności zakładu ubezpieczeń lub innych podmiotów działających na jego rzecz lub w jego imieniu w zakresie dotyczącym w szczególności: wysokości ustalonej składki ubezpieczeniowej, nieterminowej wypłaty odszkodowania (świadczenia), odmowy wypłaty całości lub części odszkodowania (świadczenia), działalności agenta ubezpieczeniowego, postanowień umowy lub stosowanego przez ubezpieczyciela wzorca umowy oraz nieprawidłowej obsługi”.

RU zaproponował również uwzględnienie w projekcie założeń następującej propozycji legislacyjnej:

„1. Zakład ubezpieczeń corocznie, w terminie 45 dni od zakończenia roku kalendarzowego, przekazuje Rzecznikowi Ubezpieczonych sprawozdanie statystyczne z uwzględnieniem ubezpieczeń działu I i II załącznika do ustawy, zawierające następujące informacje:

- 1) liczbę osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia;
- 2) liczbę zawartych umów ubezpieczenia;
- 3) liczbę zgłoszonych roszczeń;

- 4) liczbę uznanych i oddalonych roszczeń;
 - 5) liczbę skarg wraz z informacją, czy zostały one uwzględnione w całości lub części;
 - 6) liczbę skierowanych w okresie sprawozdawczym do sądu pozwów przeciwko zakładowi ubezpieczeń, wartość roszczeń zgłoszonych w pozwach oraz wartość kwot zasądzonych na rzecz skarżących w okresie sprawozdawczym.
2. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z Polską Izbą Ubezpieczeń oraz Rzecznikiem Ubezpieczonych określa w drodze rozporządzenia formę i sposób sporządzenia sprawozdania o którym mowa w ust. 1”.

Jednocześnie RU w ustawie o Rzeczniku Ubezpieczonych zaproponował nadanie art. 30 następującego brzmienia:

- „1. Rzecznik 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.
2. Załącznik do sprawozdania stanowią informacje przekazane przez zakłady ubezpieczeń na podstawie art. 175a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).
3. W załączniku o którym mowa w ust. 2, Rzecznik zamieszcza również informacje o udziale poszczególnych zakładów ubezpieczeń w przypisie składki brutto. Informacje te Rzecznik uzyskuje od Komisji.
4. Sprawozdanie jest jawne”.

RU zwracał również uwagę na inne kwestie istotne z punktu widzenia problematyki stabilności prawa oraz konieczności zachowania jego spójności i z tego względu w ramach prac nad projektem założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wniósł o dokonanie zmiany obecnego brzmienia art. 25 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez dodanie ust. 3a w następującym brzmieniu:

„3a. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych”.

Zmiana ta jest konieczna z uwagi na fakt, iż ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 205, poz. 1210), poszkodowani dochodzący roszczeń od UFG i PBUK, otrzymali uprawnienie wglądu do akt szkodowych lub przekazania ich kopii, analogicznie jak poszkodowani lub strony umowy ubezpieczenia kierujący swoje roszczenia do ubezpieczycieli. Propozycja zmiany art. 25 ustawy o działalności ubezpieczeniowej miała na

celu zrównanie zakresu uprawnień, jak również stworzenie ustawowych gwarancji, że podmioty gwarancyjnie zobowiązane do naprawienia szkody, które uzyskały informacje i dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia na podstawie art. 25 ust 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i uczyniły z nich podstawę zajętego stanowiska, będą obowiązane na żądanie osób, o których mowa w art. 25 ust. 3 tej ustawy udostępniać te informacje lub dokumenty. RU zaznaczył, że praktyka UFG wskazuje, iż proponowane rozwiązanie jest niezbędne ze względu na występujące problemy z weryfikacją stanowiska dłużnika opartego na dokumentach uzyskanych w trybie art. 25 ust. 2 ww. ustawy, wynikające z ograniczania dostępu do nich.

- b) Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej przekazany do konsultacji w dniu 17 maja 2012 r.

Projekt nowelizacji przewidywał zmiany odnoszące się do wprowadzonego ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) obowiązku zawierania przez podmioty lecznicze prowadzące szpitale, ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., Nr 12, poz. 159 z późn. zm.).

Odnosząc się do treści projektu RU przypomniał, że w kwestii problematyki dochodzenia roszczeń w ramach ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, RU wypowiadał się wcześniej w trakcie prac legislacyjnych dotyczących ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660 z późn. zm.). RU zwracał wówczas m.in. uwagę na kwestię nierównego traktowania pacjentów (ubezpieczenie ma zastosowanie wyłącznie do błędów medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach), ograniczanie kręgu osób, które w przypadku śmierci pacjenta mogą złożyć wniosek o ustalenie błędu medycznego do spadkobierców, wprowadzenie niskich limitów wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia oraz pozostawienie ich wyliczenia w gestii ZU, czy wreszcie zamknięcie drogi sądowej poprzez oświadczenie podmiotu składającego wniosek 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.

W opiniowanym projekcie ustawy podtrzymano obowiązek posiadania przez szpitale dwóch ubezpieczeń obowiązkowych, w tym wspomnianego wyżej ubezpieczenia na rzecz pacjenta, przy czym w odniesieniu do tego ostatniego zaproponowano wprowadzenie regulacji prawnej o charakterze przejściowym odraczającej obowiązek zawierania tych umów dotyczącą okresu od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy do dnia 31 grudnia 2013 r. Jednocześnie przewidziano zmiany w art. 25 ustawy o działalności leczniczej dotyczące obniżenia wysokości sumy ubezpieczenia, uwarunkowania jej wysokości liczbą łóżek w szpitalu oraz możliwości wprowadzenia w umowie tzw. udziału własnego szpitala.

W odniesieniu do zaproponowanych rozwiązań, RU poddał pod rozwałę zasadność funkcjonowania obok siebie dwóch umów ubezpieczenia, do których zawarcia zobowiązuje się podmioty prowadzące działalność leczniczą w formie szpitali. Podmioty te muszą zawrzeć i opłacić składkę ubezpieczeniową za dwa ubezpieczenia o podobnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Trzeba bowiem zauważyć, że zakres ryzyka w tych ubezpieczeniach w znacznym stopniu się pokrywa, a odróżnia je przede wszystkim tryb dochodzenia roszczeń. Jeżeli projektodawca przesądziłby konieczność utrzymania dwóch umów ubezpieczenia, wówczas RU widział potrzebę dookreślenia, czy ubezpieczenie na rzecz pacjentów stanowi ubezpieczenie odpowiedzialności, cywilnej w ramach którego można uzyskać odszkodowanie, bądź świadczenie na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czy też jest ubezpieczeniem o charakterze ubezpieczenia osobowego. Założenie, że jest to ubezpieczenie osobowe mogłoby rodzić wątpliwości w zakresie stosowania do takich umów przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pozostawienie tej kwestii bez rozstrzygnięcia, w ocenie RU, oznaczałoby duże prawdopodobieństwo narastania problemów zarówno z zawieraniem umów, jak i z ich realizacją.

- c) Projekt ustawy o ułatwieniu dostępu do wykonywania zawodów finansowych, budowlanych i transportowych (<http://ms.gov.pl/pl/deregulacja-dostepu-do-zawodow/ii-transza/>)

Odnosząc się do treści przedłożonego projektu, RU zwrócił uwagę na aspekty mające istotne znaczenie dla organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń.

W art. 15 i 16 projektu ustawy zaproponowano wprowadzenie zmian w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.) w zakresie warunków wykonywania czynności agencyjnych i brokerskich oraz w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, w zakresie warunków wykonywania zawodu aktuarium.

W uzasadnieniu do przedłożonego projektu ustawy zostało wskazane, iż ze względu na wymogi stawiane przez prawo europejskie, nie jest możliwa całkowita deregulacja zawodu aktuarium oraz działalności brokera i agenta ubezpieczeniowego. Projekt przewiduje jedynie uproszczenie i złagodzenie w znaczący sposób kryteriów dostępu do tych zawodów m.in. poprzez obniżenie wymogów – poziomu wykształcenia, uwzględnienie długoletniego doświadczenia zawodowego, rezygnację w niektórych przypadkach z egzaminu zawodowego.

RU zaznaczył, iż obecnie obowiązujące w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym zasady wykonywania czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego i reasekuracyjnego, w tym te dotyczące zarówno posiadania, jak i sprawdzania odpowiednich kwalifikacji, stanowią odzwierciedlenie wymogów dyrektywy 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego. RU podkreślił, że zgodnie z regulacjami tej dyrektywy pośrednicy ubezpieczeniowi działający na rynku europejskim są rejestrowani we właściwym organie państwa członkowskiego, pod warunkiem spełnienia ściśle określonych wymogów zawodowych dotyczących ich umiejętności, nieposzlakowanej opinii, zakresu odpowiedzialności zawodowej i warunków finansowych.

RU zaznaczył również, iż w Komisji Europejskiej trwają prace nad zmianami dyrektywy 2002/92/WE w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego, które nie tylko podtrzymują wskazane wyżej wymogi wobec pośredników, ale zmierzają do ich rozszerzenia. Planowane jest również rozszerzenie samej definicji pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Zgodnie z treścią wniosku Komisji Europejskiej z dnia 3 lipca 2012 r. (COM(2012) 360 final), nadrzędnym celem planowanej zmiany dyrektywy jest w szczególności poprawa adekwatności i celowości porad udzielanych przez pośredników oraz zapewnienie posiadania odpowiednich umiejętności zawodowych pośredników, odpowiadających złożoności oferowanych umów ubezpieczenia. W ocenie RU w świetle powyższych regulacji oraz trwających na forum unijnym prac legislacyjnych, opiniowany projekt ustawy przewidując znaczne uproszczenie (szczególnie w przypadku agentów ubezpieczeniowych) kryteriów dostępu do tych zawodów/działalności zmierzał w przeciwnym kierunku niż prawo europejskie.

Poważne wątpliwości RU wzbudziło proponowane w odniesieniu do osób wykonujących czynności agencyjne, odstąpienie od przewidzianego w art. 9 ust. 1 pkt 4

ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym warunku posiadania co najmniej średniego wykształcenia, a następnie zwolnienie kandydata na agenta z obowiązku zdawania egzaminu po ukończeniu szkolenia przeprowadzonego przez ZU.

W odniesieniu do regulacji określających warunki wykonywania działalności brokerskiej, również projektowane było odstępianie od wymogu posiadania co najmniej średniego wykształcenia, jak również zwolnienie z warunku zdania egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych osób, które posiadają co najmniej sześćoletnie doświadczenie zawodowe w zakresie ubezpieczeń, uzyskane w okresie 10 lat bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku o uzyskanie zezwolenia na wykonywanie działalności brokerskiej. RU zwrócił uwagę na niejednoznaczność proponowanych w tym zakresie przepisów i zagrożenie stworzenia istotnych problemów interpretacyjnych.

Powołując się na swoje wieloletnie doświadczenia RU zauważył, że z punktu widzenia interesów konsumentów, a także wszystkich ubezpieczających i ubezpieczonych zdecydowanie bezpieczniej jest, gdy w zawieraniu umowy ubezpieczenia pośredniczy profesjonalista, którego wiedza uprzednio została poddana weryfikacji i która jest aktualizowana. Szczęólnego znaczenia nabiera to w przypadku zawierania umów ubezpieczenia o skomplikowanym charakterze, np. ubezpieczenia OC z tytułu prowadzonej działalności, ubezpieczeń finansowych, czy życiowych z elementem kapitałowym.

d) Poselski projekt o zmianie ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym

Przedłożony projekt zawierał propozycje regulacji prawnych mających na celu zwiększenie skuteczności publicznego nadzoru nad rynkiem finansowym oraz ochronę KNF przed naciskami zewnętrznymi. Proponowano się m.in. rozszerzenie składu KNF oraz powołanie nowego organu opiniodawczo-doradczego w zakresie nadzoru na rynku finansowym – Rady Interesu Publicznego Rynku Finansowego.

RU zwrócił uwagę, że wskazane rozwiązanie – powołania nowego organu – rodzi wątpliwości w zakresie realnej możliwości poprawy skuteczności nadzoru nad rynkiem kapitałowym. Podkreślił, iż obecnie rynek kapitałowy jest nadzorowany przez KNF, a w zakresie ochrony konkurencji oraz konsumentów przez Prezesa UOKiK.

Projekt zakładał, że Rada miałaby za zadanie opiniować oraz oceniać wszelkie działania oraz procesy dotyczące rynku finansowego, kierując się potrzeba ochrony interesu publicznego. Miałyby ono być realizowane poprzez monitorowanie transakcji dokonywanych

na rynku finansowym, zgłaszanie KNF informacji o zagrożeniach oraz składanie Prezesowi Rady Ministrów corocznej opinii dotyczącej działalności KNF. Wątpliwości RU wzbudził w szczególności sposób monitorowania transakcji.

RU odnosząc się do propozycji rozszerzenia składu KNF, stwierdził, że może to rodzić obawy spowolnienia działania Komisji w zakresie wydawania decyzji czy opinii, uzgodnienia stanowiska, a także trudność w ustaleniu odpowiedzialności.

e) Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej

Przedłożony projekt zawierał propozycję zmiany przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, wynikającą z konieczności dostosowania przepisów ustawy do wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2011r. w sprawie C-236/09 Test-Achats, w którym Trybunał uznał, że odstępstwo od zasady równości płci w art. 5 ust. 2 dyrektywy 2004/113/WE jest sprzeczne z celem tej dyrektywy określonym w art. 5 ust. 1, a więc także z Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej.

Zastrzeżenia RU budziła propozycja uchylecia art. 18b ustawy, który przewiduje, że różnicowanie składek ubezpieczeniowych i świadczeń do celów ubezpieczeń z działu I i II załącznika do ustawy i związanych z nimi usług finansowych ze względu na ciążę i macierzyństwo jest zakazane.

Projektodawca w uzasadnieniu wskazywał, iż utrzymanie art. 18b jest bezprzedmiotowe w przypadku wprowadzenia nowego brzmienia art. 18a, zaproponowanego w projekcie. RU nie może się zgodzić z taką interpretacją. Wskazał, że dyrektywa 2004/113/WE - niezależnie od treści art. 5 ust. 1 - wprowadziła odrębny zakaz różnicowania składki i świadczeń ze względu na ciążę i macierzyństwo.

f) Poselski projekt ustawy o uzgodnieniu płci

RU zwrócił uwagę, że projekt przewiduje możliwość stwierdzenia nowej płci za zgodą przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego dla osoby niepełnoletniej, która ukończyła 13 lat, jeśli wyraża ona jednoznaczną wolę dokonania uzgodnienia płci. Wniosek o uzgodnienie płci miał się opierać na oświadczeniu wnioskodawcy oraz dołączonym orzeczeniu dwóch lekarzy specjalistów z dziedziny psychiatrii lub seksuologii albo orzeczenia jednego lekarza specjalisty oraz psychologa ze specjalizacją w zakresie seksuologii. Projekt przewidywał również, iż sąd rozpoznając wniosek może poprzestać na oświadczeniu wnioskodawcy oraz dołączonych orzeczeniach. Zdaniem RU należało dokładnie przeanalizować tę kwestię i rozważyć wprowadzenie obligatoryjności uzyskania w takim

postępowaniu opinii niezależnego biegłego, aby uniknąć potencjalnych negatywnych konsekwencji stosunkowo uproszczonego trybu, szczególnie w przypadku osób niepełnoletnich.

Poważne wątpliwości budziła także regulacja dopuszczająca nieodwracalną interwencję medyczną w stosunku do osoby małoletniej poniżej 13 roku życia. Wydaje się, iż przeprowadzanie nieodwracalnych interwencji chirurgicznych w stosunku do takich osób, jedynie na podstawie zgody przedstawiciela ustawowego oraz potwierdzenia przez lekarza specjalistę dostatecznego ukształtowania tożsamości płciowej jest zbyt daleko idącym rozwiązaniem. RU podał przykład rozwiązania z art. 426 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym do 13 roku życia człowiek nie ponosi odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę. Takie rozwiązanie prawne zostało uzasadnione przekonaniem, iż osoby te ze względu na swój stopień rozwoju psychofizycznego nie są w stanie właściwie kierować swym postępowaniem.

RU podkreślił, iż kwestia uzgodnienia płci osób, których tożsamość płciowa różni się od ich płci metrykalnej jest zagadnieniem niezmiernie skomplikowanym i głównie z tych względów rozwiązania legislacyjne muszą być w tym przypadku poddane wyjątkowo szerokiej analizie i dyskusji z udziałem wybitnych specjalistów.

g) Poselski projekt ustawy o umowie związku partnerskiego

W odniesieniu do tego projektu ustawy RU zwrócił uwagę na dwie kwestie. W art. 10 projektu ustawy proponowano wprowadzenie przepisu w następującym brzmieniu: „Art. 10. Ilekroć przepis prawa używa określenia osoba bliska, osoba najbliższa lub osoba pozostająca w faktycznym pożyciu lub we wspólnym gospodarstwie domowym rozumie się przez to również partnerów”.

W ocenie RU katalog wskazanych w przepisie określeń bezwzględnie należałoby uzupełnić o określenie: „członek rodziny”. Pojęcie to występuje m.in. w przepisach regulujących kwestie roszczeń odszkodowawczych wynikających z czynów niedozwolonych przewidziane w Kodeksie cywilnym. Przykładowo bowiem zgodnie z jednym z zasadniczych dla odpowiedzialności odszkodowawczej przepisów art. 446 § 3 i § 4 k.c., „sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.”

Dodatkowo uzasadniając swoją uwagę RU przypomniał, że SN w wyroku z dnia 13 kwietnia 2005 r. (sygn. akt IV CK 48/04, OSNC 2006/3/54, Biul. SN 2005/6/12, M. Prawn.

2006/6/314) stwierdził, że pokrewieństwo nie stanowi wyłącznego kryterium zaliczenia do najbliższych członków rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 k.c. Sąd zauważył, że rozwój konkubinatu, który znalazł trwałe miejsce w systemie ocen i norm moralnych współczesnego społeczeństwa, ma swoje źródło w przeobrażeniach ustrojowych i gospodarczych, a także kulturowych, zwłaszcza w świadomości społeczeństwa. W celu uniknięcia ewentualnych sporów interpretacyjnych RU proponował rozważyć następujące brzmienie projektowanego przepisu: „Ilekroć w przepisach używa się określenia „osoba bliska”, „osoba najbliższa”, „członek rodziny” rozumie się przez to również partnerów”.

Sugerował również rezygnację z automatycznego uznawania partnera za osobę pozostającą w faktycznym pożyciu lub we wspólnym gospodarstwie domowym. Użycie tego typu określeń w przepisach prawa ma bowiem na celu objęcie zakresem regulacji osób, które nie są członkiem rodziny, a mimo to ze względu na faktyczne pozostawanie z inną osobą w pożyciu lub wspólnym gospodarstwie domowym są traktowani jakby nim byli. Wymaga to jednak indywidualnej oceny dla konkretnego przypadku.

Druga uwaga RU dotyczyła kwestii podziału środków zgromadzonych na rachunku członka funduszu emerytalnego. Należy zauważyć, iż zgodnie z art. 131 ust. 1 ustawy o OFE, jeżeli w chwili śmierci członek otwartego funduszu pozostawał w związku małżeńskim, fundusz dokonuje wypłaty transferowej połowy środków zgromadzonych na rachunku zmarłego na rachunek małżonka zmarłego w otwartym funduszu, w zakresie, w jakim środki te stanowiły przedmiot małżeńskiej wspólności majątkowej. W przypadku bowiem, gdy uczestnik funduszu emerytalnego OFE pozostaje w związku małżeńskim i ustawowej wspólności małżeńskiej, połowa środków podlega przekazaniu na rachunek współmałżonka w funduszu emerytalnym.

RU uznał, że należałoby ewentualnie rozstrzygnąć, czy partner miałby mieć analogiczne uprawnienia.

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

- a) Wniosek dotyczący projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących produktów inwestycyjnych COM (2012) 352

Z uwagi na obserwowany przez RU rozwój umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz odbieranych sygnałów o nienależytym informowaniu konsumentów na etapie zawierania umowy o jego rzeczywistych cechach i ewentualnym ryzyku inwestycyjnym, RU zaakceptował propozycje w zakresie wprowadzenia przepisów mających na celu zwiększenie ochrony konsumentów na rynku usług finansowych.

RU zaznaczył, że bardzo ważnym elementem informacji, która powinna zostać przekazana konsumentowi przez zawarcie skomplikowanych umów ubezpieczenia jest zarówno kwestia możliwości utraty zainwestowanych środków, jak i wysokości ponoszonych przez konsumenta kosztów i opłat, np. w przypadku wcześniejszej rezygnacji z umowy.

Skargi zgłaszane do RU bardzo często mają swoje źródło w niedoinformowaniu konsumenta przed zawarciem umowy o istotnych jej cechach. Nierzadko zdarzają się również wystąpienia podnoszące zarzut wprowadzenia w błąd przy zawarciu umowy, co do możliwości wypłaty bez uszczerbku środków zgromadzonych w początkowych latach trwania umowy.

Zdaniem RU ważne było także, aby w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek (w tym grupowych) wprowadzić obowiązek przekazania przyszłemu ubezpieczonemu dokumentu zawierającego kluczowe informacje jeszcze przed wyrażeniem przez niego zgody na skorzystanie z danej umowy.

- b) Wniosek Komisji Europejskiej w sprawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (wersja przekształcona) COM(2012) 360

RU podkreślił, że prace nad dyrektywą w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego wydają się właściwą okazją do uregulowania na drodze legislacyjnej problematyki związanej z dystrybucją ubezpieczeń poprzez banki (*bancassurance*).

RU wskazał na skierowane do podmiotów nadzorowanych w dniu 21 lutego 2012 r. pismo Przewodniczącego KNF poświęcone nieprawidłowościom w funkcjonowaniu w Polsce rynku *bancassurance*. Jako jeden z podstawowych zarzutów względem tego kanału dystrybucji słusznie wskazano faktyczne łączenie przez banki funkcji ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego. W praktyce niejednokrotnie bank występuje jako strona umowy ubezpieczenia (ubezpieczający) i jednocześnie otrzymuje od ZU część składki określaną np. jako „opłata za ryzyko”, będącą *de facto* prowizją, a więc analogicznie jak w

przypadku pośrednika ubezpieczeniowego. Przewodniczący KNF uznał taką praktykę za niedopuszczalną, podkreślając występujący w takiej sytuacji konflikt interesów: bank jako ubezpieczający jest stroną umowy o świadczenie usługi ubezpieczeniowej i reprezentując ubezpieczonych kredytobiorców powinien być zainteresowany w ustanowieniu realnej i korzystnej ochrony ubezpieczeniowej, a jednocześnie – otrzymując od ZU „provizję” z tytułu pozyskania nowych ubezpieczonych – bank działa w interesie ubezpieczyciela, zwiększając przypis składki ubezpieczeniowej.

Zbliżony mechanizm RU zaobserwował na gruncie działalności niektórych agentów ubezpieczeniowych, wpisanych do rejestru prowadzonego przez KNF. W ocenie RU pośrednik wykonujący czynności ubezpieczeniowe nie powinien działać w ramach stosunku ubezpieczenia jako ubezpieczający. Dzięki temu konsument (np. kredytobiorca), któremu przysługiwać będzie miano ubezpieczającego, otrzyma kompletną dokumentację związaną z zawarciem umowy ubezpieczenia i zachowa uprawnienie do samodzielnego dochodzenia roszczeń wynikających z umowy. Jeżeli natomiast bank występuje w charakterze ubezpieczającego, powinien obejmować go zakaz pobierania prowizji.

Projekt dyrektywy przewidywał wprawdzie wprowadzenie wymogów dotyczących identyfikowania konfliktu interesów między pośrednikami ubezpieczeniowymi (i ZU) a ich klientami, ale tylko w przypadku pośrednictwa ubezpieczeniowego prowadzonego w związku ze sprzedażą ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych. W ocenie RU zastosowane rozwiązanie było zatem niewystarczające.

Kanału *bancassurance* dotyczył także problem sprzedaży krzyżowej (łączonej i związanej), uwzględniony – choć dość ogólnie – w art. 21 projektowanej dyrektywy. Zdaniem RU warto rozważyć, czy kwestia ta nie powinna zostać uregulowana w tym akcie w sposób bardziej szczegółowy, co mogłoby skuteczniej chronić przed niepożądanymi praktykami interesy konsumentów.

Interesującym rozwiązaniem była natomiast propozycja, by dyrektywa miała zastosowanie do osób, których działalność polega na świadczeniu pomocy (w imieniu klienta lub zakładu ubezpieczeń) w administrowaniu umową ubezpieczenia, wykonywaniu takiej umowy, w tym zawodowej obsłudze roszczeń, likwidacji szkód lub ich wycenie w charakterze biegłego (Motyw 7). Tym samym omawiana regulacja już w sposób wyraźny obejmie swoim zakresem m.in. takie podmioty, jak tzw. kancelarie odszkodowawcze i doradców odszkodowawczych, rzeczoznawców samochodowych, majątkowych i budowlanych czy też firmy likwidujące szkody lub wykonujące inne czynności z zakresu administrowania i wykonywania umowy ubezpieczenia na zlecenie zakładu ubezpieczeń (np.

windykacja roszczeń obejmujących zaległe składki ubezpieczeniowe). Szczególnie w przypadku zawodowej obsługi roszczeń w imieniu uprawnionych z umowy ubezpieczenia istnieją ważne powody, by ten segment rynku został poddany regulacjom chroniącym interesy konsumentów oraz dobre obyczaje. Były one w ostatnich latach szeroko podnoszone i omawiane m.in. przez RU, a nawet przez samo środowisko doradców odszkodowawczych.

RU zwrócił ponadto uwagę na wysokość sum gwarancyjnych w ubezpieczeniu OC pośredników ubezpieczeniowych. Wniosek przewidywał, iż pośrednicy mają posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej opiewające przynajmniej na 1.120.000 EUR w stosunku do każdego roszczenia oraz 1.680.000 EUR rocznie w stosunku do wszystkich roszczeń łącznie, co stanowi wzrost w stosunku do dotychczas obowiązujących kwot, które już i tak można ocenić jako znaczące.

1.3. W zakresie ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r. RU zaopiniował następujące projekty aktów wykonawczych do ustaw:

- projekt rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie wpłat na pokrycie kosztów nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową, reasekuracyjną oraz w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźników lotniczych, przedsiębiorstw wykonujących obsługę naziemną oraz instytucji zapewniających służby żeglugi powietrznej;
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorcy ubiegającego się o zawarcie umowy na prowadzenie działalności w zakresie ochrony lotnictwa cywilnego w portach lotniczych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie minimalnej sumy gwarancji bankowej i ubezpieczeniowej wymaganej w związku z wykonywaniem przez biuro usług płatniczych transakcji płatniczych wynikających z umowy świadczenie usług płatniczych oraz terminu powstania obowiązku zawarcia umowy gwarancji;

- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia biur usług płatniczych wymaganego w związku z wykonywaniem transakcji płatniczych wynikających z umowy o świadczenie usług płatniczych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości oraz sprawozdań z działalności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie rodzaju i zakresu dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązkowego;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów zmieniający rozporządzenie w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych;
- projekt rozporządzenia Ministra Finansów zmieniający rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz klientów w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych.

1.4. Dodatkowe inicjatywy RU

a) RU zgłosił do Ministra Sprawiedliwości wniosek o rozważenie, aby w ramach sporządzanych i publikowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości statystyk dotyczących spraw sądowych wyodrębnić ewidencję spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych.

RU podkreślił, że jawność i dostępność takich informacji dla konsumentów są szczególnie ważne w okresie niestabilności rynków finansowych, stanowiąc jeden z ważniejszych sposobów zabezpieczenia interesów obywateli. Jednocześnie ułatwia kontrolę działalności ubezpieczycieli, przeciwdziała nieprawidłowościom, ale również pozwala je wychwycić na wcześniejszym etapie.

RU wskazał, że głównymi zarzutami zawartymi w skargach napływających do RU są zastrzeżenia dotyczące wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia oraz odmownego stanowiska ubezpieczyciela w przedmiocie zgłoszonych roszczeń. Część z tych spraw trafia do sądów i w większości przypadków RU otrzymuje informację, iż stanowisko ubezpieczyciela w ocenie sądu było nieprawidłowe. Zaprezentowany przez RU postulat uzasadnia również obserwowana rosnąca liczba postępowań sądowych przeciw ubezpieczycielom, jak również – w ostatnich latach – dynamiczny rozwój działalności kancelarii odszkodowawczych.

RU wspomniał, że w 2011 r. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości przedstawił raport przygotowany na bazie 180 przypadków sądowych, dotyczących ustalania wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w praktyce sądowej. Wśród wszystkich przypadków autorzy raportu nie znaleźli sprawy wygranej przez ubezpieczyciela. W znakomitej większości przypadków przyznawane kwoty były średnio czterokrotnie wyższe od oferowanych przez ZU.

b) RU zwrócił się do Ministra Finansów z prośbą o wznowienie prac legislacyjnych dotyczących uregulowania działalności doradców i kancelarii odszkodowawczych oraz poddania tych podmiotów nadzorowi państwowemu. Konieczność ta wynikała z obserwowanego dynamicznego rozwoju działalności doradców i kancelarii odszkodowawczych, a także niepokojących sygnałów otrzymywanych przez RU zarówno od osób poszkodowanych, jak i od podmiotów rynku ubezpieczeniowego, m.in. brokerów ubezpieczeniowych.

W szczególności RU zaproponował rozważenie:

- wprowadzenia norm reglamentujących tę sferę działalności i systemu weryfikacji umiejętności osób, które prowadzą czy też zamierzają prowadzić tego typu działalność, ze względu na konieczność ograniczenia dostępu do wykonywania tych czynności osobom nie mającym odpowiedniego przygotowania zawodowego i doświadczenia w tej dziedzinie;
- wprowadzenia w stosunku do kancelarii i doradców odszkodowawczych nadzoru nad ich działalnością; ze względu na charakter działalności tych podmiotów, którym często przekazywane są znaczne kwoty odszkodowań, zdaniem RU stworzenie ustawowych ram nadzoru nad wspomnianymi podmiotami jest koniecznością;
- uregulowania problematyki kształtowania wysokości wynagrodzeń doradców odszkodowawczych, również w kontekście wytycznych SN płynących z uchwały z dnia 13 marca 2012 r. (sygn. akt III CZP 75/11);
- nałożenia na podmioty świadczące pomoc prawną w dochodzeniu roszczeń, obowiązków informacyjnych względem poszkodowanych konsumentów, w szczególności dotyczących informacji o przysługujących klientowi uprawnieniach i roszczeniach, w tym także o możliwości odstąpienia od zawartej umowy, o bieżących działaniach podejmowanych przez doradcę odszkodowawczego, o prowadzonych negocjacjach ze sprawcą bądź jego

ubezpieczycielem, jak również o zabezpieczeniu finansowym przedsiębiorcy na wypadek wyrządzenia szkody;

- nałożenia obowiązku posiadania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej bądź innego instrumentu gwarantującego poszkodowanemu w sytuacji wyrządzenia szkody działaniem/zaniechaniem zaspokojenie jego słuszných roszczeń.
- stworzenia ram ustawowych dla powołania samorządu gospodarczego czuwającego nad prawidłowym i etycznym prowadzeniem działalności kancelarii odszkodowawczych.

RU podtrzymał propozycję legislacyjnego uregulowania zasad działalności doradców i kancelarii odszkodowawczych, wnioskując o powrót do prac Grupy roboczej ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych powołanej w ramach Rady Rozwoju Rynku Finansowego.

2. Zabezpieczenie emerytalne

1. RU uczestniczył w pracach legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Zasadniczym elementem projektu było podwyższenie i zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn. RU zwracał uwagę na niekonsekwencję polegającą na podnoszeniu powszechnego wieku emerytalnego, natomiast jednocześnie odroczone podniesienie wieku emerytalnego dla sędziów i prokuratorów oraz podniesienie wieku emerytalnego rolników do 2018 r. Jednocześnie zwrócono uwagę, iż przesunięcie o 9 lat podnoszenia wieku emerytalnego przy jednoczesnym całkowitym lub większościowym finansowaniu świadczeń z budżetu państwa częściowo podważa uzasadnienie zmiany powszechnego wieku emerytalnego.

2. W związku z senacką inicjatywą ustawodawczą w postaci ustawy o zmianie ustawy o rencie socjalnej (druk senacki nr 70) RU podniósł, iż renta socjalna nie może wynosić 100% renty z tytułu niezdolności do pracy, która odnosi się do wysokości minimalnej emerytury. RU zwrócił uwagę, iż na minimalną emeryturę trzeba pracować minimum 25 lat ze składką nie mniejszą niż należną od minimalnego wynagrodzenia.

3. W związku z kolejną senacką inicjatywą ustawodawczą w postaci ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (druk senacki nr 76)

RU zakwestionował możliwość wypłaty wyrównania za okres kilkunastu lub nawet 20 lat wstecz wraz z waloryzacją z powodu niejasnych kryteriów ustalania przedmiotowego wyrównania. Ponadto RU zakwestionował zasadność nakładania na ZUS nowego obowiązku w postaci informowania wszystkich ubezpieczonych o zmianie przepisów emerytalnych oraz obliczania z urzędu wysokości świadczenia w razie zmiany tych przepisów. Zdaniem RU w związku z rozbudowaną siecią placówek ZUS oraz powszechnym dostępem do informacji przez osoby zainteresowane, a także w związku z zachowaniem prawa do samodzielnej realizacji swych uprawnień przez ubezpieczonych, zmiana wydała się niepotrzebna.

4. RU zgłosił ponadto uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw dotyczącym zmian w przepisach związanych z urlopami macierzyńskimi. Wskazano, iż wydłużając okres urlopu macierzyńskiego nie przedłużono okresu ubezpieczenia uprawniającego do urlopu wychowawczego. RU zwrócił także uwagę, iż prowadzący działalność pozarolniczą objęci są dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Oznacza to, iż istnieje możliwość przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego, z którego wypłacany jest zasiłek macierzyński, już w początkowym okresie ciąży i korzystania z zasiłku chorobowego przez długi czas, a następnie przejścia na urlop macierzyński i korzystania z opłacania przez budżet państwa składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe w czasie urlopu wychowawczego. Oznacza to nierówność wobec prawa ubezpieczonych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej oraz ubezpieczonych z tytułu zatrudnienia.

5. W trakcie uzgodnień, których przedmiotem był projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw w przedmiocie korekty zasad wypłacania świadczeń w związku z przerwą w aktywności zawodowej spowodowanej wychowywaniem dziecka RU podniósł uwagę generalną do projektu, iż w systemie zdefiniowanej składki, nie jest problemem oddzielenie składki emerytalnej od rentowej, tym samym istnieje możliwość zróżnicowania zasad odprowadzania tych składek. Ponadto zwrócono uwagę na wciąż nierozwiązane problemy. Po pierwsze, problem składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe dla osób, które wróciły do pracy w niepełnym wymiarze czasu po urlopie macierzyńskim lub powróciły po krótszym od możliwego urlopu wychowawczego. Zdaniem RU, nieuzasadnione jest opłacanie niższej składki emerytalno-rentowej niż składki opłacanej od osób, za które składkę w całości opłaca budżet państwa. Niezbędna jest więc zmiana wysokości składki dla osób pracujących w niepełnym wymiarze

do wysokości składki nie niższej niż liczonej od 60% przeciętnego wynagrodzenia. Ponadto zwrócono uwagę na uprzywilejowaną pozycję osób pozostających w gospodarstwie domowym rolników. Osoby te mają bowiem prawo wyboru ubezpieczenia, do którego mogą należeć, a takie uprawnienie zostało zaproponowane w komentowanym projekcie. Wskazano bowiem, iż ubezpieczony objęty ubezpieczeniem rolnym przerywając te ubezpieczenie w związku z wychowywaniem dzieci, dalej pozostaje w rolniczym ubezpieczeniu emerytalnym ze składką opłacaną z budżetu państwa.

V. Analiza wzorów 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. Ogólne warunki ubezpieczenia określają, co jest przedmiotem ubezpieczenia, jaki jest zakres ubezpieczenia i jakie są wyłączenia, sposób zawierania umowy, zakres i czas trwania odpowiedzialności ZU, prawa i obowiązki stron umowy, oraz sposób ustalania odszkodowań. Obowiązująca w polskim prawie cywilnym zasada swobody umów (art. 353¹ k.c.) pozwala na wprowadzenie do treści o.w.u. takich ograniczeń, jakie strony umowy zaakceptują i jakie nie są sprzeczne z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, dobrymi obyczajami i istotą danego 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 nieprzychylnie 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.

RU w toku wykonywania swoich ustawowych kompetencji przywiązuje istotną wagę do analizy ogólnych warunków ubezpieczenia pod kątem zgodności ich postanowień z bezwzględnie obowiązującymi przepisami, jak również obecności w o.w.u. postanowień niedozwolonych w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. lub uprzednio wpisanych do rejestru klauzul niedozwolonych (abuzywnych). Stosowanie bowiem klauzul abuzywnych lub postanowień sprzecznych z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, a także podobnych w treści lub w celu do postanowień wpisanych uprzednio do rejestru klauzul niedozwolonych kwalifikowane jest jako praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie konsumentów.

RU przyjął dwutorowy model kontroli treści o.w.u. szczegółowo opisany w procedurze rejestracji, podejmowania i prowadzenia analiz o.w.u. oraz występowania do ZU i UOKiK w zakresie dostrzeżonych nieprawidłowości przez BRU.

Analizie prowadzonej przez RU może podlegać zarówno cały wzorzec umowny (analiza kompleksowa), jak również w toku prowadzonych postępowań skargowych, określone postanowienia, w szczególności te zapisy umowne, które mają wpływ na określone zachowanie dłużnika lub wysokość ustalonego odszkodowania albo świadczenia. Informacje odnośnie bieżących problemów, wynikających z nieprawidłowości w o.w.u., RU czerpie głównie ze skarg, e-maili i telefonów napływających od konsumentów. Przyjęty i stale rozwijany model kontroli nie tylko intensyfikuje realizację ustawowych kompetencji, ale również zwiększa skuteczność podejmowanych działań na rzecz ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych.

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 sytuacji, gdy ubezpieczyciel nie podzielił stanowiska RU, a ten jest nadal przekonany o słuszności swojego stanowiska kieruje wówczas do Prezesa UOKiK formalne zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów lub wnioski o rozważenie zasadności wystąpienia z powództwem do sądu o uznanie danego postanowienia wzorca za niedozwolony. Podstawą prawną do powyższego działania jest art. 20 pkt 4 ustawy o Rzeczniku oraz art. 100 ust. 1 ustawy o ochronie konsumentów (por. roz. III pkt 1 ppkt 1.2.).

W 2012 r. przygotowano i wysłano 20 wystąpień do ZU.

Wystąpienia dotyczyły następujących produktów ubezpieczeniowych:

a) w zakresie działu I (7 wystąpień do ZU):

- ubezpieczenia NNW i leczenia szpitalnego;
- ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (4 wystąpienia);
- ubezpieczenia grupowego pracowniczego na życie;
- ubezpieczenia indywidualnego na życie;

b) w zakresie działu II (13 wystąpień do ZU):

- ubezpieczenia autocasco (11 wystąpień);
- ubezpieczenia domów i mieszkań (2 wystąpienia).

Poza wymienionymi wystąpieniami do ZU o charakterze ogólnym, RU występował również wielokrotnie do ZU o zmianę pojedynczych zapisów postanowień o.w.u. na etapie prowadzonych postępowań skargowych.

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.

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 2012 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

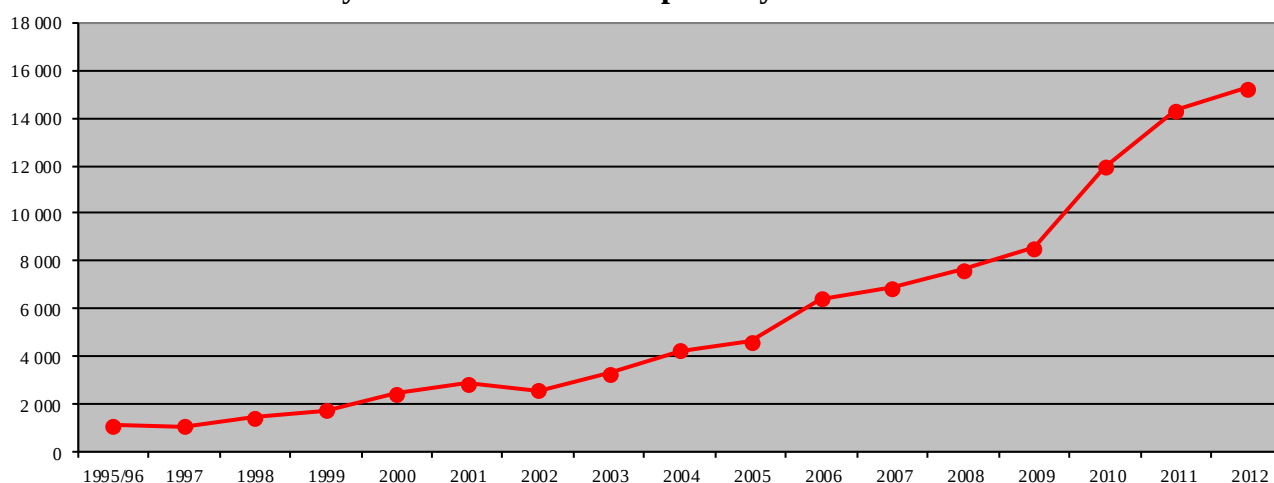
Do BRU w 2012 r. wpłynęło 15 273 pisemnych skarg zgłaszanych w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych, tj. o 6,4% więcej niż w roku poprzednim.

Tabela nr 4
Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96-2012

Lp.	Rok	Liczba skarg ogółem
1.	1995/96	1089
2.	1997	1043
3.	1998	1419
4.	1999	1711
5.	2000	2430
6.	2001	2866
7.	2002	2576
8.	2003	3273
9.	2004	4235
10.	2005	4601
11.	2006	6404
12.	2007	6883
13.	2008	7631
14.	2009	8566
15.	2010	11 947
16.	2011	14 356
17.	2012	15 273
18.	Ogółem	96 303

W ciągu 17-letniego okresu działania Urzędu RU, liczba napływających skarg systematycznie wzrastała, za 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 1995/96-2012 do RU wpłynęło 96 303 pisemnych skarg (Tabela nr 4, Wykres nr 1).

Wykres nr 1
Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 -2012

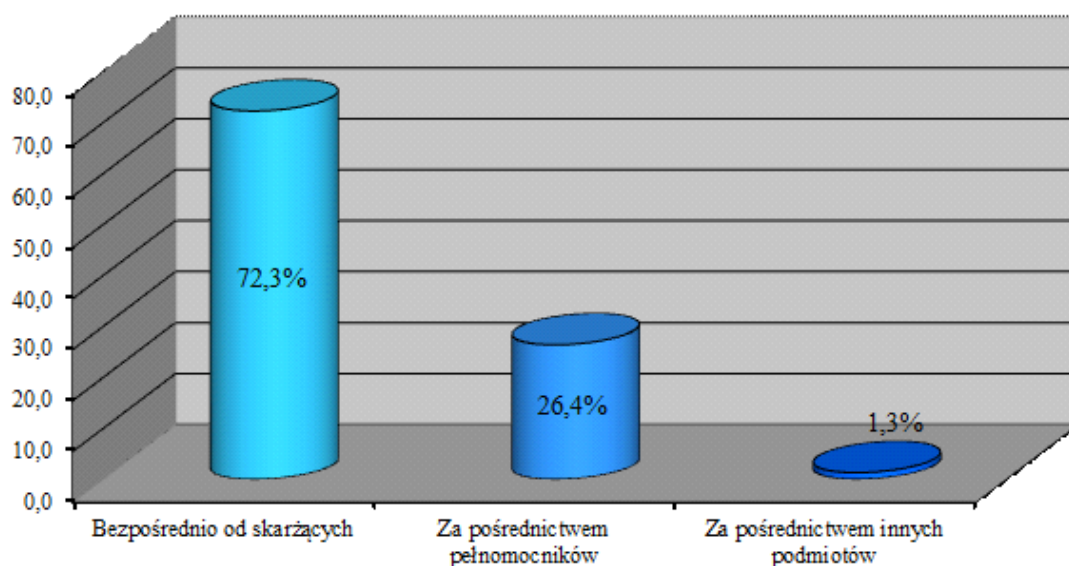


Napływały one zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia, jak też za pośrednictwem innych podmiotów (Tabela nr 5, Wykres nr 2). Ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg kierowanych do RU uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 3,8. Wśród podmiotów składających skargi największą uwagę zwraca rosnący udział pełnomocników tj. podmiotów zajmujących się zarówno zarobkowo jak i bezpłatnie pośredniczeniem w uzyskiwaniu odszkodowań od ZU. Są wśród nich kancelarie adwokackie i radcowskie oraz inne podmioty, które świadczą usługi w tym zakresie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Tą drogą skierowano do RU o 3,8% wystąpień więcej niż w 2011 r.

Tabela nr 5
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Źródło wpływu skarg	Liczba	%
1.	Bezpośrednio od skarżących	11 035	72,3
	Dział I	2233	14,6
	Dział II	8758	57,4
	Brak właściwości RU	44	0,3
2.	Za pośrednictwem:	4238	27,7
	Dział I	229	1,5
	Dział II	4006	26,2
	Brak właściwości RU	3	0,0
2a.	pełnomocników (ogółem),	4029	26,4
2b.	innych podmiotów (ogółem):	209	1,3
	- Kancelarii Prezydenta RP, Prezesa Rady Ministrów, Sejmu i Senatu, Biur Poselskich i Senatorskich oraz Ministerstw,	32	0,2
	- BRPO,	7	0,0
	- powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów,	154	1,0
	- innych instytucji,	15	0,1
	- redakcji gazet i czasopism.	1	0,0
3.	Ogółem	15 273	100

Wykres nr 2
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.



1.1. Tematyka skarg

1.1.1. Najlichniesza grupa skarg odnosila się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych (53,1%), tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 32,1%, składek ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych – 10,9%, ubezpieczeń autocasco – 8,7%, ubezpieczeń NNW kierowcy i pasażerów – 0,6% oraz ubezpieczeń assistance – 0,2% i Zielonej Karty – 0,1%. (Tabela nr 6, Wykres nr 3).

W porównaniu do roku ubiegłego procentowy udział grupy skarg odnoszącej się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych uległ zmniejszeniu o 0,8% natomiast liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 371 skarg.

W 2012 r. o 333 skargi wzrosła liczba skarg odnosząca się do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Procentowy ich udział uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,2%.

Spadek skarg o 0,3% nastąpił w odniesieniu do spraw odnoszących się do składek ubezpieczeniowych, chociaż liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 56 skarg. Procentowy spadek skarg (o 0,7%) nastąpił także w odniesieniu do spraw związanych z dobrowolnymi umowami ubezpieczenia autocasco, liczbowo grupa tych spraw także uległa zmniejszeniu o 25 skarg.

Tabela nr 6
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Tematyka skarg	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	2462	16,1
Ubezpieczenia zawarte przed 1989r. (tzw. stary portfel)	24	0,1
Ubezpieczenia zawarte po 1989r.:	2438	16,0
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	1152	7,5
- Ubezpieczenia na życie	653	4,3
- Ubezpieczenia na życie z ub. funduszem kapitałowym	516	3,4
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	9	0,1
- Składki (sposób naliczania, wymiar, zwrot)	56	0,4
- Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	34	0,2
- Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	11	0,1
- Brak danych	7	0,0
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	12 764	83,6
Ubezpieczenia komunikacyjne:	8106	53,1
- OC	4907	32,1
- Składki: sposób naliczania, wymiar, zwrot, tzw. podwójne ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	1665	10,9
- AC	1327	8,7
- NNW kierowcy i pasażerów	95	0,6
- Assistance	36	0,2
- Zielona Karta	12	0,1
- UFG (dot. likwidacji szkód)	40	0,3
- UFG (kary i regres)	24	0,2
Ubezpieczenia OC (pozostałe):	1475	9,7
- OC przedsiębiorcy	1250	8,2
- OC w życiu prywatnym	125	0,8
- OC wykonywanego zawodu	55	0,4
- OC przewoźnika	45	0,3
Ubezpieczenia mienia:	986	6,5
- Ubezpieczenia mienia osób fizycznych	808	5,3
- Ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw	173	1,2
- Ubezpieczenia cargo mienie w transporcie	5	0,0
Ubezpieczenia rolne:	510	3,3
- Obowiązkowe ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego	372	2,4
- OC rolników	95	0,6
- Ubezpieczenia upraw	40	0,3
- Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwach rolnych	3	0,0
Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	332	2,2

Ubezpieczenia NNW:	298	2,0
- Ubezpieczenia NNW	228	1,5
- Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	70	0,5
Regresy	144	0,9
Ubezpieczenia turystyczne:	101	0,7
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	79	0,5
- Ubezpieczenia bagażu	12	0,1
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	9	0,1
- Ubezpieczenia opóźnienia lotu za granicę	1	0,0
Składki (pozostałe): sposób naliczania, wymiar, zwrot	101	0,7
Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	96	0,6
Ubezpieczenia kredytu i innych produktów bankowych:	80	0,5
- Ubezpieczenia kredytu	77	0,5
- Ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych	3	0,0
Ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego i nowozakupionego sprzętu	60	0,4
Casco statków powietrznych i morskich	9	0,1
Gwarancje ubezpieczeniowe	8	0,1
Ubezpieczenia dziennego pobytu szpitalnego	7	0,0
Ubezpieczenia ochrony prawnej	7	0,0
Ubezpieczenia maszyn budowlanych	6	0,0
Ubezpieczenia kosztów leczenia	4	0,0
Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwie domowym	1	0,0
Ubezpieczenia krótkoterminowych należności eksportowych	1	0,0
Ubezpieczenia ryzyk budowlanych	1	0,0
Brak danych	431	2,8
Brak właściwości RU	47	0,3
Ogółem	15 273	100

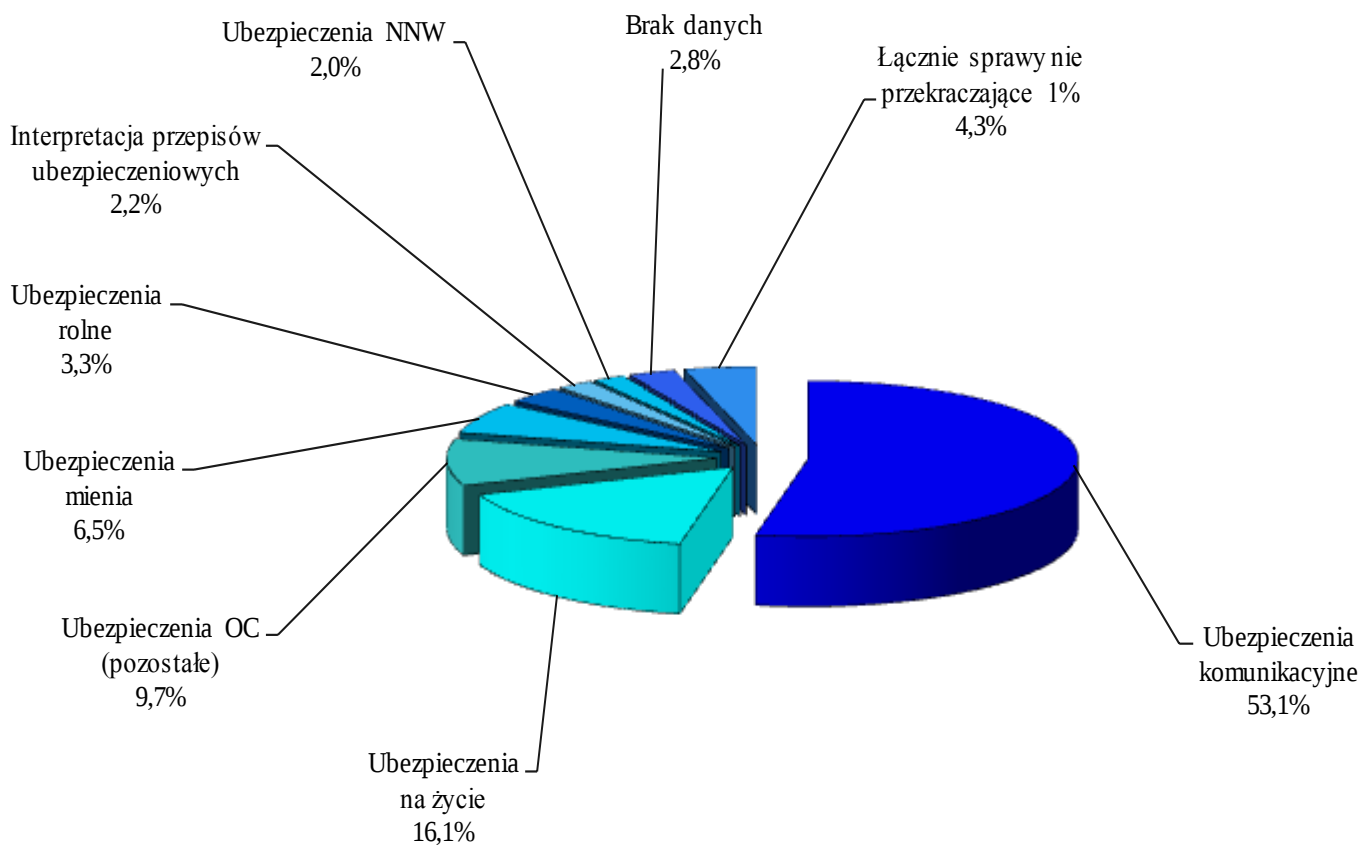
Ubezpieczenia komunikacyjne od początku istnienia Urzędu RU stanowiły największą liczebnie grupę skarg. Pomimo spadku w stosunku do roku poprzedniego, tendencja ta występuje nadal. Tak znacząca wielkość wynika głównie z faktu, że są to i zapewne będą w przyszłości najczęściej zawierane umowy ubezpieczenia, 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.

Wykres nr 3
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.



Podobnie jak w poprzednich latach w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych, konsumenci zgłaszali również uwagi odnośnie sposobu likwidacji szkody, poprzez nieuprawnione kwalifikowanie jej jako szkody całkowitej. Wskazywali, iż ubezpieczyciele często zaniżają wartość pojazdu w stanie sprzed szkody, a zawyżają 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.

Natomiast w odniesieniu do szkód na osobie najczęściej pojawiały się zarzuty dotyczące ustalania na zbyt niskim poziomie świadczeń odszkodowawczych, dochodzonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC sprawcy szkody oraz odmawiania przez ubezpieczycieli prawa do zadośćuczynienia za śmierć osoby najbliższej, jeśli doszło do niej przed dniem 3 sierpnia 2008 r. – mimo ugruntowanej w tej chwili linii orzeczniczej SN.

Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych, bo 10,9% przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych. Pomimo wzrostu liczby tych skarg o 56 spraw, procentowy ich udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,3%.

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. W 2012 r. – w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego odnotowano spadek o 2,1% skarg związanych z tzw. podwójnym ubezpieczeniem obowiązkowym (w 2011 r. – 6,9%, w 2012 r. – 4,8%). W oparciu o obserwacje RU dotyczące funkcjonowania nowych przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, które weszły w życie 11 lutego 2012 r., dotychczas RU nie odnotował większych problemów związanych ze stosowaniem tych przepisów, a skargi kierowane do BRU w tym zakresie dotyczyły przede wszystkim umów ubezpieczeń zawartych przed dniem 11 lutego 2012 r.;

- wezwanie do zapłaty przez ZU przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę;
- 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 zwwyżek 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 w 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 64 skargi dotyczące 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 – 0,3%;
- nakładanie opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 0,2%.

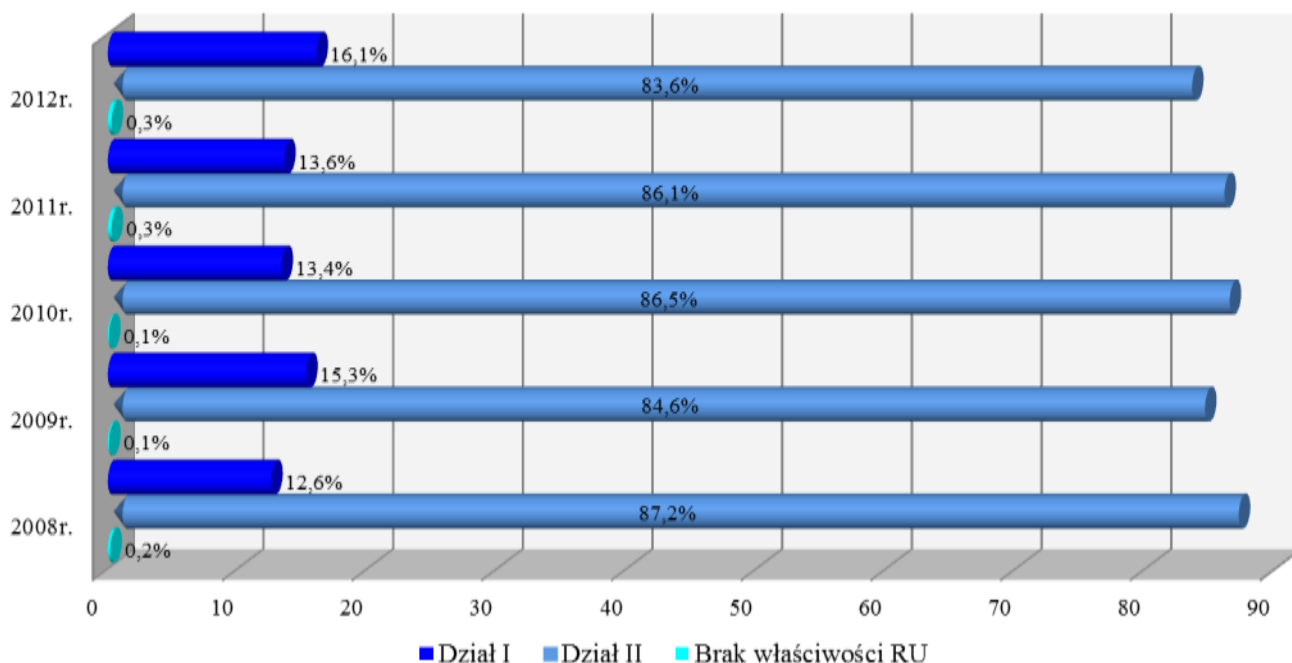
Pomimo spadku liczby tych skarg o 11 spraw, łączny procent tych skarg analogicznie jak w roku poprzednim stanowił 0,5% wszystkich spraw kierowanych w tym okresie do RU. W pierwszej grupie skarg nastąpił spadek o 0,1%, natomiast w drugiej grupie wzrost o 0,1%. Dodatkowo w grupie skarg dotyczącej działalności UFG, zgłaszano także problemy związane z brakiem udostępniania dokumentacji akt szkody, w oparciu o którą UFG oddalał w całości bądź w części zgłaszane roszczenia. Skargi kierowane do BRU w tym zakresie dotyczyły umów ubezpieczeń zawartych i zgłoszonych do UFG przed dniem 11 lutego 2012 r. Zdaniem UFG nowelizacja ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych wprowadziła obowiązek udostępniania przez Fundusz dokumentacji, jednak przepisy te mają zastosowanie do szkód

zgłoszonych po dniu 11 lutego 2012 r. W toku postępowania skargowego prowadzonego przez RU stanowisko UFG w przedmiocie udostępniania akt szkody nie uległo zmianie.

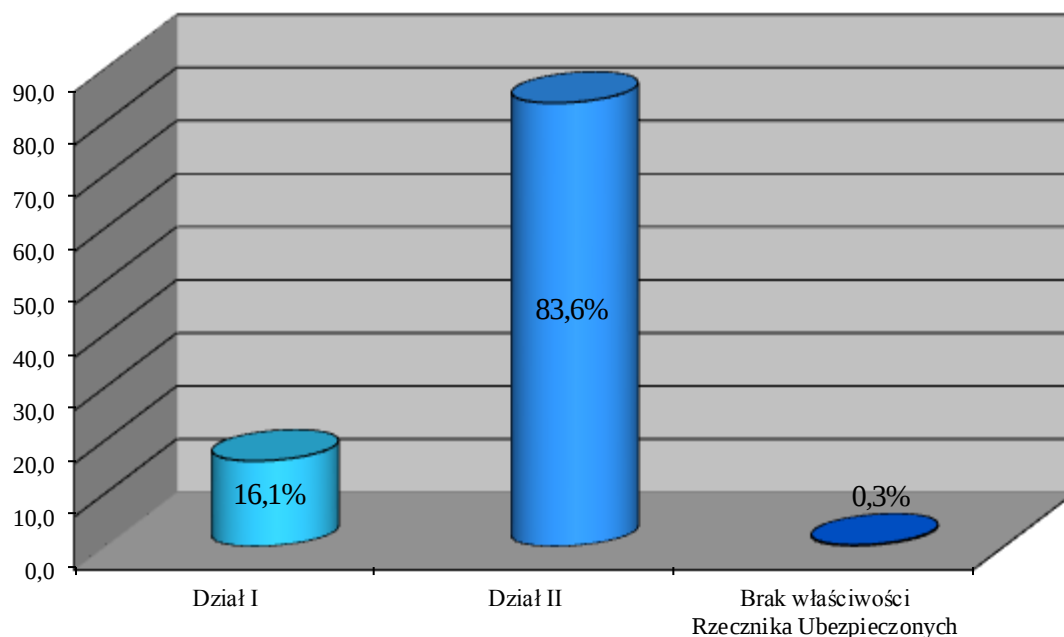
Pozostałe skargi w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych dotyczące ubezpieczeń assistance oraz Zielonej Karty nie przekroczyły 0,2% skarg w tej grupie spraw (Tabela nr 6, Wykres nr 3).

1.1.2. Drugie miejsce z uwagi na liczbę zajmują skargi dotyczące ubezpieczeń na życie. W ostatnich latach odnotowano tendencję wzrostową w grupie tych skarg. W stosunku do roku ubiegłego, ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg uległ zwiększeniu o 2,5% (505 skarg) (Wykres nr 4).

Wykres nr 4
Podział ryzyka według działów w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2008-2012



Wykres nr 5
Podział ryzyka według działów w skargach z zakresu
ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.



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 0,1%, a w ostatnich kilku latach wyraźnie zaznacza się tendencja wygasania tych skarg. W 2012 r. do BRU wpłynęły 24 sprawy odnoszące się do problematyki ubezpieczeń tzw. „starego portfela”.

W porównaniu do roku ubiegłego procentowy udział grupy tych skarg uległ zwiększeniu o 2,6% natomiast liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 507 skarg.

Najliczniejsza grupa spraw z omawianego zakresu dotyczyła ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych będących uzupełnieniem ubezpieczeń na życie – 1152 sprawy (7,5%). Procentowy ich udział wzrósł w stosunku do roku ubiegłego o 0,1%. Wysoka pozycja

w tej grupie skarg dotyczyła również ubezpieczeń na życie (653 sprawy, tj. 4,3%). Procentowy ich udział wzrósł w stosunku do roku ubiegłego o 0,2%. Kolejne miejsca zajęły skargi dotyczące ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (516 spraw, tj. 3,4%). Ich procentowy udział uległ zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego o 2,4%. W tej grupie spraw odnotowano znaczny wzrost skarg oferowanych kanałem bankowym i przez pośredników finansowych produktów *de facto* inwestycyjnych, obarczonych znacznym stopniem ryzyka inwestycyjnego, lecz opakowanych w terminową umowę ubezpieczenia na życie – które mimo swej specyfiki sprzedaje się osobom, do których nie są adresowane. Znaczny stopień skomplikowania tego rodzaju produktów powoduje również, że konsument mniej zorientowany (na ogół starszy wiekiem), nie jest w stanie dostrzec jakiej natury produkt nabył, często lokując w ten ryzykowny sposób oszczędności życia, a następnie czuje się oszukany, gdy na skutek różnych zdarzeń losowych dochodzi do rozwiązania umowy przed terminem w niej przewidzianym, co skutkuje z reguły utratą znacznej części wpłaconych składek w postaci wysokiej - mającej charakter kary finansowej - opłaty likwidacyjnej.

Kolejne miejsce w grupie skarg dotyczących ubezpieczeń na życie zajmowały sprawy odnoszące się do sposobu naliczania, wymiaru i zwrotu składek ubezpieczeniowych, w tym najczęściej odmowy zwrotu niewykorzystanej części składki w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu/pożyczki (56 spraw, tj. 0,4%). Ich procentowy udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,1%.

W omawianym okresie sprawozdawczym 34 sprawy zawierały wnioski skierowane do RU z prośbą o interpretację przepisów ubezpieczeniowych z zakresu ubezpieczeń na życie. Procentowy ich udział podobnie jak w ubiegłym roku wyniósł 0,2%.

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 wysokość świadczenia 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 agenta;
- 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; w przypadku wcześniejszej spłaty pożyczki/kredytu – odmowa zwrotu części składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ubezpieczenia bądź w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia wysokie opłaty likwidacyjne.

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 niska 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 (9,7%), w tym m.in. OC z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia, OC z tytułu wykonywania zawodu oraz OC w życiu prywatnym (Tabela nr 6, Wykres nr 3). Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 1,1%.

Pomimo niewielkiego spadku w 2012 r., sprawy te stanowią jedną z liczniejszych grup skarg. 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 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 (6,5%). (Tabela nr 6, Wykres nr 3). W tej grupie skarg nastąpił spadek o 2,3% w stosunku do roku ubiegłego. 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 zakresu wynikającego z zawartej umowy wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia;
- niedopełnienie wymogów ustalonych w o.w.u. dla procesu likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia.

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, a także poprzez stosowanie pomniejszenia odszkodowania o wysokość proporcji odpowiadającą niedoubezpieczeniu mienia przy zawarciu umowy, co może szczególnie dziwić, gdy czynności wyceny mienia dokonuje *de facto* profesjonalista, jakim jest pośrednik ubezpieczeniowy.

1.1.5. W omawianym okresie sprawozdawczym odnotowano 510 spraw (3,3%) odnoszących się do problematyki ubezpieczeń rolnych. Wśród nich najwięcej skarg dotyczyło

umów obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego – 372 sprawy (2,4%) (Tabela nr 6, Wykres nr 3). Procentowy ich udział wzrósł w stosunku do roku ubiegłego o 0,6%.

Podobnie jak w przypadku skarg dotyczących ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych, skargi w tej grupie spraw dotyczyły m.in. nieprawidłowości w działaniach ZU w odniesieniu do szkód spowodowanych powodzią, silnym wiatrem oraz intensywnymi opadami atmosferycznymi, a także szkód powstałych w okresie zimowym. Znacząca liczba skarg dotyczyła pomniejszenia należnego odszkodowania o stopień amortyzacji budynku liczony przez ubezpieczycieli od dnia posadowienia budynku, nie zaś tak jak stanowi ustawa – o jego faktyczne zużycie, które powinno być liczone od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności ZU do dnia powstania szkody.

Pozostałe wystąpienia skarżących w zakresie omawianej problematyki dotyczyły kolejno: obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego – 95 skarg (0,6%), ubezpieczeń upraw – 40 skarg (0,3%) oraz ubezpieczeń zwierząt w gospodarstwach rolnych – 3 skargi.

W zakresie skarg dotyczących problematyki ubezpieczeń rolnych dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach problemów:

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia;
- oddalenia roszczenia przez ZU w całości;
- opieszałości w prowadzonym postępowaniu likwidacyjnym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń.

1.1.6. W 2012 r. w stosunku do roku ubiegłego odnotowano nieznaczny wzrost skarg (o 0,2%) w zakresie ubezpieczeń NNW, w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń NNW młodzieży szkolnej. Łącznie procentowy ich udział w całości skarg wyniósł 2,0% (Tabela nr 6, Wykres nr 3). Przyczyną skarg były najczęściej problemy dotyczące:

- odmowy przyznania świadczenia z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenie – gdy zdarzeniem ZU nie mieści się ono w granicach określonych 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 nadal 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, jak i po stronie pośredników ubezpieczeniowych, którzy nie zawsze potrafią doradzić odpowiedni do potrzeb ubezpieczonych zakres ochrony ubezpieczeniowej.

1.1.7. Następna grupa skarg dotyczyła zapytań kierowanych do RU w zakresie interpretacji przepisów ubezpieczeniowych z zakresu pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych (Tabela nr 6, Wykres nr 3). W 2012 r. odnotowano 332 takie wnioski (2,2%), co w porównaniu do 2011 r. oznacza wzrost tych spraw o 0,5%. Najczęściej pojawiające się zarzuty dotyczyły odmowy lub utrudniania przez ZU udostępniania akt szkody – 218 spraw (1,4%).

Tendencja wzrostowa w tej grupie skarg, zdaniem RU spowodowana jest przede wszystkim rosnącą w społeczeństwie świadomością ubezpieczeniową w zakresie swych praw i wynikające stąd słuszne przekonanie o możliwości ich dochodzenia oraz szersza wiedza o instytucji RU, który postrzegany jest 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.

1.1.8. Pozostałe grupy skarg nie przekroczyły 1,0% ogółu spraw (Tabela nr 6, Wykres nr 3).

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 7, Wykres nr 6):

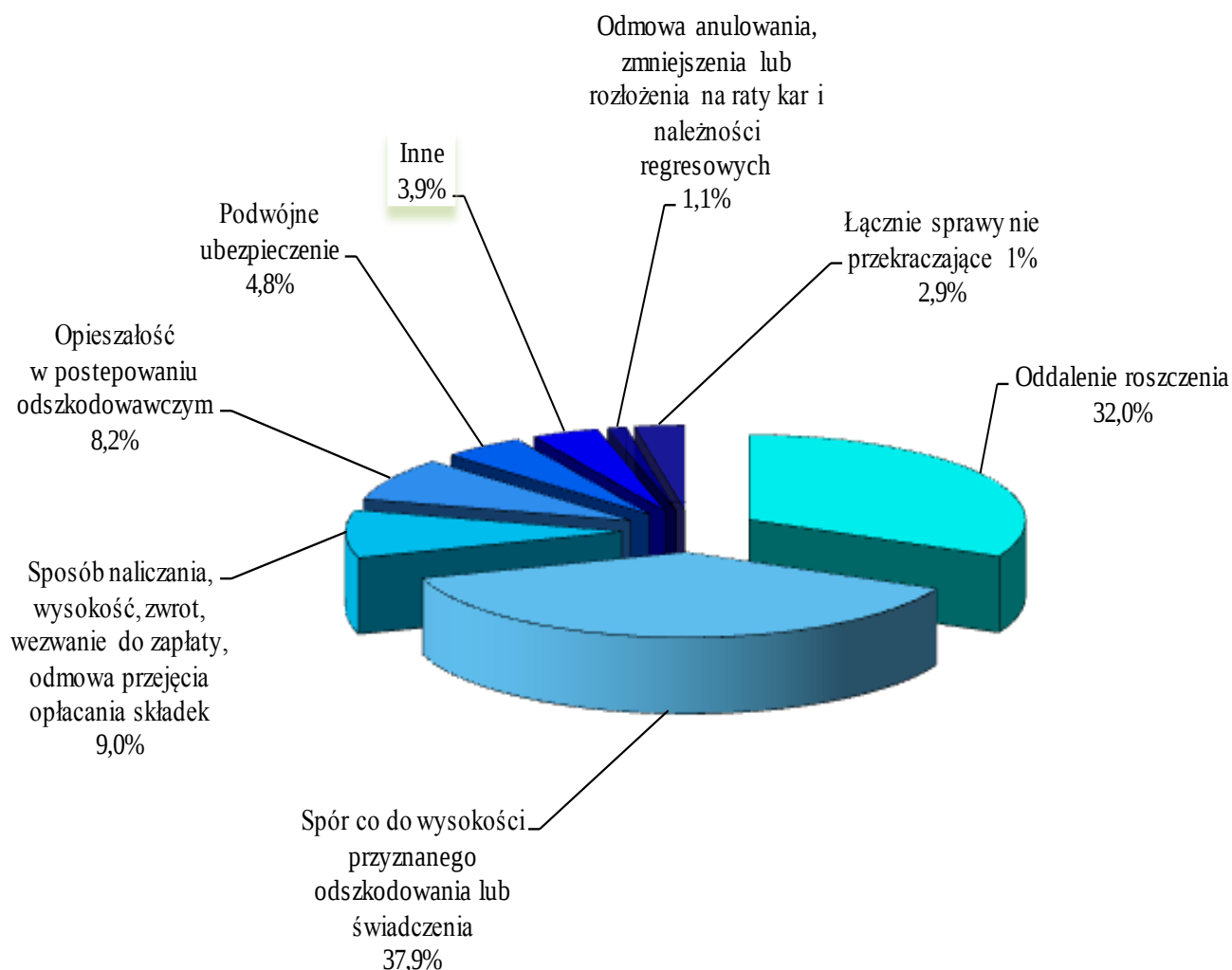
- 1) sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 37,9%;
- 2) oddalenia roszczenia przez ZU – 32,0%;
- 3) opieszałości w postępowaniu likwidacyjnym – 8,2%.

W stosunku do 2011 r. w pierwszej grupie nastąpił wzrost skarg o 1,3%, w drugiej grupie spadek o 2,0%. Natomiast w zakresie nieterminowego prowadzenia postępowania odszkodowawczego nastąpił spadek skarg o 2,4% w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr 7
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Zaniżona wartość wykupu polisy Dział I	138	0,9
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	61	0,4
3.	Odmowa wykupu wartości polisy Dział I	12	0,1
4.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I	7	0,0
5.	Opieszałość w wykupie polisy Dział I	6	0,0
6.	Oddalenie roszczenia Dział I Dział II	4893 1245 3648	32,0 8,1 23,9
7.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II	5790 428 5362	37,9 2,8 35,1
8.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II	1252 62 1190	8,2 0,4 7,8
9.	Sposób naliczania, wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, odmowa przejęcia opłacania składek Dział I Dział II	1381 357 1024	9,0 2,3 6,7
10.	Inne, w tym m.in. interpretacja przepisów ubezpieczeniowych, procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń Dział I Dział II	600 92 508	3,9 0,6 3,3
11.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia Dział I Dział II	43 33 10	0,3 0,2 0,1
12.	Zmiana owu w trakcie trwania umowy Dział I Dział II	7 4 3	0,0 0,0 0,0
13.	Podwójne ubezpieczenie Dział II	732	4,8
14.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty kar i należności regresowych Dział II	165	1,1
15.	Brak wyraźnej przyczyny skargi Dział I Dział II	139 17 122	0,9 0,1 0,8
16.	Brak właściwości RU	47	0,3
17.	Ogółem	15 273	100

Wykres nr 6
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.



W omawianym okresie sprawozdawczym tendencję wzrostową odnotowano w grupie zarzutów dotyczących sposobu kształtowania taryf składek oraz zawartych w nich systemów zniżek i zwyżek (bonus/malus) zarówno w ubezpieczeniach obowiązkowych jak i dobrowolnych; rozliczenia tytułem zwrotu niewykorzystanych części składek; wezwania do zapłaty przez ZU składek powstałych na skutek ponownej kalkulacji, jak również przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę oraz dodatkowo w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie odmowy przejęcia obowiązku

opłacania składek przez ZU lub w przypadku wcześniejszej spłaty pożyczki/kredytu odmowa zwrotu części składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, a także w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia wysokie opłaty likwidacyjne.

W 2012 r. łącznie w tej grupie skarg odnotowano 1381 spraw, co stanowiło 9,0% ogółu spraw. W porównaniu do minionego roku liczba skarg w tym zakresie wzrosła o 3,6%.

Inne przyczyny skarg to m.in.:

- występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych; w 2012 r. – w tej grupie skarg w porównaniu do roku ubiegłego odnotowano spadek o 2,1% (por. 1.1.1.);
- brak profesjonalizmu ze strony pośredników ubezpieczeniowych;
- brak należytej staranności w związku z prowadzonymi postępowaniami odszkodowawczymi, w tym np.:
 - utrudnianie lub odmowa w udostępnianiu akt szkody;
 - brak dobrej komunikacji na linii ubezpieczyciel – klient, np. dokonywanie oględzin szkody bez udziału poszkodowanego, jak również brak informacji o koniecznych dokumentach i dowodach wymaganych w związku z likwidowaną szkodą, których przedstawienie przez poszkodowanego ma istotne znaczenie dla ustalenia wysokości świadczenia czy też odszkodowania, co jest szczególnie widoczne w przypadku kontaktów telefonicznych (infolinie), gdzie poszkodowani sygnalizują znaczne utrudnienia w skontaktowaniu się z kompetentnym pracownikiem ubezpieczyciela;
 - brak należytego uzasadniania stanowiska zajmowanego przez ZU, udzielanie często zdawkowych, niepopartych ustaleniami faktycznymi i podstawą prawną rozstrzygnięć w sprawie odmowy przyjęcia odpowiedzialności za zgłoszone roszczenie, jak też w odniesieniu do wysokości przyznawanych świadczeń;
 - zajmowanie stanowiska bez przeprowadzenia odpowiednich ustaleń faktycznych, bądź uniemożliwianie poszkodowanemu uczestnictwa w czynnościach, w których jest to istotne dla danej sprawy. Nadto nieliczne, szczególnie w sytuacjach spornych, korzystanie z opinii zewnętrznych ekspertów, w tym często nieuprawnione (na etapie przedsądowym) przerzucanie na poszkodowanego/ubezpieczonego obowiązków dowodowych, o których mowa w art. 6 k.c.

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

- odmowa bądź zbyt niska wobec oczekiwań ubezpieczonego tzw. wartość wykupu polisy, proponowana osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania;
- zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy;
- odmowa kontynuacji umowy ubezpieczenia przez ZU;
- nieprawidłowe zarządzanie polisą.

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

1.3.1. Jak przedstawiono w Tabeli nr 8 i na Wykresie nr 7 w zdecydowanej większości spraw, bo w 87,1%, RU podjął interwencję. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg wzrósł w stosunku do roku ubiegłego o 2,0%.

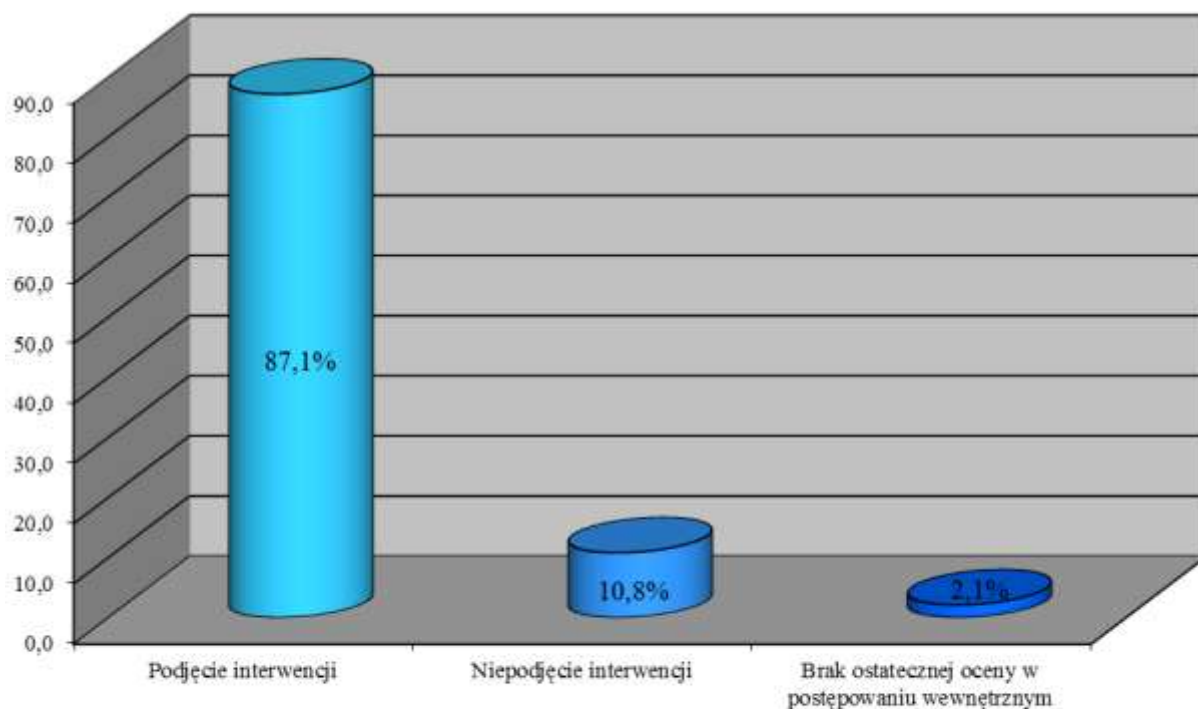
Badanie tej wielkości w czasie ubiegłego 17-lecia wskazuje, że nie spadła ona nigdy poniżej 70%. Pewne jej wahania w poszczególnych latach wynikały z faktu, że każda skarga badana jest indywidualnie przed podjęciem decyzji o wyborze adekwatnego do potrzeb konsumenta trybu działania RU.

Podjęcie interwencji w danej sprawie (najczęściej wobec ZU) miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż mogło dojść do naruszenia prawa lub 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 bądź UFG, RU zmieniał swoje pierwotne stanowisko.

Tabela nr 8
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Sposób działania	Liczba	%
1.	Podjęcie interwencji, w tym: Dział I Dział II	13 308 2127 11 181	87,1 13,9 73,2
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.	1641 250 1344 47 450 932 187 34 38	10,8 1,7 8,8 0,3 2,9 6,1 1,3 0,2 0,3
3.	Brak ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym, w tym: Dział I Dział II	324 85 239	2,1 0,5 1,6
4.	Ogółem	15 273	100

Wykres nr 7
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 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. Z każdym okresem sprawozdawczym, zwiększa się liczba ponownych wystąpień RU do ZU. Wpływ na to ma również znaczny stopień trudności skarg i ich wielowątkowość wymagający dogłębnej, wieloetapowej interwencji.

W wyjątkowych sytuacjach RU podejmował interwencję wnosząc o uwzględnienie i zastosowanie trybu wyjątkowego (tzw. kulancji ubezpieczeniowej), 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;
- ZU ostatecznie podtrzymał dotychczasowe stanowisko;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznał, iż prawa i interes ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia nie został naruszony.

W każdym przypadku skarżący otrzymywał wyjaśnienie stanu prawnego na podstawie którego RU dokonał analizy zasadności złożonej skargi. W przypadku nieuwzględnienia skargi, skarżący był informowany o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej ze wskazaniem na możliwość zwolnienia od kosztów sądowych oraz o okolicznościach, 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 podtrzymał 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 1641 przypadkach, co stanowiło 10,8% spraw (Tabela nr 8, Wykres nr 7). Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 1,4%. Główną przyczyną niepodjęcia interwencji – podobnie jak w roku ubiegłym – było kierowanie spraw do RU, jako drugiego bądź kolejnego adresata, jedynie „do wiadomości”. Stanowiły one 6,1% wszystkich spraw, a ich procentowy udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,8%. Ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie RU z daną sprawą. Materiał zawarty w takich skargach był wykorzystywany 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 nie wskazuje na stwierdzenie naruszenia 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. Sprawy te, z uwagi na liczbę skarg zajmowały drugie miejsce w omawianej grupie skarg (2,9%). Ich procentowy udział w niniejszej grupie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,4%.

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 1,3% 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. Sprawy te stanowiły łącznie 0,5% ogółu skarg kierowanych do RU w 2012 r., a ich procentowy udział uległ zmniejszeniu o 0,1 w stosunku do roku minionego.

1.3.3. Wobec 2,1% skarg skierowanych do RU w 2012 r., z uwagi na dynamikę wnoszonych spraw (6,4%) 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 34,3% skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, w tym w drodze wyjątku wobec 1,2% spraw (Tabela nr 9, Wykres nr 8). Tym samym skuteczność interwencji (efektywność) RU uległa zmniejszeniu o 1,9% w stosunku do roku ubiegłego.

W ocenie RU wpływ na to miały w szczególności następujące przyczyny:

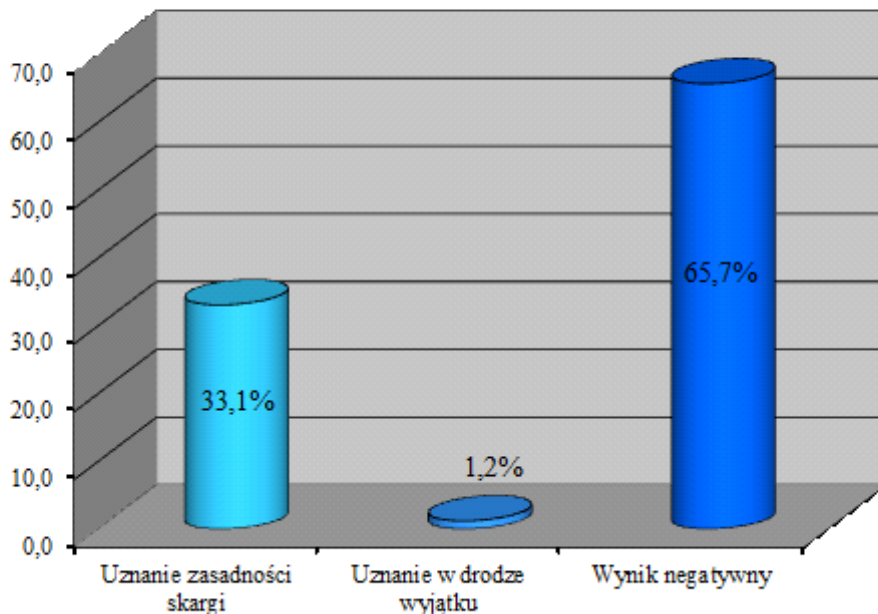
- recesja gospodarcza, która w wielu ZU spowodowała zaostrzenie polityki finansowej, przekładającej się między innymi na:
 - maksymalnym ograniczaniu wysokości odszkodowań i świadczeń;
 - rygorystycznej interpretacji obowiązujących przepisów oraz postanowień o.w.u.;
- wzrost liczby skarg, w których przedmiotem sporu jest w szczególności ocena stanu faktycznego, ustalonego przez ZU w postępowaniu odszkodowawczym, do oceny której RU nie posiada uprawnień.

Tabela nr 9
Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń
gospodarczych zakończonych w 2012 r.

Lp.	Wynik interwencji	Liczba	%
1.	Uznanie zasadności skargi	3463	33,1
	Dział I	352	3,4
	Dział II	3111	29,7
2.	Uznanie w drodze wyjątku	132	1,2
	Dział I	55	0,5
	Dział II	77	0,7
3.	Wynik negatywny	6879	65,7
	Dział I	1191	11,4
	Dział II	5688	54,3
4.	Ogółem	10 474^a	100

^a Sprawy, w których RU zakończył czynności interwencyjne. 2874 sprawy pozostają nadal w toku, co stanowi 21,6% wszystkich spraw, w których RU podjął interwencję w 2012 r. Sprawy w toku: Dział I – 537 (4,0%), Dział II – 2338 (17,6%).

Wykres nr 8
Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń
gospodarczych zakończonych w 2012 r.



Dokonując 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 wytoczeniu powództwa na drodze sądowej. 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 ósmy 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 10 i Wykres nr 9 oraz dział II – Tabela nr 11 i Wykres nr 10). 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 (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. Zm.). Opinia Ministra Finansów, 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 10
Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

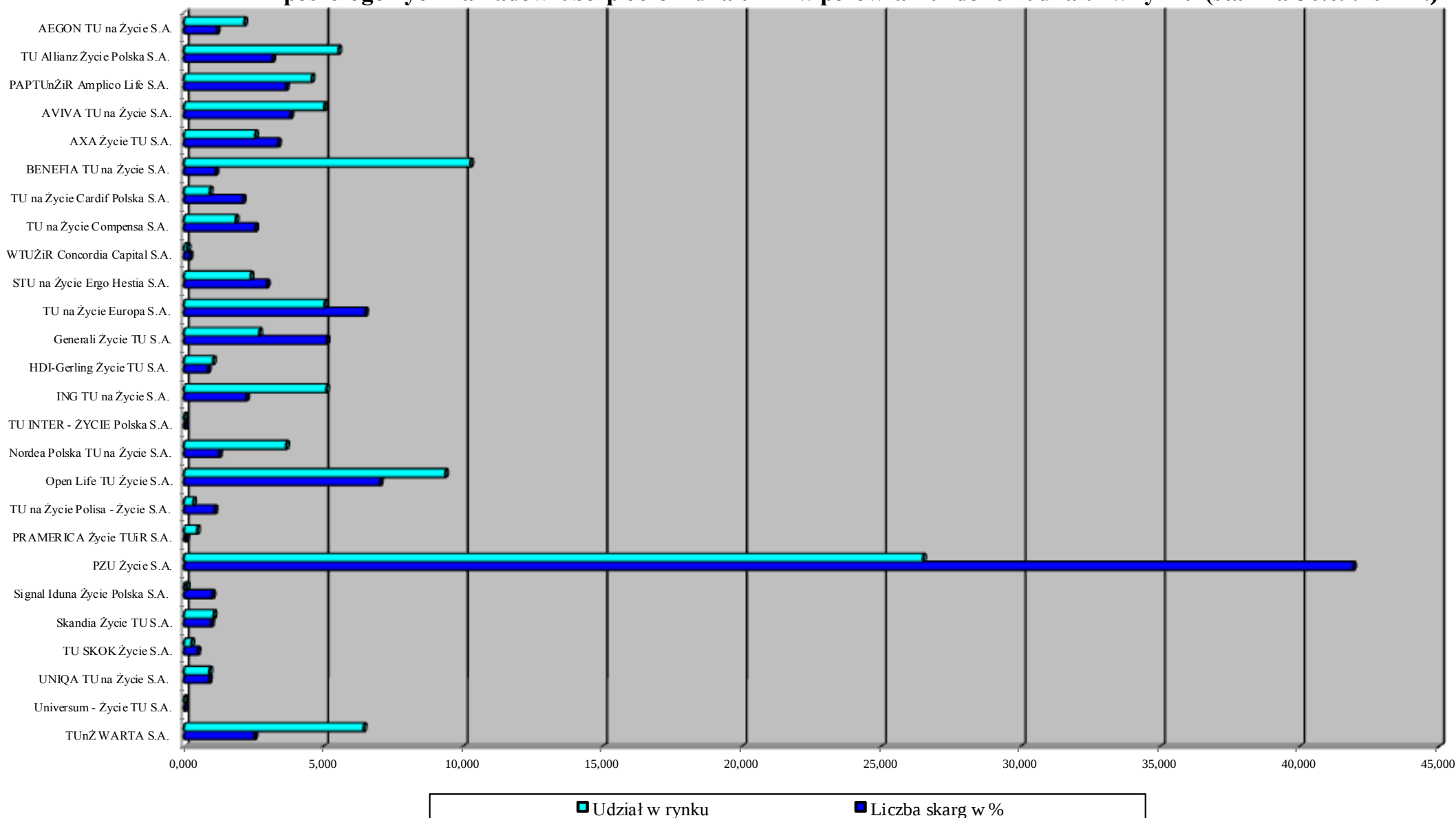
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2012r.)*	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	AEGON TU na Życie S.A.	29	1,178	2,161	18	62,069	2	18,182	-	-	9	81,818
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	78	3,168	5,538	70	89,744	9	16,071	10	17,857	37	66,071
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	90	3,656	4,577	78	86,667	7	10,938	-	-	57	89,063
4.	AVIVA TU na Życie S.A.	94	3,818	5,025	77	81,915	10	14,925	1	1,493	56	83,582
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.	83	3,371	2,549	73	87,952	10	27,778	-	-	26	72,222
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. VIG	28	1,137	10,263	25	89,286	3	13,636	-	-	19	86,364
7.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.	-	-	1,570	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	52	2,112	0,923	48	92,308	5	11,628	-	-	38	88,372
9.	TU na Życie Compensa S.A. VIG	63	2,559	1,851	57	90,476	6	13,636	-	-	38	86,364
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	5	0,203	0,123	5	100,000	1	25,000	-	-	3	75,000
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	73	2,965	2,390	63	86,301	11	27,500	-	-	29	72,500
12.	TU na Życie Europa S.A.	160	6,499	5,033	141	88,125	25	29,412	-	-	60	70,588
13.	Generali Życie TU S.A.	126	5,118	2,698	113	89,683	14	15,217	2	2,174	76	82,609
14.	HDI-Gerling Życie TU S.A.	21	0,853	1,039	18	85,714	4	28,571	2	14,286	8	57,143
15.	ING TU na Życie S.A.	55	2,234	5,101	42	76,364	6	17,143	-	-	29	82,857
16.	TU INTER -ŻYCIE Polska S.A.	1	0,041	0,011	1	100,000	-	-	-	-	1	100,000

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2012r.) ^a	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
17.	MACIF Życie TUW	-	-	0,027	-	-	-	-	-	-	-	-
18.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	31	1,259	3,664	26	83,871	9	50,000	1	5,556	8	44,444
19.	Open Life TU Życie S.A.	173	7,027	9,363	150	86,705	37	63,793	-	-	21	36,207
20.	TU na Życie Polisa - Życie S.A.	27	1,097	0,327	24	88,889	3	16,667	-	-	15	83,333
21.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	2	0,081	0,469	1	50,000	-	-	-	-	1	100,000
22.	PZU Życie S.A.	1032	41,917	26,495	907	87,888	159	21,257	38	5,080	551	73,663
	➤ Ub. zawarte przed 1989r. (tzw. stary portfel),	24	0,975		15	1,454	-	-	2	0,267	12	1,604
	➤ Ub. na życie zawarte po 1989r.	1008	40,942		892	86,434	159	21,257	36	4,813	539	72,059
23.	TUW Rejent Life	-	-	0,034	-	-	-	-	-	-	-	-
24.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	25	1,015	0,096	22	88,000	6	31,579	1	5,263	12	63,158
25.	Skandia Życie TU S.A.	24	0,975	1,060	19	79,167	1	20,000	-	-	4	80,000
26.	TU SKOK Życie S.A.	12	0,487	0,268	11	91,667	1	11,111	-	-	8	88,889
27.	UNIQA TU na Życie S.A.	22	0,894	0,910	20	90,909	2	13,333	-	-	13	86,667
28.	Universum – Życie TU S.A. (w likwidacji)	1	0,041	-	1	100,000	1	100,000	-	-	-	-
29.	TUnŻ WARTA S.A.	62	2,518	6,437	54	87,097	8	18,605	-	-	35	81,395
30.	CALI Europe S.A. Oddział w Polsce	3	0,122	-	3	100,000	-	-	-	-	2	100,000
31.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	68	2,762	-	59	86,765	12	25,532	-	-	35	74,468

^a Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I.

Źródło: www.knf.gov.pl - Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2012.

Wykres nr 9 (część I)
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I - w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2012 r.)



Wykres nr 9 (część II)
Wynik interwencji w sprawach zakończonych - na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

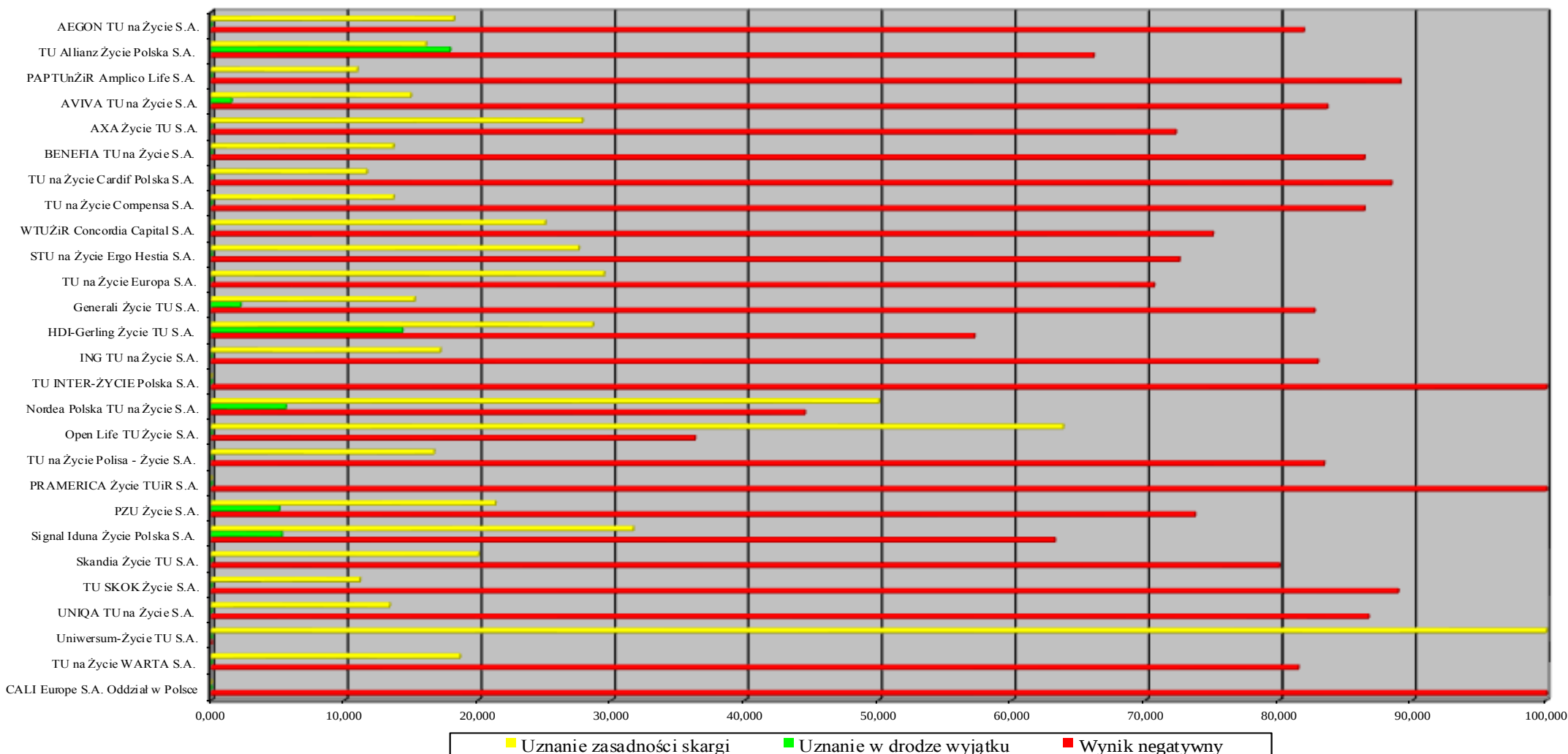


Tabela nr 11
Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2012r.) ^a	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	801	6,275	6,798	710	88,639	183	30,756	21	3,529	391	65,714
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	219	1,716	1,423	193	88,128	61	39,869	4	2,614	88	57,516
3.	AXA TUiR S.A.	27	0,212	0,714	23	85,185	8	57,143	-	-	6	42,857
4.	BENEFIA TU S.A. VIG	139	1,089	1,022	122	87,770	62	64,583	-	-	34	35,417
5.	BRE UBEZPIECZENIA TUiR S.A.	111	0,870	0,719	103	92,793	36	39,130	1	1,087	55	59,783
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	22	0,172	0,586	20	90,909	7	46,667	-	-	8	53,333
7.	TU Compensa S.A. VIG	458	3,588	4,149	410	89,520	121	35,905	1	0,297	215	63,798
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	8	0,063	0,068	8	100,000	1	12,500	-	-	7	87,500
9.	STU Ergo Hestia S.A.	917	7,184	10,314	806	87,895	151	25,041	3	0,498	449	74,461
10.	TU Euler Hermes S.A.	3	0,024	1,076	2	66,667	1	100,000	-	-	-	0,000
11.	TU Europa S.A.	38	0,298	1,272	32	84,211	3	16,667	-	-	15	83,333
12.	Generali TU S.A.	756	5,923	4,133	672	88,889	279	51,193	10	1,835	256	46,972
13.	Gothaer TU S.A. (w dniu 01.10.2012r. nastąpiła zmiana nazwy z PTU S.A.)	352	2,758	1,982	302	85,795	93	37,959	-	-	152	62,041
14.	HDI Asekuracja TU S.A.	584	4,575	4,105	501	85,788	130	34,946	1	0,269	241	64,785
15.	TU INTER Polska S.A.	61	0,478	0,418	52	85,246	18	45,000	-	-	22	55,000

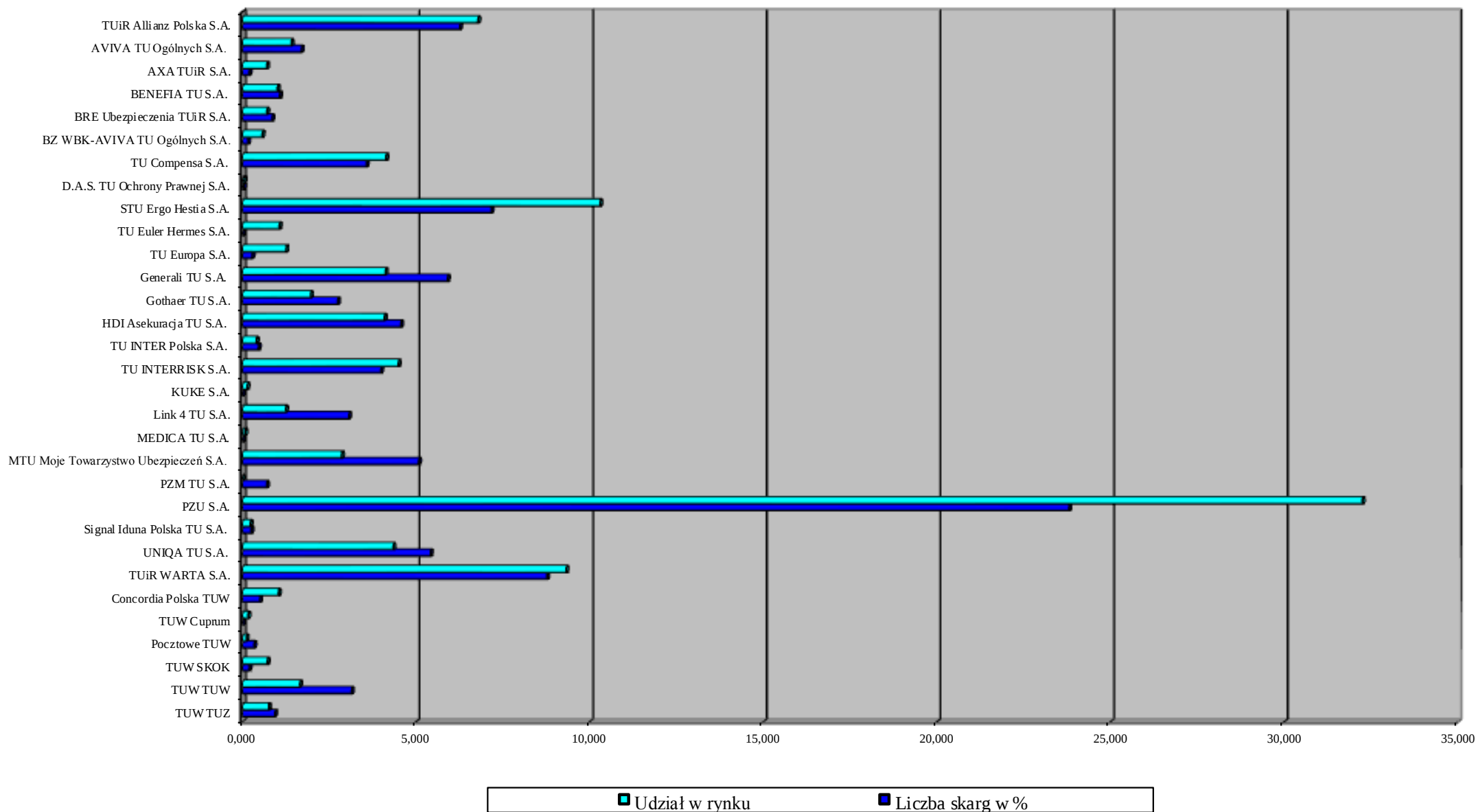
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2012r.) ^a	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
16.	TU INTERISK S.A. VIG (w dniu 31.07.2012r. nastąpiło połączenie INTERISK TU S.A. VIG z PZM TU S.A. VIG. Połączenie spółek nastąpiło poprzez przeniesienie całego majątku PZM TU S.A. VIG, jako spółki przejmowanej na INTERISK TU S.A. VIG, jako spółkę przejmującą)	511	4,003	4,505	458	89,628	150	43,478	1	0,290	194	56,232
17.	KUKE S.A.	1	0,008	0,154	1	100,000	-	-	-	-	1	100,000
18.	Link 4 TU S.A.	393	3,079	1,262	349	88,804	118	41,404	-	-	167	58,596
19.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU.S.A.	3	0,024	0,088	2	66,667	1	50,000	-	-	1	50,000
20.	MTU Moje TU S.A.	650	5,092	2,871	574	88,308	181	38,025	7	1,471	288	60,504
21.	TUiR Partner S.A.	-	-	0,008	-	-	-	-	-	-	-	-
22.	TU Polski Związek Motorowy S.A. VIG	91	0,713	-	83	91,209	26	33,333	-	-	52	66,667
23.	PZU S.A.	3040	23,817	32,261	2733	89,901	603	27,285	17	0,769	1590	71,946
24.	Signal Iduna Polska TU S.A.	34	0,266	0,242	31	91,176	7	28,000	1	4,000	17	68,000
25.	UNIQA TU S.A.	693	5,429	4,356	627	90,476	162	34,764	-	-	304	65,236
26.	TUiR WARTA S.A.	1121	8,783	9,338	969	86,441	267	33,585	5	0,629	523	65,786
27.	Concordia Polska TUW	66	0,517	1,056	56	84,848	18	39,130	-	-	28	60,870
28.	TUW Cuprum	1	0,008	0,177	1	100,000	-	-	-	-	1	100,000
29.	Pocztowe TUW	45	0,353	0,126	41	91,111	11	39,286	-	-	17	60,714
30.	TUW SKOK	27	0,212	0,733	20	74,074	2	13,333	-	-	13	86,667
31.	TUW TUW	403	3,157	1,666	357	88,586	98	36,842	1	0,376	167	62,782
32.	TUW TUZ	121	0,948	0,769	105	86,777	29	39,189	-	-	45	60,811

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2012r.) ^a	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji w sprawach zakończonych					
							Uznanie zasadności skargi		Uznanie w drodze wyjątku		Wynik negatywny	
					Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
33.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:	762	5,970	-	670	87,927	253	48,282	4	0,763	267	50,954
	- AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	491	3,847		439	89,409	196	55,682	2	0,568	154	43,750
	- Liberty Seguros Oddział w Polsce	191	1,496		162	84,817	42	32,061	2	1,527	87	66,412
	- AIG Europe Ltd. Sp. z o.o. Oddział w Polsce (poprzednia nazwa Chartis Europe Ltd. Sp. z o.o. Oddział w Polsce)	26	0,204		23	88,462	3	20,000	-	-	12	80,000
	- Groupama S.A. Oddział w Polsce (PROAMA)	23	0,180		17	73,913	2	33,333	-	-	4	66,667
	- AGA International S.A. Oddział w Polsce	12	0,094		11	91,667	5	83,333	-	-	1	16,667
	- Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce	10	0,078		9	90,000	3	37,500	-	-	5	62,500
	- Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce	8	0,063		8	100,000	2	40,000	-	-	3	60,000
	- ACE European Group Limited Sp.z o.o. Oddział w Polsce	1	0,008		1	100,000	-	-	-	-	1	100,000
34.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	46	0,360	-	35	76,087	11	37,931	-	-	18	62,069
35.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	72	0,564	-	59	81,944	10	20,408	-	-	39	79,592

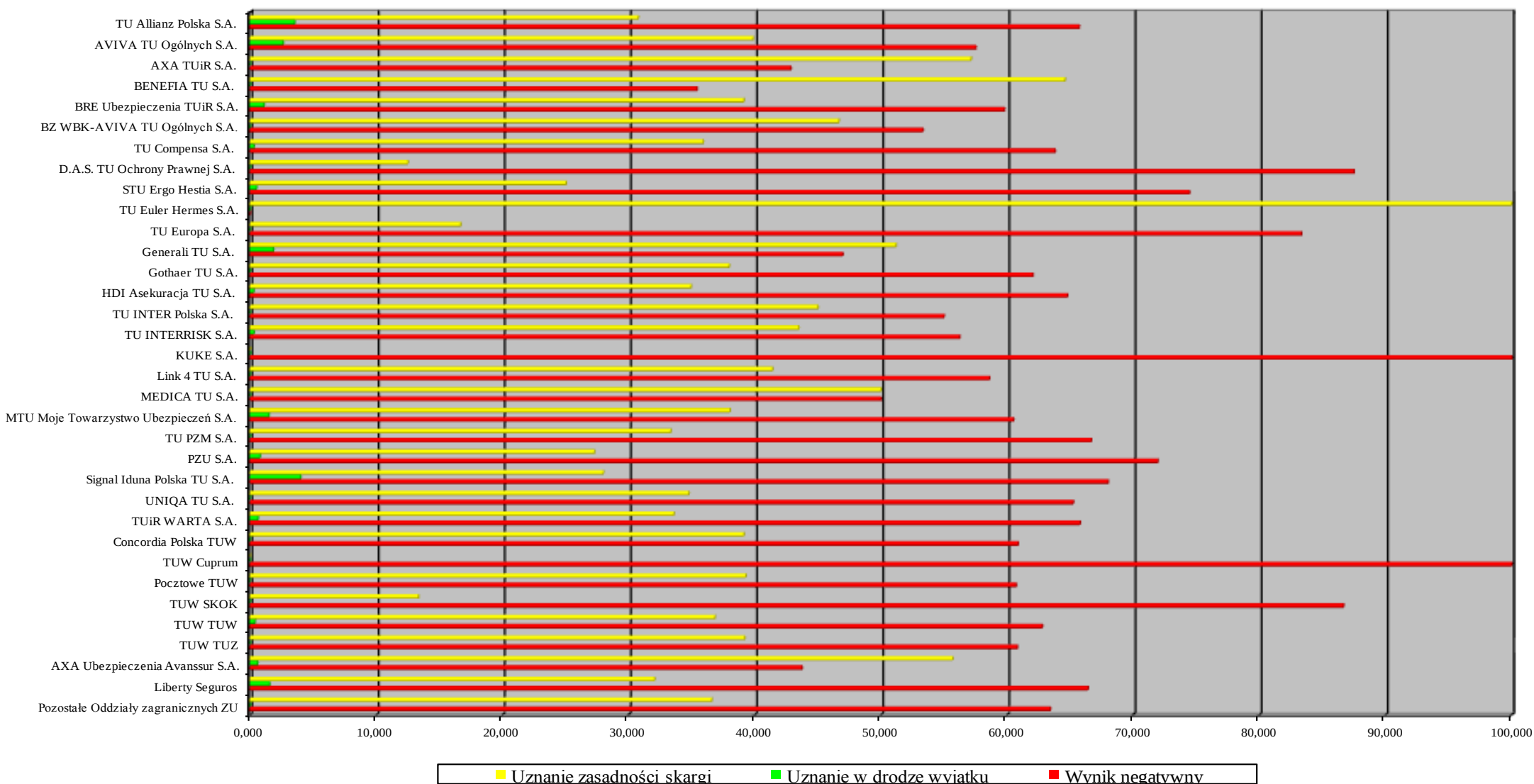
^a Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II.

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2012.

Wykres nr 10 (część I)
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012r. w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II - w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2012r.)



Wykres nr 10 (część II)
Wynik interwencji w sprawach zakończonych - na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012r.



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 2012 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 16 podmiotów: w dziale I – Benefia TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group, TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group, Pramerica Życie TUIR S.A., WTUŻiR Concordia Capital S.A., TU na Życie Polisa – Życie S.A., TUV Rejent Life, w dziale II – Benefia TU S.A. Vienna Insurance Group, TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group, TU Euler Hermes S.A., Gothaer TU S.A., TU InterRisk S.A. Vienna Insurance Group, Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne S.A., Concordia Polska TUV oraz TUV Cuprum (Tabela nr 13 i 14) oraz w odniesieniu do działalności Oddziałów zagranicznych ZU w Polsce – Cali Europe S.A. Oddział w Polsce oraz Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce (Tabela nr 15 i 16).

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 8 podmiotów, które przekazały do BRU dane, o które występował Urząd RU.

Niestety pozostałe ZU i TUV nie widzą potrzeby poszerzania swego wizerunku o dodatkowe dane, głównie te obrazujące sposób obsługi konsumentów. Jednak zdaniem RU nawet odmowa ujawniania danych o swojej działalności stanowi również pewną informację dla konsumentów o danym ubezpieczycielu. Zdaniem RU ograniczona liczba ZU, które udostępniły informacje ze swojej działalności wynika także z negatywnej rekomendacji ujawniania danych ze strony PIU, która zaleciła swoim członkom nie przekazywanie ich do BRU w proponowanym zakresie i formie, do czasu systemowego uregulowania kwestii skarg konsumenckich.

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

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.

1.4.2. Jak zostało wspomniane, w 2012 r. do BRU wpłynęły łącznie 2 462 skargi odnoszące się do nieprawidłowości w dziale I, co stanowiło 16,1% wszystkich spraw. W porównaniu do roku ubiegłego, w którym wpłynęło 1957 skarg (13,6%), nastąpił wzrost o 2,5%. (Wykres nr 4).

Na funkcjonowanie określonych ZU działu I odnotowano 2369 wystąpień (Tabela nr 10, Wykres nr 9). W 68 przypadkach sprawy odnosiły się do funkcjonowania zagranicznego podmiotu, w 22 sprawach brak było wskazania nazwy ZU na życie, którego dotyczyła skarga oraz 3 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 29 ZU. W tym w odniesieniu do 3 z nich (BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A., 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.: 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 13 z nich odnotowało pozytywny wynik, polegający na mniejszym udziale w skargach aniżeli udział w rynku. W przypadku pozostałych 12 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;
- ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W tej grupie spraw odnotowano znaczny wzrost skarg oferowanych kanałem bankowym i przez pośredników finansowych produktów *de facto* inwestycyjnych, obarczonych znacznym stopniem ryzyka inwestycyjnego, lecz opakowanych w terminową umowę ubezpieczenia

na życie – które mimo swej specyfiki sprzedaje się osobom, do których nie są adresowane (por. 1.1.2);

- 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., TU na Życie Cardif Polska S.A., TU na Życie Europa S.A., Generali Życie TU S.A.

1.4.3. W omawianym okresie sprawozdawczym skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II odnotowano łącznie 12 764, co stanowiło 83,6% wszystkich spraw. W porównaniu z 2011r., w którym wpłynęło 12 360 skarg (86,1%), nastąpił procentowy spadek o 2,5%. (Wykres nr 4).

Na działalność poszczególnych ZU działu II wpłynęło 11 696 skarg (Tabela nr 11, Wykres nr 10). W odniesieniu do 110 wniosków skarżący nie określili nazwy ZU działu II będącego podmiotem skargi; 762 sprawy odnosiły się do działalności Oddziałów zagranicznych ZU w Polsce; 69 skarg dotyczyło UFG; 46 skarg odnotowano na działalność zagranicznych ZU; w 72 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne ZU jako reprezentanta ds. roszczeń na terenie Polski nie będących ZU; 9 spraw dotyczyło działalności PBUK.

Zestawienie danych odnoszących się do skarg na ZU i TUV prowadzących działalność ubezpieczeniową w zakresie pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (dział II) dotyczyło 32 ZU. W przypadku 1 z nich – TUiR Partner S.A. nie odnotowano żadnej skargi na ich działalność, a przyczyny tego są podobne jak w analogicznej sytuacji w dziale II.

Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału skarg w ich ogólnej liczbie widoczne jest, że w 16 przypadkach odnotowano pozytywny rezultat mniejszego udziału w skargach aniżeli w rynku. W przypadku pozostałych 14 podmiotów wynik ten jest odmienny.

W odniesieniu do TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group - brak udziału w rynku uniemożliwia dokonanie takiej oceny (w dniu 31.07.2012r. nastąpiło połączenie INTERRISK TU S.A. VIG z PZM TU S.A. VIG. Połączenie spółek nastąpiło

poprzez przeniesienie całego majątku PZM TU S.A. VIG, jako spółki przejmowanej na INTERRISK TU S.A. VIG, jako spółkę przejmującą).

Ubezpieczeniami, które spowodowały zwiększony napływ skarg na ZU i TUW działu II były podobnie jak w roku minionym, ubezpieczenia komunikacyjne, w tym głównie ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

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., UNIQA TU S.A., TUW TUW.

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 wpłynęły 762 takie sprawy. Liczba tych skarg w stosunku do roku ubiegłego wzrosła o 351 sprawy.

W grupie tej najliczniejszą liczbę skarg odnotowano na AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce – 491 skarg, Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce – 191 skarg oraz AIG Europe Ltd. Sp. z o.o. Oddział w Polsce – 26 skarg (poprzednia nazwa Chartis Europe Ltd. Sp. z o.o. Oddział w Polsce).

W 2012 r. w porównaniu do roku minionego odnotowano także wzrost o 2 sprawy, skarg dotyczących funkcjonowania zagranicznych ZU.

1.4.4. W pozostałych 47 sprawach brak było właściwości RU (Wykres nr 5).

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 wpływające 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.

Tabela nr 13
Informacje dotyczące działalności zakładów ubezpieczeń działu I w 2012 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń		Liczba skarg w postępowaniach reklamacyjnych			Liczba skierowanych w okresie sprawozdawczym do sądu pozwów przeciwko zakładowi ubezpieczeń		
					uznanych	oddalonych	ogółem	uwzględnionych w całości	uwzględnionych w części	ogółem	wartość roszczeń zgłoszonych w pozwach (PLN)	wartość kwot zasądzonych na rzecz skarżących (PLN)
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	361 256 ^a	3 992 ^c	3 202 ^d	-	-	36 ^f	5	-	10	1 589 744,00 ^h	0 ⁱ
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	392 933 ^a	229 688 ^b	50 039 ^c	-	-	1 770 ^g	791	-	9	357 650,00 ^h	13 701,00 ⁱ
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	286 154	16 863	11 228	8 525	2 647	-	160	10	1	2 000,00	0
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.											
12.	TU na Życie Europa S.A.											
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.	Nordea Polska TU na Życie S.A.											
19.	Open Life TU Życie S.A.											
20.	TU na Życie Polisa – Życie S.A.	206 209 ^a	41 595 ^b	35 286 ^c	-	-	1 836 ^g	-	-	29	203 444,00 ^h	12 880,00 ^j
21.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	21 393 ^k	20 677	11 360	8 841 ^l	2 130 ^l	11 ^m	-	-	1	25 000,00	-
22.	PZU Życie S.A.											
23.	TUW Rejent Life	2 334	9	75	75	0	0	0	0	0	0	0
24.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.											
25.	Skandia Życie TU S.A.											
26.	TU SKOK Życie S.A.											
27.	UNIQA TU na Życie S.A.											
28.	TUnŻ WARTA S.A.											

^a Liczba osób objętych ubezpieczeniem wg stanu na dzień 31.12.2012 (dotyczy umów indywidualnych i grupowych).

^b Liczba wszystkich czynnych umów ubezpieczenia wg stanu na dzień 31.12.2012. Nie uwzględnia umów dodatkowych.

^c Liczba umów ubezpieczenia (indywidualnych i grupowych) zawarta w okresie 01.01.2012-31.12.2012.

^d Obejmuje tylko zdarzenia ubezpieczeniowe bez roszczeń z tytułu wykupów i dożycia.

^e Wszelkie roszczenia zgłoszone w okresie 01.01.2012-31.12.2012 w tym m.in. z tytułu wykupu i dożycia.

^f Dotyczy skarg zgłoszonych za pośrednictwem instytucji m.in. RU i KNF.

^g Każde wystąpienie klienta lub w imieniu klienta (w tym odwołanie od decyzji lub skarga na proces likwidacji). W jednej sprawie może wystąpić więcej niż jedna skarga.

^h Wartość roszczeń w sprawach zgłoszonych w okresie 01.01.2012-31.12.2012.

ⁱ Wartość kwot zasądzonych w okresie 01.01.2012-31.12.2012 ze spraw zgłoszonych w 2012 r.

^j Wartość kwot zasądzonych w okresie 01.01.2012-31.12.2012, bez względu na datę zgłoszenia sprawy.

^k Liczba osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia w 2012 r. (liczona jako różnica pomiędzy liczbą osób ubezpieczonych w roku 2011 a 2012).

^l Liczba uznanych i odmówionych roszczeń które zostały zgłoszone w 2012 r. (wszystkie odmowy - również zgłoszone roszczenia, których klient nie ma w zakresie).

^m Liczba pisemnych skarg otrzymanych w 2012 r. (na podstawie objaśnienia do sprawozdań KNF).

 - Brak danych wnioskowanych przez RU.

Źródło: Dane z ZU, przesłane w odpowiedzi na pismo RU z dnia 20.12.2012 r. oraz z dnia 25.01.2013 r. (RU/230/MKK/10/11/12/13).

Tabela nr 14
Informacje dotyczące działalności zakładów ubezpieczeń działu II w 2012 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu II	Liczba osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia	Liczba zawartych umów ubezpieczenia			Liczba zgłoszonych roszczeń			Liczba roszczeń		Liczba skarg w postępowaniach reklamacyjnych			Liczba skierowanych w okresie sprawozdawczym do sądu pozwów przeciwko zakładowi ubezpieczeń		
			ogółem	grupa 3 i 10 ^a	pozostale	ogółem	grupa 3 i 10 ^a	pozostale	uznanych	oddalonych	ogółem	uwzględnionych w całości	uwzględnionych w części	ogółem	wartość roszczeń zgłoszonych w pozwach (PLN)	wartość kwot zasądzonych na rzecz skarżących (PLN)
1.	TUiR Allianz Polska S.A.															
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.															
3.	AXA TUiR S.A.															
4.	BENEFIA TU S.A. VIG	67 870 ^c	892 732 ^d	285 513 ^e	607 219 ^e	50 456 ^f	29 315 ^f	21 141 ^f	-	-	1 228 ^g	23	-	426 ^h	7 566 269,00 ⁱ	1 302 513,00 ^j
5.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.															
6.	BZ WBK – AVIVA TUO S.A.															
7.	TU Compensa S.A. VIG	1 684 047 ^l	657 137 ^m	818 279 ^e	643 504 ^e	119 983 ^f	77 051 ^f	42 932 ^f	-	-	13 595 ^g	2 313	-	1 879 ^h	66 948 649,00 ⁱ	2 193 600,00 ^j
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.															
9.	STU Ergo Hestia S.A.															
10.	TU Euler Hermes S.A.	-	8 364	0	8 364	13 668	0	13 668	11 363	1 259	-	-	-	13	28 177 981,20	264 910,98
11.	TU Europa S.A.															
12.	Generali TU S.A.															
13.	HDI Asekuracja TU S.A.															
14.	TU INTER Polska S.A.															

15.	TU INTERRISK S.A. VIG	794 259 ⁿ	2 690 311 ^o	930 965 ^p	1 759 346 ^o	233 330 ^f	79 637 ^f	153 693 ^f	-	-	10 102 ^f	- ^u	-	1 705 ^h	67 807 541,00 ⁱ	3 784 727,00 ^j
16.	KUKE S.A.															
17.	Link 4 TU S.A.															
18.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU S.A.	57 527 ^s	625	0	625	329 864	0	329 864	- ^t	- ^t	346	- ^t	- ^t	0	0	0
19.	MTU Moje TU S.A.															
20.	TUiR Partner S.A.															
21.	GOTHAER TU S.A.	2 546 334	1 813 734	706 984 ^b	1 106 750	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22.	PZU S.A.															
23.	Signal Iduna Polska TU S.A.															
24.	UNIQA TU S.A.															
25.	TUiR WARTA S.A.															
26.	Concordia Polska Tuw	718 977	336 854	192 235	280 885	40 531	11 841	28 690	32 963	6 504	-	363	481	130	5 320 000,00	215 000,00
27.	Tuw Cuprum	1 066	4 457	0	4 457	1 137	0	1 137	1 194 ^k	202 ^k	2	0	0	8	142 419,63	168 272,20
28.	Pocztowe Tuw															
29.	Tuw SKOK															
30.	Tuw Tuw															
31.	Tuw TuZ															

^a Dotyczy tylko OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

^b Cała grupa 3 i 10 (łącznie).

^c Osoby objęte ubezpieczeniem wg stanu na 31.12.2012.

^d Polisy, od których wpłynęła składka w okresie 01.01.2012-31.12.2012.

^e Liczba ryzyk.

^f Liczba szkód zgłoszonych.

^g Każde wystąpienie klienta lub w imieniu klienta (w tym odwołanie od decyzji lub skarga na proces likwidacji). W jednej sprawie może wystąpić więcej niż jedna skarga.

^h Sprawy dotyczące roszczeń klientów.

ⁱ Wartość roszczeń w sprawach zgłoszonych w okresie 01.01.2012-31.12.2012.

^j Wartość kwot zasądzonych w sprawach zgłoszonych w okresie 01.01.2012-31.12.2012.

^k Dotyczy roszczeń uznanych i oddalonych w roku sprawozdawczym - zgłoszonych w roku sprawozdawczym i w latach poprzednich.

^l Liczba polis aktywnych min. 1 dzień w okresie 01.01.2012-31.12.2012. W polisach flotowych wzięto pod uwagę liczbę ubezpieczonych pojazdów.

^m Polisy wystawione w okresie 01.01.2012-31.12.2012.

ⁿ Liczba osób fizycznych i prawnych objętych ubezpieczeniem wg stanu na 31.12.2012.

^o Liczba polis z raportu do KNF W2: Dział 2. Rodzaje ubezpieczeń według podmiotów ubezpieczających.

^p Liczba polis. Polisy pakietowe i flotowe liczone jako jedna polisa.

^r Dane dotyczą skarg przed centralizacją likwidacji szkód.

^s Liczba osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia liczona jako liczba aktywnych osób na koniec okresu sprawozdawczego.

^t Dane pominięto zgodnie z pismem RU z dnia 25.01.2013 r.

^u Ze względu na trwającą centralizację likwidacji szkód dane chwilowo niedostępne.



- Brak danych wnioskowanych przez RU.

Źródło: Dane z ZU, przesłane w odpowiedzi na pismo RU z dnia 20.12.2012 r. oraz z dnia 25.01.2013 r. (RU/230/MKK/10/11/12/13).

Tabela nr 15
Informacje dotyczące działalności Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce w 2012 r.
Dział I

Lp.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń dział I	Liczba osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia	Liczba zawartych umów ubezpieczenia	Liczba zgłoszonych roszczeń	Liczba roszczeń		Liczba skarg w postępowaniach reklamacyjnych			Liczba skierowanych w okresie sprawozdawczym do sądu pozwów przeciwko zakładowi ubezpieczeń		
					uznanych	oddalonych	ogółem	uwzględnionych w całości	uwzględnionych w części	ogółem	wartość roszczeń zgłoszonych w pozwach (PLN)	wartość kwot zasądzonych na rzecz skarżących (PLN)
1.	CALI Europe S.A. Oddział w Polsce	133 699	94 226	752	536	216	32	4	0	1	10 000,00	10 224,38
2.	Prevoir-Vie Groupe Prevoir S.A. Oddział w Polsce.											

 - Brak danych wnioskowanych przez RU.

Źródło: Dane z ZU, przesłane w odpowiedzi na pismo RU z dnia 20.12.2012 r. oraz z dnia 25.01.2013 r. (RU/230/MKK/10/11/12/13).

Tabela nr 16
Informacje dotyczące działalności Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce w 2012 r.
Dział II

Lp.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń dział II	Liczba osób objętych ochroną z umów ubezpieczenia	Liczba zawartych umów ubezpieczenia			Liczba zgłoszonych roszczeń			Liczba roszczeń		Liczba skarg w postępowaniach reklamacyjnych			Liczba skierowanych w okresie sprawozdawczym do sądu pozwów przeciwko zakładowi ubezpieczeń		
			ogółem	grupa 3 i 10 ^b	pozostałe	ogółem	grupa 3 i 10 ^b	pozostałe	uznanych	oddalonych	ogółem	uwzględnionych w całości	uwzględnionych w części	ogółem	wartość roszczeń zgłoszonych w pozwach (PLN)	wartość kwot zasądzonych na rzecz skarżących (PLN)
1.	ACE European Group Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce.															
2.	AGA International S.A. Oddział w Polsce															
3.	Atradius Credit Insurance N.V. S.A. Oddział w Polsce															
4.	AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce															
5.	Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce	857 986	516 164	0	516 164	17 250	0	17 250	15 097 ^a	2 288 ^a	-	-	-	5	56 959,00	-
6.	AIG Europe Ltd Oddział w Polsce															
7.	COFACE POLSKA S.A. Oddział w Polsce															
8.	Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce															
9.	Groupama S.A. Oddział w Polsce															
10.	Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce															
11.	Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce															

^a Dotyczy roszczeń uznanych i oddalonych w roku sprawozdawczym - zgłoszonych w roku sprawozdawczym i w latach poprzednich.

^b Dotyczy tylko OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

 - Brak danych wnioskowanych przez RU.

Źródło: Dane z ZU, przesłane w odpowiedzi na pismo RU z dnia 20.12.2012 r. oraz z dnia 25.01.2013 r. (RU/230/MKK/10/11/12/13).

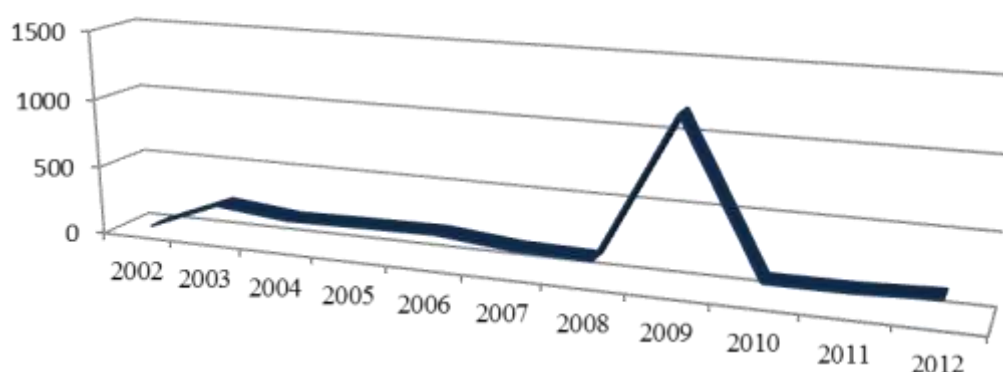
2. Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych

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 18, Wykres nr 11).

Tabela nr 17
Liczba skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
kierowanych do RU w latach 2002-2012

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.	2012	143
12.	Ogółem	2734

Wykres nr 11
Liczba skarg z zakresu zabezpieczenia społecznego
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych
w latach 2002-2012



Najliczniejsza grupa spraw, które wpłynęły do RU, odnosiła się do działalności ZUS (łącznie 100 skarg, tj. 69,9% spraw ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego – Tabela nr 18). Zdecydowana większość skarg dotyczyła 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 (90 spraw). Pozostałe skargi na funkcjonowanie ZUS dotyczyły problemu nieprzekazywania składek na rachunki w OFE, bezpodstawnego wycofania składek z OFE, problemów z wypłatą emerytury kapitałowej, a także prośby o interpretację przepisów (łącznie 10 spraw).

Tabela nr 18
Zestawienie skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.
z podziałem na poszczególne podmioty

Lp.	Podmiot	Liczba skarg	%
1.	ZUS ^a	100	69,9
2.	OFE	26	18,2
3.	IKE	12	8,4
4.	INNE	5	3,5
5.	Ogółem	143	100

^a Ze 100 skarg na funkcjonowanie ZUS – 10 skarg (10%) dotyczyło zabezpieczenia emerytalnego, a 90 skarg (90%) to zła właściwość.

Kolejna grupa spraw odnosiła się do funkcjonowania OFE (26 skarg, tj. 18,2% spraw ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego – Tabela nr 18). Pisemne wystąpienia uczestników systemu w zakresie OFE dotyczyły przede wszystkim:

- nieotrzymania przez osoby uprawnione środków zgromadzonych na rachunku zmarłego członka OFE;
- interpretacji przepisów dotyczących OFE;
- problemów towarzyszących zmianie OFE i dokonywaniu wypłaty transferowej;
- podziału środków w przypadku rozvodu;

Pozostała grupa skarg odnosi się do spraw związanych z funkcjonowaniem tzw. III filaru – IKE (łącznie 12 skarg, tj. 8,4% 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 4 podmiotów: Pekao Pionier PTE S.A., PTE PZU S.A., Amplico PTE S.A., PTE Warta S.A., (Tabela nr 19). 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 19
Informacje dotyczące działalności powszechnych towarzystw emerytalnych w 2012 r.

Lp.	Powszechne towarzystwo emerytalne	Liczba członków funduszu (stan na 31.12.2012 r.)	Zawiadomienia o zmianie funduszu przekazane przez OFE	Zawiadomienia o zmianie funduszu otrzymane przez OFE	Liczba wypłat transferowych w trybie art. 119		Liczba wniosków o wypłatę środków w trybie art. 131		Liczba wniosków o wypłatę środków w trybie art. 132		Skargi członków funduszu		Spory sądowe	
					zrealizowa-nych	otrzymane	zrealizowa-nych	niezrealizo-wanych	zrealizo-wanych	niezrealizo-wanych	pozytywne	negatywne	wygrane	przegrane
1.	Aegon PTE S.A.													
2.	PTE Allianz Polska S.A.													
3.	Amplico PTE S.A.	1269954	24431	11381	9024	22957	6476	297	2571	194	20	108	1	0
4.	Aviva PTE Aviva BZ WBK S.A.													
5.	AXA PTE S.A.													
6.	Generali PTE S.A.													
7.	ING PTE S.A.													
8.	Nordea PTE S.A.													
9.	Pekao Pioneer PTE S.A.	342788	244	1182	1918	948	506	17	1497	0	3	5	0	0
10.	PKO BP Bankowy PTE S.A.													
11.	Pocztalion-Arka PTE S.A.													
12.	PTE Polsat S.A.													
13.	PTE PZU S.A.	2305810	2000	5799	12578	11393	1871	355	5126	314	64	350	0	0
14.	PTE Warta S.A.	311568	425	4131	4208	1742	209	22	846	28	2	3 ^a	0	0

^a PTE otrzymało także 17 skarg na OFE, które zakwalifikowało do kategorii inne .

Źródło: Dane z PTE przesłane w odpowiedzi na pismo RU z dnia 08.01.2013 r. (RU/230/KK/10/11/12).

 - Brak danych

Tabela nr 20
Liczba skarg na poszczególne podmioty z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Podmioty	Liczba członków OFE ^a	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg
1.	AEGON PTE S.A.	947 048	2	1,4
2.	PTE Allianz Polska S.A.	553 666	1	0,7
3.	Amplico PTE S.A.	1 269 898	3	2,1
4.	Aviva PTE Aviva BZ WBK S.A.	2 672 860	-	-
5.	AXA PTE S.A.	1 162 223	2	1,4
6.	Generali PTE S.A.	1 006 344	2	1,4
7.	ING PTE S.A.	3 010 238	4	2,8
8.	NORDEA PTE S.A.	888 272	1	0,7
9.	Pekao Pionieer PTE S.A.	342 820	1	0,7
10.	PKO BP Bankowy PTE S.A.	657 837	-	-
11.	Pocztylion – Arka PTE S.A.	595 930	-	-
12.	PTE Polsat S.A.	300 789	-	-
13.	PTE PZU S.A.	2 222 853	8	5,6
14.	PTE Warta S.A.	311 504	-	-
15.	OFE (brak nazwy podmiotu)	-	2	1,4
16.	IKE	-	12	8,4
17.	PPE	-	-	
18.	ZUS ^b	-	10	7,00

^a Źródło KNF - Członkowie otwartych funduszy emerytalnych; stan na dzień 31.12.2012 r.

^b Skargi na ZUS dotyczą tu tylko problematyki zabezpieczenia emerytalnego.

Analizując skargi w ujęciu podmiotowym (Tabela nr 20), najwięcej wystąpień na działalność PTE dotyczyło PTE PZU S.A. zarządzające OFE PZU „Złota Jesień” (8 spraw). Cztery skargi wpłynęły na ING PTE S.A. zarządzające ING OFE. Trzy skargi wpłynęły na Amplico PTE S.A. zarządzające Amplico OFE. Po dwie skargi wpłynęło na AEGON PTE S.A. zarządzające AEGON OFE, AXA PTE zarządzające AXA OFE, oraz Generali PTE zarządzające Generali OFE. Pojedyncze skargi wpłynęły na PTE ALLIANZ Polska S.A.

zarządzające Allianz Polska OFE a także NORDEA PTE S.A. zarządzające NORDEA OFE oraz Pekao Pioneer PTE S.A. zarządzający Pekao OFE.

W przypadku dwóch wystąpień nie wskazano nazwy konkretnego Funduszu.

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 (14 skarg). W 9 wystąpieniach proszono o interpretację przepisów dotyczących zabezpieczenia emerytalnego. 4 skargi dotyczyły nieprawidłowości występujących w związku ze zmianą funduszu i dokonaniem wypłaty transferowej. Powodem odrzucenia zawiadomień była zmiana przepisów ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, wprowadzona ustawą z dnia 28 lipca 2011 r. o zmianie ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. Nr 187, poz. 1111). Nowela ta zmieniła tryb zawierania umów o członkostwo w OFE. Tym samym powstała konieczność zmiany rozporządzenia, które szczegółowo reguluje tryb zawiadamiania funduszy o zmianie funduszu przez osoby ubezpieczone. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie trybu i terminu powiadamiania ZUS przez OFE o zawarciu umowy z członkiem oraz dokonywaniu wypłaty transferowej (Dz. U. Nr 291, poz. 1708), nie uregulowało jednak sytuacji, w której zawiadomienie dotyczące zmiany funduszu dokonane w starym trybie, dotrze do funduszu w 2012 r., a więc pod rządami nowej regulacji. W związku z powtarzającymi się problemami przy udziale KNF ustalono, iż zawiadomienia dotyczące zmiany w funduszu dokonane w 2011 r., które docierały do funduszy już w 2012 r. będą odnosiły skutek prawny jeszcze w pierwszym terminie wypłaty transferowej w 2012 r., w trakcie lutowej sesji transferowej.

Pojedyncze skargi dotyczyły kwestii podziału środków po rozwodzie, aktualizacji danych ubezpieczonego oraz informacji o danych adresowych OFE.

RU otrzymał 12 skarg dotyczących IKE. Najczęściej powtarzającymi się problemami dotyczącymi IKE były kwestie związane ze zwrotem środków, a w szczególności wysokością opłaty likwidacyjnej oraz udzielanie przez pracowników banków nierzetelnych informacji zachęających do przystąpienia do grupowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powiązanych z indywidualnym kontem emerytalnym. Pojawiały się również zapytania dotyczące możliwości wypłaty i zwrotu

zgromadzonych środków oraz prawidłowego obliczania zobowiązania podatkowego wynikającego z rozwiązania umowy o prowadzenie IKE.

Tabela nr 21
Przedmiot skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Przedmiot	Liczba skarg	%
1.	Nieprawidłowości w wypłacie środków (śmierć członka OFE)	14	9,8
2.	Interpretacja przepisów	9	6,3
3.	Zmiana funduszu i dokonanie wypłaty transferowej	4	2,8
4.	Nieprzekazywanie składek do OFE	3	2,1
5.	Bezpodstawne wycofanie składek	2	1,4
6.	Podział środków po rozwodzie	1	0,7
7.	Problemy z wypłatą emerytury kapitałowej	1	0,7
8.	Inne	14	9,8
9.	Brak właściwości RU	95	66,4
10.	Ogółem	143	100

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

W omawianym okresie sprawozdawczym 95 skarg (66,4% 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 143 wystąpień jakie wpłynęły do RU w 2012 r., podjęto czynności interwencyjne w 16 sprawach, co stanowiło 11,2% wszystkich skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego (Tabela nr 22).

Tabela nr 22
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Sposób działania	Liczba skarg	%
1.	Podjęcie interwencji	16	11,2
2.	Niepodjęcie interwencji, przyczyny:	127	88,8
	- odmowa – uzasadnienie niepodjęcia interwencji	75	52,4
	- udzielenie wyjaśnień merytorycznych	21	14,7
	- skarga do wiadomości RU	14	9,8
	- przekazanie wg właściwości	9	6,3
	- anulowanie skargi	8	5,6
3.	Ogółem	143	100

W wyniku interwencji podjętych przez RU, w przypadku zakończenia postępowania 5 spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem dla skarżących, 6 spraw zakończyło się negatywnie a 5 spraw nie zostało jeszcze rozstrzygnięte.

W 127 sprawach, co stanowiło 88,8% wszystkich skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego, RU nie podjął interwencji.

Niepodjęcie interwencji spowodowane było w głównej mierze brakiem właściwości RU, wcześniejszym rozpatrywaniem sprawy przez Sądy Ubezpieczeń Społecznych, precyzyjnym wskazaniem skarżącemu innego podmiotu właściwego do rozpatrzenia danej sprawy, brakiem wyraźnego 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.

7 spraw zostało zakończonych przed podjęciem czynności wyjaśniających ze względu na brak dokumentów, które umożliwiłyby skuteczną interwencję, pomimo iż zwracano się o uzupełnienie brakującej dokumentacji. 1 sprawa została wycofana przez osobę skarżącą przed podjęciem czynności wyjaśniających.

RU uznawał sprawę za zakończoną, gdy PTE uznawało zasadność interwencji i zmieniał swoje wcześniejsze stanowisko lub gdy 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. Z uwagi na stale zwiększające się zapotrzebowanie i sygnały ze strony konsumentów, iż dyżury w godzinach przedpołudniowych nie są dla wszystkich dostępne, 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 wydłużano także 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 prawnoubezpieczeniową, 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 źródłem wiedzy o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego, a także pozwalają na wczesne i szybkie reagowanie na dostrzeżone i sygnalizowane nieprawidłowości w działalności ubezpieczycieli, związane w szczególności z likwidacją szkód. Często pojawiające się sygnały w trakcie prowadzonego poradnictwa telefonicznego mają następnie swoje odzwierciedlenie w napływających pisemnych skargach.

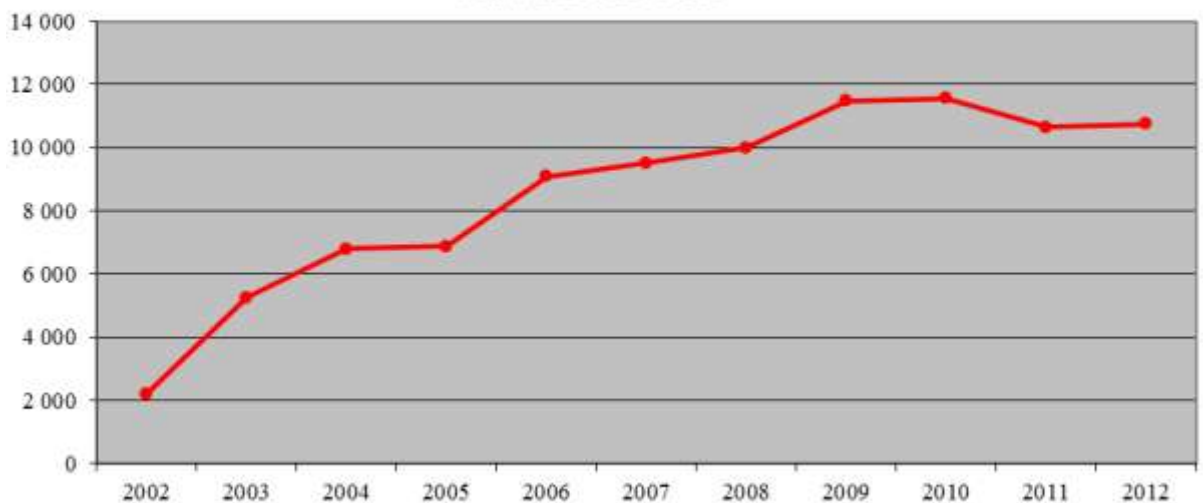
Prowadzone poradnictwo telefoniczne daje wszystkim zainteresowanym osobom jednakowe możliwości szybkiego uzyskania informacji lub porady zarówno o charakterze ogólnym, jak i szczegółowym, bez względu na miejsce zamieszkania. W związku z powyższym telefoniczne dyżury eksperckie stały się bardzo cenioną przez konsumentów 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 23, Wykres nr 12), jak i zabezpieczenia emerytalnego (Tabela nr 29).

Tabela nr 23
Liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
w latach 2002-2012

Lp.	Rok	Liczba
1.	2002	2218
2.	2003	5262
3.	2004	6795
4.	2005	6873
5.	2006	9081
6.	2007	9504
7.	2008	10 003
8.	2009	11 479
9.	2010	11 572
10.	2011	10 646
11.	2012	10 751
12.	Ogółem	94 184

Wykres nr 12
Liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
w latach 2002–2012



W 2012 r. w zakresie ubezpieczeń gospodarczych przeprowadzono 10 751 rozmów telefonicznych (Tabela nr 24, Wykres nr 13). Dla porównania w 2011 r. udzielono 10 646 porad, co wskazuje na nieznaczną tendencję wzrostową (wzrost o 0,9%). Zaobserwowano znaczny wzrost stopnia trudności spraw podnoszonych w rozmowach telefonicznych, co stawia dyżurujących ekspertów w obliczu bardziej skomplikowanych zagadnień i problemów. Pomimo utrzymującego się poziomu liczby przeprowadzanych rozmów telefonicznych w 2012 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.

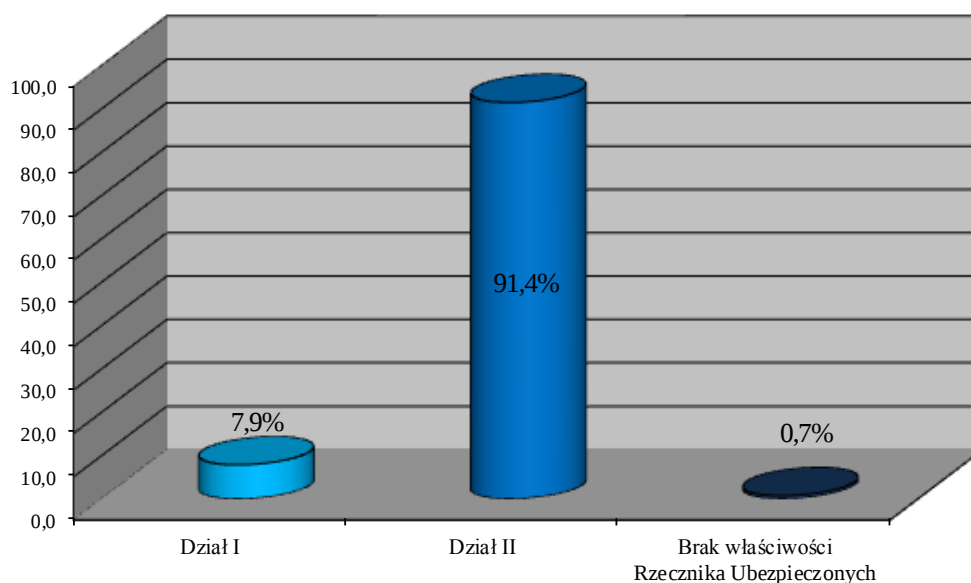
W zakresie ubezpieczeń na życie (dział I) odnotowano łącznie 843 porady, co stanowiło 7,9% przeprowadzonych rozmów (Tabela nr 24, Wykres nr 13). W sprawach z zakresu tej problematyki odnotowano niewielki, bo o 0,3% wzrost w porównaniu z 2011 r. W tej grupie spraw niewielka część rozmów – 7, tj. 0,1% 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 ostatnich kilku latach zaobserwowano wyraźną tendencję spadkową liczby rozmów związanych z tą problematyką. W odniesieniu do ubezpieczeń na życie zawartych po 1989 r. odnotowano 836 rozmów, co stanowiło 7,8% wszystkich udzielonych porad. Najczęściej podnoszone w rozmowach zarzuty dotyczyły odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na życie, interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, sporu co do wysokości przyznanego świadczenia wynikającego często z zaniżania przez ubezpieczycieli procentowego uszczerbku na zdrowiu, bądź prośby o udzielenie wskazówek co do dalszego prowadzenia sprawy. 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, wydatkami poniesionymi na leczenie, interpretacją pojęć, takich jak np.: szpital, zawał serca, macocha, ojczym, a także przedawnienie 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 9829 rozmów z zakresu problematyki pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (dział II), co stanowiło 91,4% wszystkich udzielonych porad (Tabela nr 24, Wykres nr 13). W sprawach z tego zakresu odnotowano niewielki, bo o 0,2% wzrost w porównaniu z 2011 r.

Tabela nr 24
Podział rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r.

Lp.	Podział skarg	Liczba	%
1.	Dział I - Ubezpieczenia na życie	843	7,9
2.	Dział II - Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	9829	91,4
3.	Brak właściwości RU	79	0,7
4.	Ogółem	10 751	100

Wykres nr 13
Podział rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r.



Najlichniesza grupa rozmów odnoszących się do ubezpieczeń działu II, podobnie jak w minionych latach, bo aż 7780 (tj. 72,4% ogółu udzielonych porad) dotyczyła problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych (w porównaniu z 2011 r. wzrost o 0,4%), tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczeń autocasco, NNW kierowcy i pasażerów, ubezpieczeń assistance oraz Zielonej Karty.

W tej grupie spraw dominują rozmowy dotyczące zagadnień związanych z obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (6459 udzielonych porad). Stanowiły one 60,0% wszystkich przeprowadzonych rozmów (w porównaniu do 2011 r. wzrost o 0,1%). 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, zasadności stosowania przez ubezpieczycieli pomniejszania odszkodowania o procent amortyzacji części użytych do naprawy, prawa osoby poszkodowanej do decydowania o wyborze części stosowanych do naprawy pojazdu, kwestii związanych z podatkiem VAT, problematyki wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, obniżania przez ZU stawek za roboczogodziny, kosztów związanych z holowaniem i parkowaniem pojazdu oraz żądania przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu. Pomimo nowelizacji przepisów, część rozmów odnosiła się także 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 – 1230, co stanowiło 11,5% ogółu udzielonych porad (spadek w porównaniu z 2011 r. o 0,1%). Najczęściej podnoszone w rozmowach zarzuty dotyczyły sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania, zapisów o.w.u. skutkujących całkowitą odmową wypłaty odszkodowania oraz interpretacji przepisów ubezpieczeniowych. Rozmowy z tego zakresu odnosiły się także do problemów związanych z likwidacją szkód, które często wynikały z mało starannego i profesjonalnego określenia autentyczności dokumentów i kluczyków danego pojazdu oraz jego wartości przy zawieraniu

umowy. Rozmówcy prosili również o udzielanie wskazówek co do dalszego prowadzenia sprawy.

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

Trzecie miejsce pod względem liczby udzielonych porad (638, co stanowiło 5,9% wszystkich rozmów) zajmowała tematyka ubezpieczeń OC (poza OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników i OC w turystyce) – szczegółowe dane przedstawia Tabela nr 25. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba rozmów w tej grupie spadła o 0,7%. 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, ubezpieczenia mienia ruchomego, ubezpieczenia cargo oraz ubezpieczenia maszyn (spadek o 0,4% w porównaniu z 2011 r.). Rozmów z tego zakresu odnotowano 553, co stanowiło 5,1% 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 122, co stanowiło 1,1% ogółu udzielonych porad, w tym ubezpieczeń NNW młodzieży szkolnej 48, tj. 0,4% wszystkich rozmów (spadek o 0,1% w porównaniu z 2011 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 dotyczyły interpretacji przepisów ubezpieczeniowych lub prośby o ukierunkowanie w działaniu.

Następną grupę pod względem liczby udzielonych porad stanowią ubezpieczenia kredytu i innych produktów bankowych (117, co stanowiło 1,1% ogółu rozmów). Zdecydowana większość przeprowadzonych rozmów z tego zakresu, tj. 109 (1,0%) dotyczyła problemów związanych z ubezpieczeniem kredytu. Pozostałe rozmowy odnosiły się do ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych (8 - 0,1%). W rozmowach z tego zakresu poruszane były kwestie związane m.in. z odmową wypłaty świadczenia z uwagi na ograniczony zakres ochrony wynikający z zawartej umowy ubezpieczenia, interpretacją przepisów ubezpieczeniowych oraz prośbą o ukierunkowanie w dalszym działaniu.

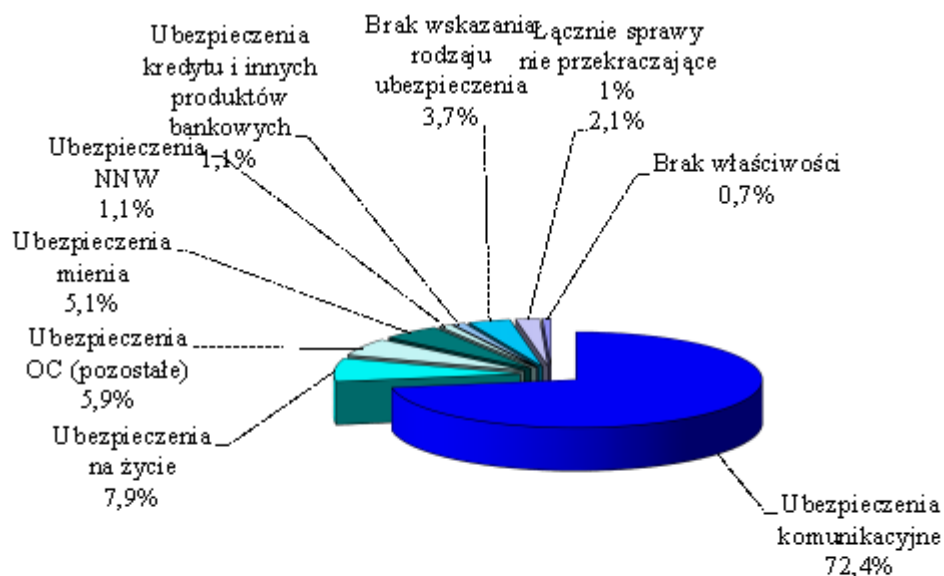
Pozostałe grupy rozmów nie przekroczyły 1,0% ogółu udzielonych porad, które zostały przeprowadzone w 2012 r. podczas eksperckich dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych (szczegółowe dane zawiera Tabela nr 25).

Tabela nr 25
Tematyka rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	843	7,9
Ubezpieczenia zawarte przed 1989r. (tzw. Stary portfel)	7	0,1
Ubezpieczenia zawarte po 1989r.:	836	7,8
- Ubezpieczenia na życie	569	5,3
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	134	1,2
- Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	118	1,1
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	10	0,1
- Ubezpieczenia rentowe	5	0,1
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	9 829	91,4
Ubezpieczenia komunikacyjne:	7 780	72,4
- OC	6 459	60,0
- AC	1 230	11,5
- NNW kierowcy i pasażerów	39	0,4
- Assistance	30	0,3
- Zielona Karta	22	0,2
Ubezpieczenia OC (pozostałe):	638	5,9
- OC przedsiębiorcy	172	1,6
- OC zarządcy drogi	167	1,6
- OC spółdzielni/zarządcy nieruchomości	103	1,0
- OC w życiu prywatnym	80	0,7
- OC wykonywanego zawodu	43	0,4
- OC inne	32	0,2
- OC lekarzy/szpitali	21	0,2
- OC przewoźnika	19	0,2
- OC innych pojazdów	1	0,0
Ubezpieczenia mienia:	553	5,1
- Ubezpieczenia mieszkania/domu	451	4,2
- Ubezpieczenia mienia ruchomego	90	0,8
- Ubezpieczenia cargo mienia w transporcie	8	0,1
- Ubezpieczenia maszyn	4	0,0
Ubezpieczenia NNW:	122	1,1
- Ubezpieczenia NNW	74	0,7
- Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	48	0,4
Ubezpieczenia kredytu i innych produktów bankowych:	117	1,1
- Ubezpieczenia kredytu	109	1,0
- Ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych	8	0,1
Ubezpieczenia rolne:	103	1,0
- Obowiązkowe ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	45	0,4
- OC rolników	37	0,3
- Ubezpieczenia upraw	13	0,1
- Dobrowolne ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	5	0,1
- Ubezpieczenie maszyn rolniczych	2	0,1

- Ubezpieczenie zwierząt w gospodarstwach rolnych	1	0,0
Ubezpieczenia turystyczne:	90	0,8
- Ubezpieczenia NNW	33	0,2
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	33	0,2
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	10	0,1
- Ubezpieczenia kosztów transportu do kraju	5	0,1
- Ubezpieczenia OC	5	0,1
- Ubezpieczenia bagażu i sprzętu turystycznego	4	0,1
Ubezpieczenia zdrowotne:	19	0,2
- Ubezpieczenia kosztów leczenia	10	0,1
- Ubezpieczenia leczenia prywatnego	7	0,1
- Ubezpieczenia operacji	1	0,0
- Ubezpieczenia dziennego pobytu w szpitalu	1	0,0
Gwarancje ubezpieczeniowe	11	0,1
Brak wskazania rodzaju ubezpieczenia	396	3,7
Brak właściwości RU	79	0,7
Ogółem	10 751	100

Wykres nr 14
Tematyka rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów
telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r.



Jak przedstawiono w Tabeli nr 26 (oraz na Wykresie nr 15) w 2012 r., w prowadzonych rozmowach zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w siedmiu grupach problemów:

- 1) sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania – 2130 rozmów, co stanowiło 19,8% ogółu udzielonych porad;
- 2) interpretacji przepisów ubezpieczeniowych – 1526 rozmów, co stanowiło 14,2% ogółu udzielonych porad;
- 3) oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 1519 rozmów, co stanowiło 14,1% 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 – 1286 rozmów, co stanowiło 12,0% ogółu udzielonych porad;
- 5) sposobem naliczania, wysokością, zwrotem, wezwaniem do zapłaty składki, w tym często przedawnionej – 1280 rozmów, co stanowiło 11,9% ogółu udzielonych porad;
- 6) opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym – 658 rozmów, co stanowiło 6,1% ogółu udzielonych porad;
- 7) podwójnego ubezpieczenia – 618 rozmów, co stanowiło 5,7% ogółu udzielonych porad.

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

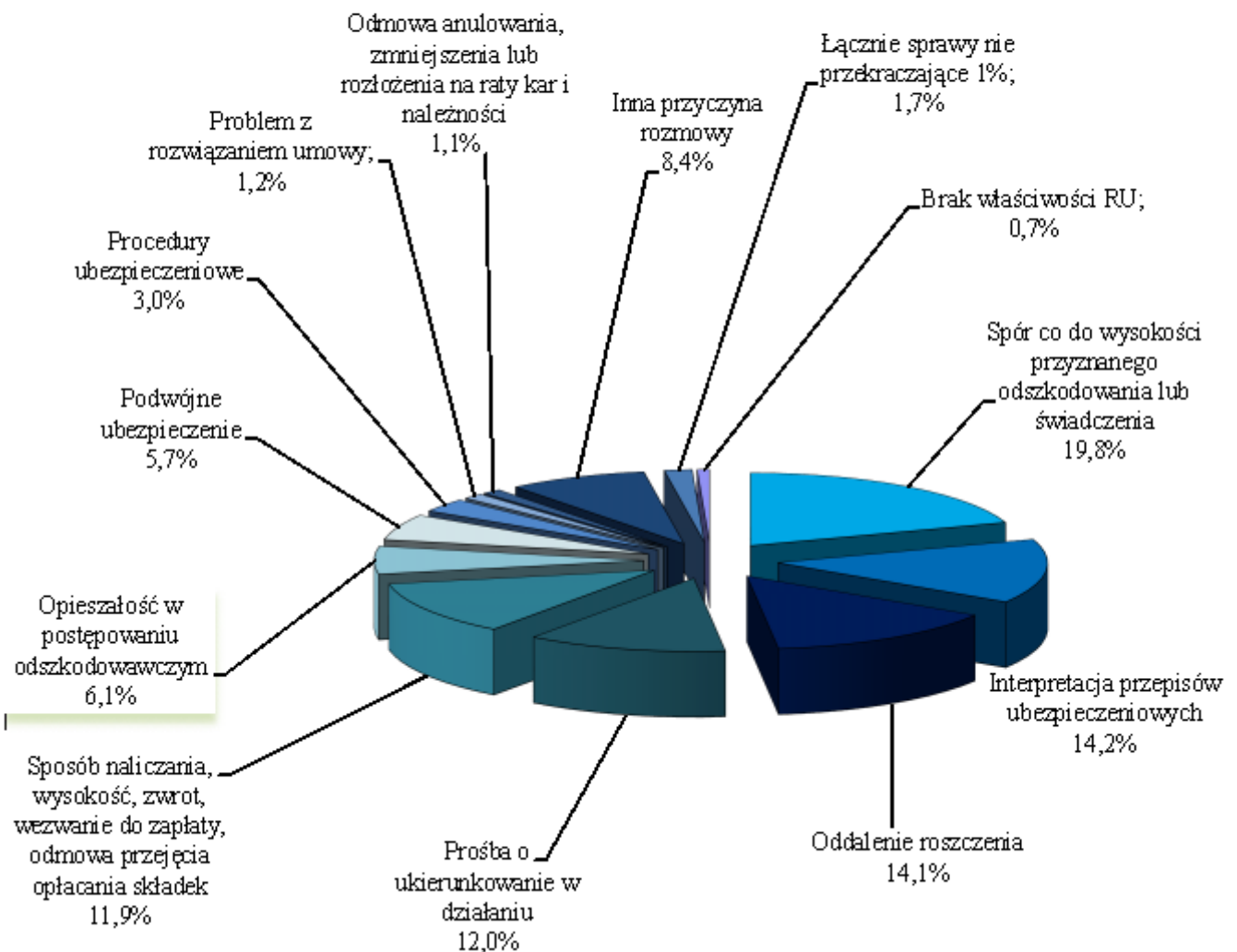
- inną przyczyną rozmowy niż określona w Tabeli nr 26 (w tym: brak danych) – 899 rozmów, tj. 8,4% wszystkich udzielonych porad;
- zbyt uciążliwymi procedurami stosowanymi przez ZU w trakcie procesu likwidacji szkód – 323 rozmowy, tj. 3,0% wszystkich udzielonych porad;
- problemem rozwiązania umowy ubezpieczenia – 132 rozmowy, tj. 1,2% wszystkich udzielonych porad;
- kwestiami dotyczącymi uiszczenia należności regresowych – 123 rozmowy, tj. 1,1% wszystkich udzielonych porad.

Pozostałe zarzuty podnoszone podczas przeprowadzonych rozmów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r. nie przekroczyły 1,0% ogółu rozmów.

Tabela nr 26
Problemy występujące w rozmowach przeprowadzonych w trakcie dyżurów
telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 r.

Lp.	Przyczyna rozmowy	Liczba	%
1.	Odmowa, zaniżona wartość, opieszałość w wykupie polisy Dział I	30	0,3
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	10	0,1
3.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II	2 130 93 2 037	19,8 0,9 18,9
4.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych Dział I Dział II	1 526 161 1 365	14,2 1,5 12,7
5.	Oddalenie roszczenia Dział I Dział II	1 519 236 1 283	14,1 2,2 11,9
6.	Prośba o ukierunkowanie w działaniu Dział I Dział II	1 286 82 1 204	12,0 0,8 11,2
7.	Sposób naliczania, wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, odmowa przejęcia opłacania składek Dział I Dział II	1 280 24 1256	11,9 0,2 11,7
8.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II	658 34 624	6,1 0,3 5,8
9.	Procedury ubezpieczeniowe Dział I Dział II	323 27 296	3,0 0,2 2,8
10.	Problem z rozwiązaniem umowy Dział I Dział II	132 24 108	1,2 0,2 1,0
11.	Odmowa/utrudnienia wglądu w akta szkodowe Dział I Dział II	72 7 65	0,7 0,1 0,6
12.	Zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy Dział I Dział II	11 8 3	0,1 0,1 0,0
13.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I Dział II	3 2 1	0,0 0,0 0,0
14.	Podwójne ubezpieczenie Dział II	618	5,7
15.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty należności regresowych Dział II	123	1,1
16.	Kara za brak OC Dział II	27	0,3
17.	Opieszałość w przekazywaniu akt do UFG Dział II	25	0,2
18.	Inna przyczyna rozmowy (w tym: brak danych) Dział I Dział II	899 105 794	8,4 1,0 7,4
19.	Brak właściwości RU	79	0,7
20.	Ogółem	10 751	100

Wykres nr 15
Problemy występujące w rozmowach przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w 2012 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, poprzez jej kwalifikowanie jako szkody całkowitej;
- trudności w uzyskaniu odszkodowania z tytułu wynajęcia pojazdu zastępczego;
- pomniejszania odszkodowania o wskazany przez ZU procent amortyzacji zniszczonych w wypadku części pojazdu;
- kwestionowania przez ZU możliwości wyboru przez poszkodowanego części stosowanych do naprawy pojazdu (części oryginalne a części alternatywne – zamienniki);
- utrudnionego kontaktu z ZU przy wykorzystaniu infolinii bądź drogi elektronicznej;
- nieuwzględniania podatku VAT w wypłacanych odszkodowaniach;
- obniżania przez ZU stawek za roboczogodzinę;
- 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 przez ZU zwrotu kosztów opinii rzeczoznawcy powołanego przez poszkodowanego;
- pomijania bądź ograniczania w odszkodowaniu kosztów holowania i parkowania pojazdu.

W odniesieniu do szkód na osobie poszkodowanej 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 jego wysokości (tzw. miarkowaniu);
- 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;
- możliwości uzyskania stosownego odszkodowania w przypadku znacznego pogorszenia sytuacji życiowej po śmierci osoby najbliższej oraz zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę przyznawanego najbliższym członkom rodziny zmarłego.

Po raz kolejny sprawozdanie roczne RU zawiera informacje o liczbie rozmów dotyczących działań poszczególnych ZU i TUW. W Tabelach nr 27 i 28 (Wykresy nr 16 i 17) 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 843 rozmowy (Tabela nr 27, Wykres nr 16).

Zestawienie danych odnoszących się do liczby rozmów na poszczególne ZU i TUW działu I (ubezpieczeń na życie) dotyczyło 28 podmiotów. Porównując procentowy udział ZU w rynku do procentowego udziału w ogólnej liczbie rozmów widoczne jest, że 13 z nich odnotowało wynik polegający na mniejszym udziale w rozmowach aniżeli ich udział w rynku. W przypadku 13 podmiotów wynik ten był odmienny. Wobec 2 ZU działu I nie odnotowano żadnego zapytania telefonicznego. W przedstawianym okresie 16 rozmów odnosiło się do działalności zagranicznych ZU. W 6 przypadkach rozmowa dotyczyła oddziału zagranicznego ZU w Polsce. W odniesieniu do 75 przeprowadzonych rozmów konsumenci nie wskazali nazwy ZU prowadzącego działalność w zakresie ubezpieczeń na życie.

W omawianym okresie sprawozdawczym odnotowano łącznie 9 829 rozmów odnoszących się do działalności podmiotów działu II (Tabela nr 28, Wykres nr 17).

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 19 przypadkach odnotowano rezultat w postaci mniejszego udziału w rozmowach aniżeli ich udział w rynku. W przypadku 11 podmiotów wynik ten jest negatywny. Wobec 1 ZU działu II nie odnotowano żadnego zapytania telefonicznego. W odniesieniu do 1 ZU z uwagi na połączenie w dniu 31 lipca 2012 r. spółek TU INTERRISK S.A. VIG i TU PZM S.A. VIG brak jest jego udziału w rynku (patrz Tabela nr 28).

W odniesieniu do 91 rozmów poruszano kwestie związane z działalnością UFG, natomiast 6 rozmów odnosiło się do funkcjonowania PBUK. W 559 przypadkach rozmowy dotyczyły działalności oddziałów zagranicznych ZU w Polsce, w 99 sprawach wskazano jako podmiot zagranicznych ZU, 19 rozmów odnosiło się do funkcjonowania podmiotów

ustanowionych przez zagraniczne ZU jako reprezentanta ds. roszczeń na terenie Polski niebędących ZU. W odniesieniu do 1528 udzielonych porad rozmówcy nie określili nazwy ZU działu II.

W trakcie dyżurów telefonicznych przeprowadzono 79 rozmów, które pozostawały poza zakresem kompetencyjnym RU.

Tabela nr 27

Liczba rozmów przeprowadzonych w 2012 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2012 r.)

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2012 r.) ^a
1.	AEGON TU na Życie S.A.	21	2,491	2,161
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	18	2,135	5,538
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	29	3,440	4,577
4.	AVIVA TU na Życie S.A.	26	3,084	5,025
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.	34	4,033	2,549
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group	5	0,593	10,263
7.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.	4	0,474	1,570
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	15	1,779	0,923
9.	TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group	22	2,610	1,851
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	2	0,237	0,123
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	25	2,966	2,390
12.	TU na Życie Europa S.A.	37	4,389	5,033
13.	Generali Życie TU S.A.	27	3,203	2,698
14.	HDI-Gerling Życie TU S.A.	13	1,542	1,039
15.	ING TU na Życie S.A.	16	1,898	5,101
16.	TU INTER – ŻYCIE Polska S.A.	8	0,949	0,011

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu I w % (stan na 30.09.2012 r.)*
17.	MACIF Życie TUW	-	-	0,027
18.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	9	1,068	3,664
19.	Open Life TU Życie S.A.	31	3,677	9,363
20.	TU na Życie Polisa – Życie S.A.	8	0,949	0,327
21.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	1	0,119	0,469
22.	PZU Życie S.A. - Ub. zawarte przed 1989r. (tzw. Stary portfel) - Ub. na życie zawarte po 1989r.	330 7 323	39,146 0,830 38,316	26,495
23.	TUW Rejent Life	-	-	0,034
24.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	12	1,423	0,096
25.	Skandia Życie TU S.A.	7	0,830	1,060
26.	TU SKOK Życie S.A.	6	0,712	0,268
27.	UNIQA TU na Życie S.A.	5	0,593	0,910
28.	TUnŻ WARTA S.A.	34	4,033	6,437
29.	Oddział zagranicznego ZU w Polsce	6	0,712	-
30.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	16	1,898	-

^a Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I.

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2012.

Wykres do nr 16

Liczba rozmów przeprowadzonych w 2012 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2012 r.)

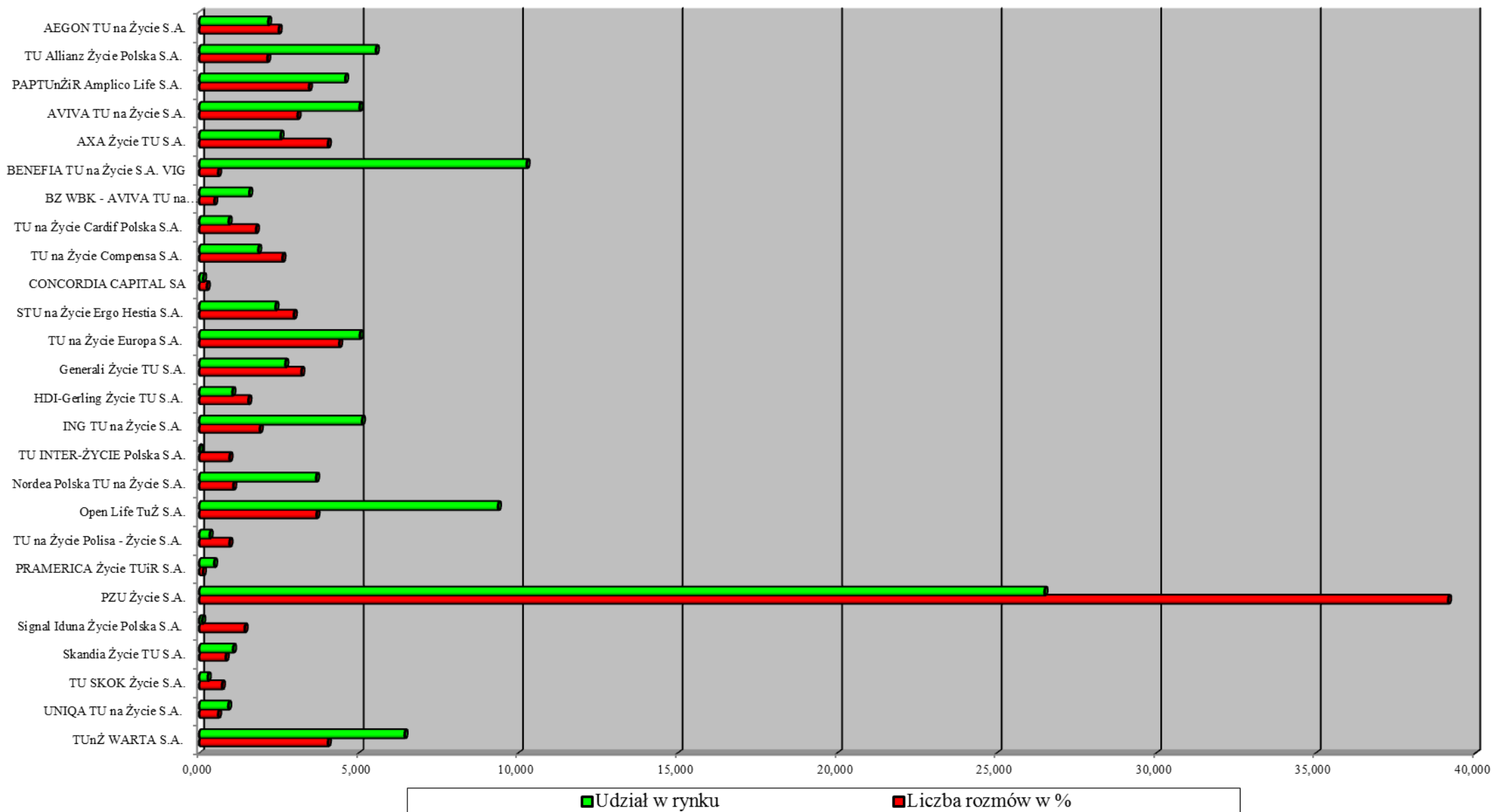


Tabela nr 28

Liczba rozmów przeprowadzonych w 2012 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2012 r.)

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu II	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2012 r.)*
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	633	6,440	6,798
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	185	1,882	1,423
3.	AXA TUiR S.A.	24	0,244	0,714
4.	BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group	124	1,262	1,022
5.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.	124	1,262	0,719
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	8	0,081	0,586
7.	TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group	319	3,245	4,149
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	13	0,132	0,068
9.	STU Ergo Hestia S.A.	556	5,657	10,314
10.	TU Euler Hermes S.A.	2	0,020	1,076
11.	TU Europa S.A.	19	0,193	1,272
12.	Generali TU S.A.	355	3,612	4,133
13.	Gothaer TU S.A. (w dniu 01.10.2012r. nastąpiła zmiana nazwy z PTU S.A.)	197	2,004	1,982
14.	HDI Asekuracja TU S.A.	442	4,497	4,105

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2012 r.)*
15.	TU INTER Polska S.A.	31	0,315	0,418
16.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group (w dniu 31.07.2012r. nastąpiło połączenie INTERRISK TU S.A. VIG z PZM TU S.A. VIG. Połączenie spółek nastąpiło poprzez przeniesienie całego majątku PZM TU S.A. VIG, jako spółki przejmowanej na INTERRISK TU S.A. VIG, jako spółkę przejmującą)	271	2,757	4,505
17.	KUKE S.A.	1	0,010	0,154
18.	Link 4 TU S.A.	352	3,581	1,262
19.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU S.A.	-	-	0,088
20.	MTU Moje TU S.A.	459	4,670	2,871
21.	TUiR Partner S.A.	1	0,010	0,008
22.	TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group)	51	0,519	-
23.	PZU S.A.	1 819	18,506	32,261
24.	Signal Iduna Polska TU S.A.	20	0,203	0,242
25.	UNIQA TU S.A.	365	3,714	4,356
26.	TUiR WARTA S.A.	859	8,739	9,338
27.	Concordia Polska TUW	37	0,376	1,056
28.	TUW Cuprum	1	0,010	0,177
29.	Pocztowe TUW	24	0,244	0,126

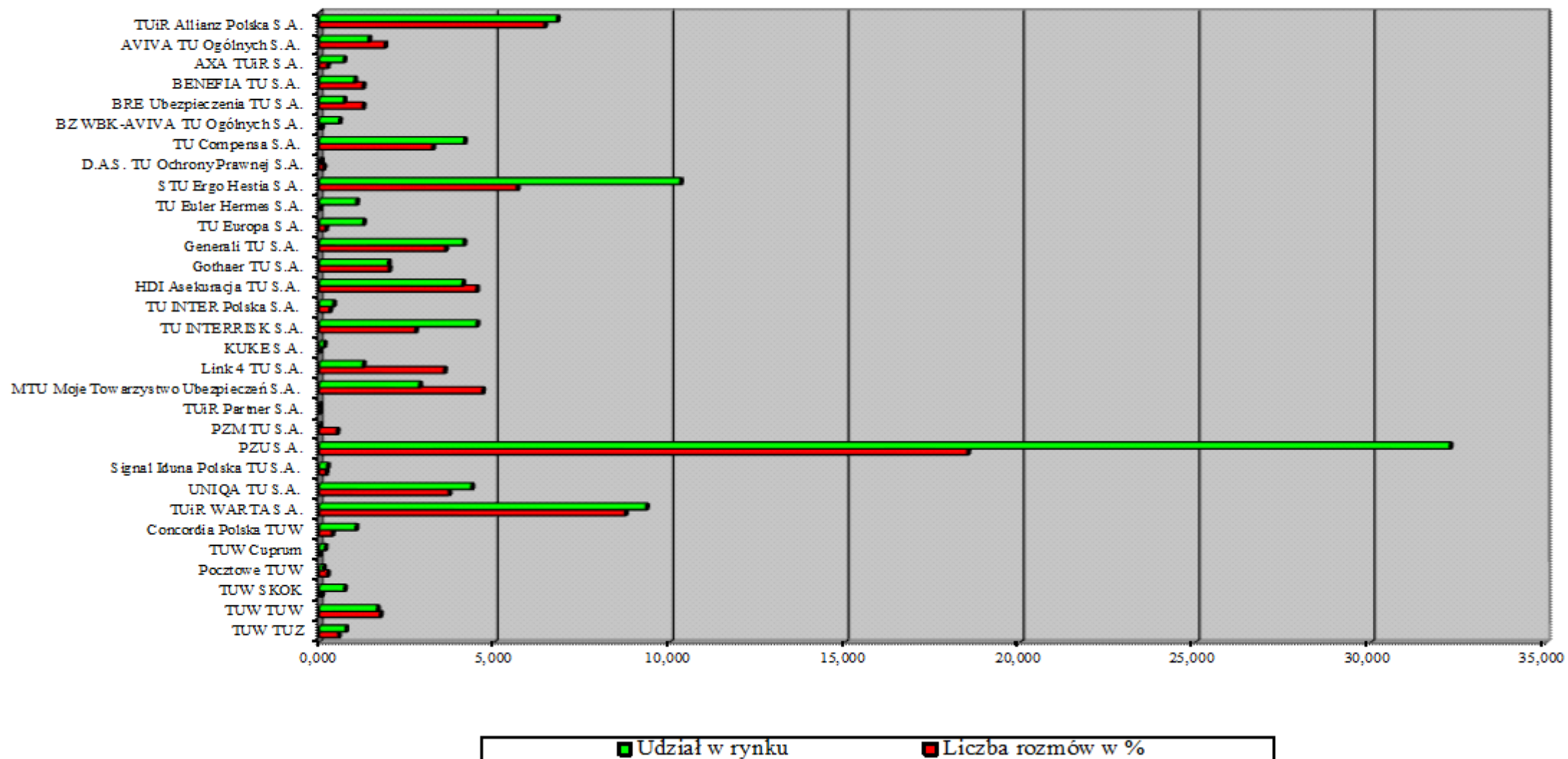
Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	Udział ZU w rynku działu II w % (stan na 30.09.2012 r.)*
30.	TUW SKOK	8	0,081	0,733
31.	TUW TUW	172	1,750	1,666
32.	TUW TUZ	55	0,560	0,769
33.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:	559	5,687	-
	- AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	375	3,815	
	- Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce	154	1,567	
	- AIG Europe Ltd. Sp. z o.o. Oddział w Polsce (poprzednia nazwa Chartis Europe Ltd. Sp. z o.o. Oddział w Polsce)	11	0,112	
	- Groupama S.A. Oddział w Polsce	9	0,091	
	- pozostałe	10	0,102	
34.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	99	1,007	-
35.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	19	0,193	-

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 3/2012.

Wykres nr 17

Liczba rozmów przeprowadzonych w 2012 r. w trakcie dyżurów telefonicznych w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.09.2012 r.)



3.2. Dyżury z zakresu zabezpieczenia emerytalnego

Od 2003 r. prowadzona jest ewidencja rozmów telefonicznych w zakresie zabezpieczenia emerytalnego. W okresie sprawozdawczym wykazano 101 rozmów telefonicznych (Tabela nr 29).

Tabela nr 29
Liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych
z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w latach 2003-2012

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	2012	101
11.	Ogółem	1028

Najwięcej rozmów dotyczyło nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotów działających w ramach tzw. II filaru systemu emerytalnego (Tabela nr 30). Porad w tym zakresie udzielono w 56 rozmowach, co stanowiło 55,5% rozmów ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Największą grupę stanowiły rozmowy dotyczące nieprawidłowości w wypłacie zgromadzonych środków po śmierci członka OFE. Udzielono też porad w zakresie podziału środków w razie rozwodu lub unieważnienia małżeństwa, transferu członków pomiędzy funduszami, nieprawidłowościach w czynnościach akwizycyjnych prowadzonych na rzecz OFE, czy nieprawidłowościach w prowadzeniu rejestru członków. Rozmówcy prosili również o interpretację przepisów z zakresu zabezpieczenia emerytalnego (Tabela nr 31).

Tabela nr 30
Zestawienie rozmów telefonicznych z zakresu
zabezpieczenia emerytalnego przeprowadzonych w 2012 r.
z podziałem na poszczególne podmioty

Lp.	Podmiot	Liczba skarg	%
2.	OFE	56	55,5
3.	IKE	17	16,8
4.	ZUS	17	16,8
5.	PPE	7	6,9
6.	Inne	4	4,0
6.	Ogółem	101	100

Druga grupa rozmów dotyczyła problemów związanych z wypłatami środków z IKE (17 rozmów – 16,8%). Rozmówcy pytali głównie o procedury likwidacji rachunku IKE i kwestie odliczania zobowiązania podatkowego wynikającego z rozwiązania umowy. Pojawiały się również pytania o limity wpłat na rachunek IKE, a także zapytania na co zwracać uwagę przy wyborze IKE.

Kolejna grupa rozmów dotyczyła nieprawidłowości w funkcjonowaniu ZUS (łącznie 17 skarg, co stanowiło 16,8% rozmów ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego - Tabela nr 30). W większości rozmówcy prosili o interpretację przepisów dotyczących ZUS w ramach systemu ubezpieczeń społecznych. Część rozmów dotyczyła problemu nieprzekazywania składek do OFE lub przekazywania składek w niepełnej wysokości, a także możliwości ich egzekucji.

7 rozmów dotyczyło możliwości wypłaty środków zgromadzonych w ramach PPE, a także procedur transferu tych środków do IKE.

Tabela nr 31
Przedmiot rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych
z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w 2012 r.

Lp.	Przedmiot rozmowy	Liczba rozmów	%
1.	Interpretacja przepisów	21	20,8
2.	Nieprawidłowości w wypłacie środków (śmierć członka OFE)	20	19,8
3.	Podział środków w razie rozvodu lub unieważnienia małżeństwa	17	16,8
4.	Inne	14	13,9
5.	Anulowanie umowy	9	8,9
6.	Zmiana Funduszu i dokonanie wypłaty transferowej	6	5,9
7.	Nieprzekazywanie składek do OFE	5	4,9
8.	Nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych	4	4,0
9.	Brak właściwości RU	4	4,0
10.	Nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru	1	0,9
11.	Ogółem	101	100

4. Listy napływające drogą elektroniczną (e-maile)

W 2012 r. RU kolejny rok (począwszy od 2004 r.) wypełniał swe funkcje informacyjno-edukacyjne poprzez udzielanie porad oraz informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej. Podkreślić należy, że w omawianym okresie po raz kolejny odnotowano wzrost zainteresowania konsumentów tą formą kontaktu z BRU. Wzorem poprzednich lat udzielenie odpowiedzi na pytanie internauty nie ograniczało się jedynie do wyjaśnienia wątpliwości 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 maili odpowiedzi, poza wyjaśnieniem udzielonym 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 internauta zgłasza problem o tak skomplikowanym stanie faktycznym i prawnym, że ekspert nie jest w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi. W takich przypadkach zgłaszający problem proszony jest o dostarczenie do BRU kompletu dokumentacji zawierającej dokładny opis problemu oraz wszelką dokumentację w sprawie. Sporadycznie zdarza się, że konsumenci wnoszą skargi za pośrednictwem poczty elektronicznej, przy czym jeżeli skarga nie jest opatrzona bezpiecznym podpisem elektronicznym zgłaszający problem proszony jest o dostarczenie skargi do BRU w formie pisemnej.

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 zakrojonej akcji informacyjnej mającej 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 składania oświadczenia woli o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia OC;
- innych zagadnień wynikających ze zmian w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, które weszły w życie 11 lutego 2012 r.;
- terminu likwidacji szkody;
- zakresu roszczeń odszkodowawczych;
- sposobu postępowania w przypadku likwidacji szkody przez ubezpieczyciela;
- tzw. szkody całkowitej, amortyzacji części itp.;
- uwzględnienia podatku VAT w wypłacanych odszkodowaniach.

Zwraca również uwagę fakt, że w okresie sprawozdawczym wzrósł poziom skomplikowania zagadnień prawnych będących przedmiotem zapytań.

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.

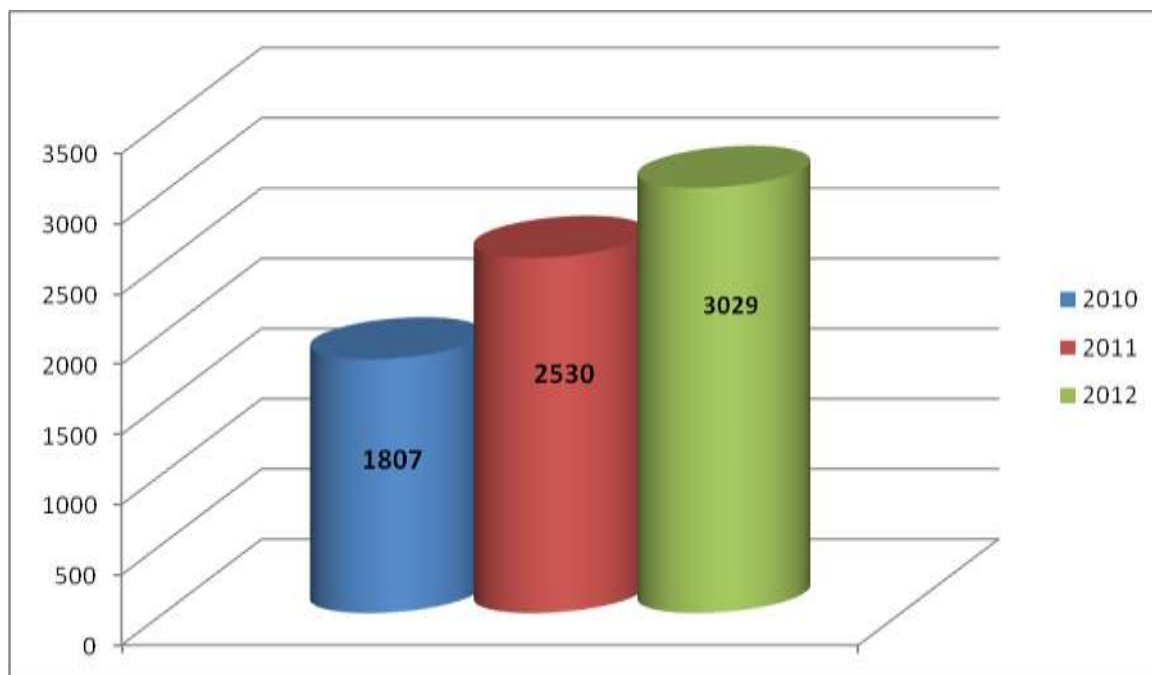
W sprawozdawczym okresie udzielono odpowiedzi na 3029 zapytań. Zdecydowana większość, bo aż 2173 pytań dotyczyło spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, 22 wystąpienia odnosiły się do zabezpieczenia emerytalnego oraz 560 nie zawierało wystarczających danych do udzielenia odpowiedzi, kierowanych było do wiadomości RU lub nie była kierowana w ogóle do RU. Statystykę zapytań mailowych z podziałem na przyjęty zakres ubezpieczeń wskazuje Tabela nr 32.

W okresie sprawozdawczym zanotowano 19,7% wzrost liczby zapytań (3029) w porównaniu z rokiem 2011 (2530.) Graficzne przedstawienie wciąż dynamicznie rosnącej liczby zapytań obrazuje Wykres nr 17.

Tabela nr 32
Tematyka problemów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
oraz zabezpieczenia emerytalnego
wpływających drogą elektroniczną do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r.

Lp.	Tematyka problemów	Liczba
1.	Ubezpieczenia komunikacyjne	1801
2.	Ubezpieczenia na życie	244
3.	Ubezpieczenie mienia	174
4.	OC (pozostałe)	158
5.	Ubezpieczenie NNW	40
6.	Ubezpieczenia turystyczne	30
7.	Zabezpieczenie emerytalne (informacje ogólne dot. OFE, interpretacja przepisów)	22
8.	Inne ubezpieczenie	11
8.	Brak danych umożliwiających udzielenie odpowiedzi	453
9	Brak właściwości RU	96
10.	Ogółem	3029

Wykres nr 17
Ilość zapytań kierowanych drogą elektroniczną
do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2010-2012



5. Przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla sprawy

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. W opinii RU dalece efektywniejsze, a przy tym organizacyjnie realne jest wykorzystanie dobrodziejstwa płynącego z dodanego 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 zredagowane 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. 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 rozstrzyganiu i uzasadnieniu przyjmowanego orzeczenia. Przedstawiony przez RU pogląd w sprawie w ramach toczącego się procesu może stanowić dla sądu liczący się materiał opiniotwórczy o charakterze pomocniczym. Nie jest on oczywiście wiążący, ale sąd powinien ustosunkować się do niego i dać temu wyraz w uzasadnieniu orzeczenia.

Należy wspomnieć, iż korzystając z tej możliwości RU zapewnia sobie również szerszy dostęp do orzecznictwa sądów powszechnych w zakresie ubezpieczeń gospodarczych – bowiem jest informowany o zapadających orzeczeniach w sprawach, w których przedstawiał

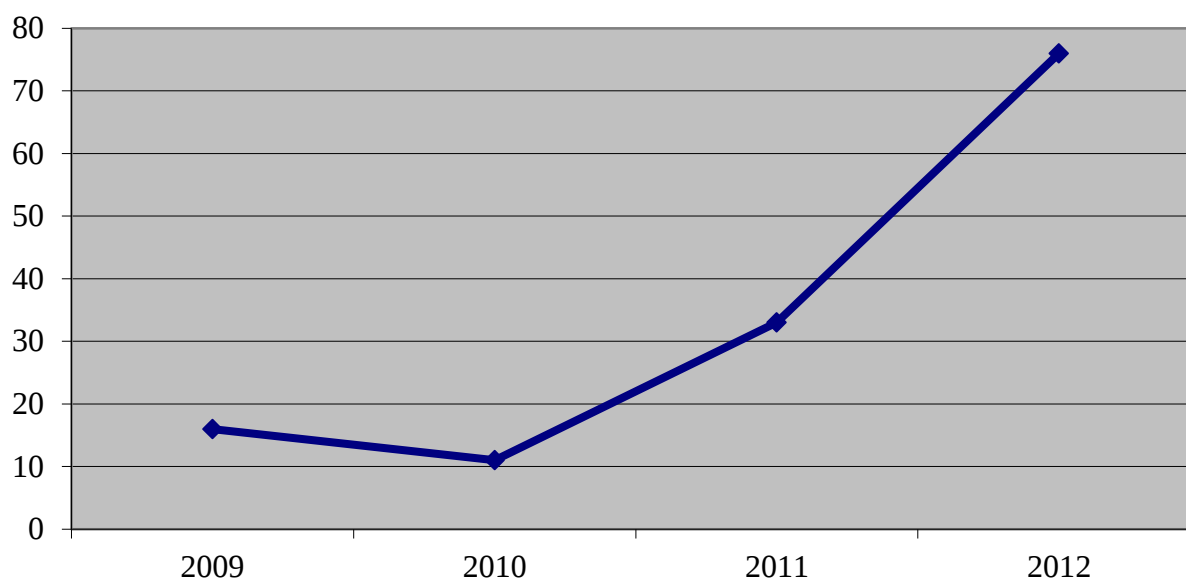
pogląd. Bez wątpienia stanowi to również dodatkowy element prowadzonej przez RU kwerendy orzecznictwa pod kątem występujących w nim rozbieżności, co z kolei służy formułowaniu przez RU wniosków do SN na podstawie art. 60 § 1 w związku z art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym.

Do BRU w 2012 r. wpłynęło 76 wniosków o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy na podstawie art. 63 k.p.c.

Tabela nr 33
Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego istotny pogląd dla sprawy

Lp.	Rok	Liczba wniosków
1.	2009	16
2.	2010	11
3.	2011	33
4.	2012	76
5.	Ogółem	136

Wykres nr 18
Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego istotny pogląd dla sprawy



W odniesieniu do 34 spraw wniosków wpłynął bezpośrednio od powodów, a w 26 przypadkach został przekazany za pośrednictwem pełnomocnika, w tym w części spraw ustanowionego na mocy cesji wierzytelności. W 16 sprawach o przedstawienie poglądu zwrócił się do RU bezpośrednio sąd rozpatrujący daną sprawę.

Otrzymane wnioski o przedstawienie sądowi poglądu w 63 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 14 przypadkach ubezpieczeń na życie. W 7 sprawach otrzymane wnioski dotyczyły umów ubezpieczeń na życie wypadkowych i chorobowych, 3 sprawy wynikały z zawartych umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, 2 wnioski odnosiły się do roszczeń wniesionych w związku z urodzeniem martwego dziecka, 2 sprawy dotyczyły roszczeń zgłoszonych w związku ze śmiercią osoby ubezpieczonej.

Otrzymane w 2012 r. wnioski o przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla sprawy z zakresu ubezpieczeń na życie dotyczyły m.in.:

- jednostronnego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz zaliczenia 100% wszystkich składek zgromadzonych przez konsumenta na poczet opłaty likwidacyjnej pobieranej przez ZU;
- odstąpienia od umowy ubezpieczenia na podstawie oświadczenia złożonego ubezpieczycielowi i zwrotu wpłaconych składek;
- odmowy wypłaty świadczenia za zgon osoby ubezpieczonej, z tytułu ciężkiego zachorowania oraz na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca umotywowanej przez ubezpieczyciela zatajeniem przez ubezpieczoną informacji dotyczących jej stanu zdrowia, które miały istotny wpływ zarówno na prawidłową ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, jak i prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
- odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego uzasadnionej przez ubezpieczyciela brakiem łącznego spełnienia wszystkich przesłanek definicji zawału serca, w szczególności braku wystąpienia patologicznego załamka Q lub nie stwierdzeniem zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych;
- odmowy wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia martwego dziecka;

- odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z uwagi na brak ochrony ubezpieczeniowej w związku z rozwiązaniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie na skutek powstania zaległości w opłacaniu składek ubezpieczeniowych;
- odmowy wypłaty świadczenia za śmierć osoby ubezpieczonej w przypadku, gdy śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa.

W pozostałych 62 sprawach otrzymane wnioski dotyczyły – pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych, tj.:

- obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 40 wniosków;
- ubezpieczenia AC – 11 wniosków;
- ubezpieczenia mieszkania/domu – 4 wnioski;
- ubezpieczenia OC z tytułu prowadzonej działalności – 3 wnioski;
- ubezpieczenia OC zarządcy drogi – 1 wniosek;
- obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego – 1 wniosek;
- ubezpieczenia AutoSzyba – 1 wniosek;
- grupowego ubezpieczenia dla kredytobiorców indywidualnych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – 1 wniosek.

W omawianym okresie sprawozdawczym otrzymane wnioski o przedstawienie sądowi oświadczenia RU zawierającego istotny pogląd dla sprawy dotyczyły najczęściej kwestii odnoszących się do:

- pomniejszania odszkodowania o wskazany przez ZU procent amortyzacji zniszczonych w wypadku części pojazdu;
- zwrotu kosztów opinii rzeczoznawcy powołanego przez poszkodowanego;
- odsetek za zwłokę w wypłacie odszkodowania;
- kwestionowania przez ZU możliwości wyboru przez poszkodowanego części stosowanych do naprawy pojazdu (części oryginalne a części alternatywne – zamienniki);
- obniżania przez ZU stawek za roboczo-godziny;
- nieuwzględniania podatku VAT w wypłacanych odszkodowaniach;
- żądania przez ZU przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu.

W odniesieniu do szkód na osobie otrzymane wnioski o przedstawienie istotnego poglądu dla sprawy dotyczyły najczęściej problematyki przedawnienia roszczenia, zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, renty i odszkodowania za utracone zarobki.

W otrzymanych w 2012 r. wnioskach o przedstawienie sądowi oświadczenia RU zawierającego istotny pogląd dla sprawy zawarte były zarzuty dotyczące:

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 43 wnioski;
- oddalenia w całości zgłoszonego roszczenia – 25 wniosków;
- roszczenia ubezpieczyciela o zapłatę lub dopłatę składki do umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 5 wniosków;
- braku podstaw uznania przez ZU zgłoszonego przez sprawcę wypadku roszczenia dotyczącego refundacji zasądzonego od niego w procesie karnym środka w postaci obowiązku naprawienia szkody lub też nawiązki – 1 wniosek;
- opłaty likwidacyjnej w wysokości 100% wpłaconych środków przy ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – 1 wniosek;
- odstąpienia od umowy ubezpieczenia na życie – 1 wniosek.

W odniesieniu do 50 wniosków, które wpłynęły do BRU w 2012 r. RU działając na podstawie art. 63 k.p.c. przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę istotny pogląd wyrażony w oświadczeniu.

W odniesieniu do 16 wniosków RU nie przedstawił oświadczenia zawierającego istotny pogląd dla sprawy. W części spraw z uwagi na fakt, iż pogląd RU mógłby okazać się dla powodów niekorzystny, odmówiono jego wyrażenia, przekazując jednocześnie stanowisko RU w danej sprawie. W niektórych sprawach wystąpiono o przesłanie dodatkowych dokumentów lub informacji, bez których RU nie może rozpatrzyć wniosku o przedstawienie istotnego poglądu dla sprawy. Również z uwagi na to, iż zgłoszony wniosek nie był ściśle związany z dyspozycją art. 63 k.p.c., bowiem nie był przedstawiany na potrzeby toczącego się postępowania sądowego RU odmówił jego przedstawienia. 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. Dodatkowo w omawianym okresie sprawozdawczym na wniosek jednego z pełnomocników RU przedstawił również zbiorcze stanowisko w sprawie wypłaty zaniżonych odszkodowań w związku z likwidacją szkód z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, odmawiając tym samym przedstawienia istotnego poglądu w 4 indywidualnych sprawach.

W odniesieniu do 5 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 2012 r. i obecnie są rozpatrywane przez ekspertów BRU.

Należy zaznaczyć, iż w 2012 r. nastąpiło znaczne zwiększenie liczby otrzymanych wniosków o przedstawienie sądowi oświadczenia RU zawierającego istotny pogląd dla sprawy (w 2011 r. RU otrzymał 33 wnioski). Wzrost otrzymanych wniosków o przedstawienie poglądu kształtuje się na poziomie 130,3% w stosunku do 2011 r.

W omawianym okresie sprawozdawczym RU przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę pogląd wyrażony w oświadczeniu w odniesieniu do 50 spraw, co stanowiło 65,7% otrzymanych wniosków, natomiast w 2011 r. w 18 sprawach, co stanowiło 54,5% otrzymanych wniosków. Wskazać należy, 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 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 14 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. – 6 wniosków;
- Generali Życie TU S.A. – 3 wnioski;
- AXA Życie TU S.A. – 1 wniosek;
- BENEFIA TU na Życie VIG – 1 wniosek;
- STU na Życie Ergo Hestia – 1 wniosek;
- TU na Życie Europa S.A. – 1 wniosek;
- Signal Iduna Życie TU S.A. – 1 wniosek.

W przypadku ZU działu II, RU otrzymał 62 wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy. Wnioski te dotyczyły postępowań sądowych prowadzonych przeciwko:

- PZU S.A. – 25 wniosków;
- TUiR WARTA S.A. – 7 wniosków;
- Generali TU S.A. – 5 wniosków;
- STU Ergo Hestia S.A. – 4 wnioski;
- TU Compensa S.A. VIG – 3 wnioski;
- Link 4 TU S.A. – 2 wnioski;
- HDI Asekuracja TU S.A. – 2 wnioski;
- MTU Moje TU S.A. – 2 wnioski;
- TUW TUW – 2 wnioski;
- AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce – 2 wnioski;
- TUiR Allianz Polska S.A. – 1 wniosek;
- AVIVA TU Ogólnych S.A. – 1 wniosek;
- TU Polski Związek Motorowy S.A. VIG – 1 wniosek;
- CACI Non-Life Limited – 1 wniosek.

W 2012 r. RU otrzymał 2 wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w związku z roszczeniami zaspokajanymi przez UFG. Jeden wniosek dotyczył przedstawienia oświadczenia RU w sprawie z powództwa wniesionego przez firmę windykacyjną. W jednej ze spraw RU przedstawił zbiorcze stanowisko w sprawie likwidacji szkód z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

W latach 2009-2012 RU otrzymał łącznie 136 wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy. Działając na podstawie art. 63 k.p.c. w odniesieniu do 91 spraw, co stanowiło 66,9% otrzymanych wniosków, przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę istotny pogląd wyrażony w oświadczeniu. Do końca 2012 r. RU otrzymał informację o 14 sprawach rozpatrzonych przez sąd pozytywnie, z uwzględnieniem oświadczenia RU zawierającego istotny dla sprawy pogląd. Jedna sprawa zakończyła się wyrokiem niekorzystnym dla powoda. W odniesieniu do pozostałych 76 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, sympojach, publikacje naukowe i popularnonaukowe autorstwa pracowników i współpracowników Urzędu RU, bieżącą współpracę ze środkami masowego przekazu, a także poradnictwo eksperckie oraz dalszą rozbudowę strony internetowej Urzędu RU: www.rzu.gov.pl.

1. Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych

W 2012 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 ubezpieczeniową.

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

Na wyszczególnienie zasługują trzy kontynuowane w okresie sprawozdawczym, a rozpoczęte 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 pytań i odpowiedzi uzyskać informację na najczęściej pojawiające się problemy na temat ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, turystycznych, NNW, życiowych, rolnych, małych i średnich przedsiębiorstw i zabezpieczenia emerytalnego (OFE, PPE, IKE). Treści, o których mowa powyżej, zostały w okresie sprawozdawczym dostosowywane do zmieniających się przepisów prawa.

Drugim projektem ułatwiającym poszkodowanym poszukującym pomocy na stronach internetowych RU jest baza wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń w ZU oraz przed sądem. Baza wzorów została umieszczona w zakładce „Serwis prawny”. Zawarte są

tam 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 zbioru wzorów pism wykorzystywanych w dochodzeniu roszczeń w ZU oraz przed sądem w najczęściej spotykanych w praktyce obrotu sporach.

Trzecim działem jest pozyskiwana w ramach współpracy RU z SN oraz sądami okręgowymi, apelacyjnymi oraz rejonowymi baza orzecznictwa z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Znajduje się ona również w zakładce „Serwis prawny”. Umożliwia 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 rozstrzygnięcie. Zbiór ten jest na bieżąco rozbudowywany i aktualizowany. Obecnie w bazie znajduje się ponad 1000 orzeczeń w znacznej części wraz z uzasadnieniami.

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 doskonałe wyobrażenie o układzie graficznym strony. Natomiast poruszanie się po stronie internetowej za pomocą „mówiącej” przeglądarki odbywa się standardowo poprzez skróty klawiszowe.

W ciągu roku odnotowano ponad 2942 tys. odsłon strony. Jest to ponad 23% więcej niż w roku ubiegłym, co wskazuje na stale rosnące znaczenie tego medium w realizowaniu funkcji edukacyjno-informacyjnej RU.

Tabela nr 34 prezentuje dane na temat odsłon strony RU w latach 2010-2012.

Tabela nr 34
Odsłony strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl)
w latach 2010 - 2012

Rok	Odsłony strony
2010	2 148 476
2011	2 381 621
2012	2 942 211

Ponadto, na początku okresu sprawozdawczego RU uruchomił swój profil na portalu społecznościowym Facebook. Tym kanałem dystrybucji informacji RU realizuje swoje ustawowe kompetencje w zakresie działalności edukacyjno-informacyjnej. Urząd prezentuje tam również bieżącą działalność, a także najnowsze informacje dotyczące rynku ubezpieczeniowego. W połowie 2012 r. RU rozpoczął na swoim profilu cykl publikacji odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania dotyczące problemów, które w działalności Urzędu się pojawiają.

2. Współpraca z mediami i publikacje

Urząd RU dużą wagę przywiązuje do współpracy ze środkami masowego przekazu. Szczególny nacisk położony jest na publikacje w prasie fachowej w nast. tytułach. („Gazeta Ubezpieczeniowa”, „Prawo Ubezpieczenia Reasekuracja”). W prasie finansowo-ekonomicznej i dziennikach ogólnopolskich („Gazeta Wyborcza”, „Rzeczpospolita”, „Dziennik Gazeta Prawna”, „Polityka”, „Gazeta Bankowa”, „Puls Biznesu”, „Dziennik Metro”, „Dziennik Super Nowości”, „Newsweek”, „Tygodnik Motor”, „Dziennik Wschodni”, „Dziennik Polski”, „Gazeta Pomorska”), na portalach ekonomiczno-finansowych („Wyborcza.biz”, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, „Onet.Biznes”, „Rzeczpospolita.pl”, „Ubezpieczeniaonline.pl”, „Bankier.pl”, „Bezpiecznapolska.pl”, „Gazeta Bankowa”, „Wieszjak.pl”, „Ubland.pl”, „Odzyskaj.info”, „Money.pl”, „Ipolisa.pl”, „Lexagit.pl”).

W ramach działalności informacyjno-edukacyjnej pracownicy BRU na bieżąco udzielają wywiadów dla prasy, radia („Program I Polskiego Radia”, „Radio Tok FM”, „Radio dla Ciebie”, „Program III PR”, „IAR”, „Radio PIN”, „Program IV PR”, „Radio ZET”, „Radio ESKA”), telewizji („TVP Biznes”, „TVN CNBC”, „TVN 24”, „TVN

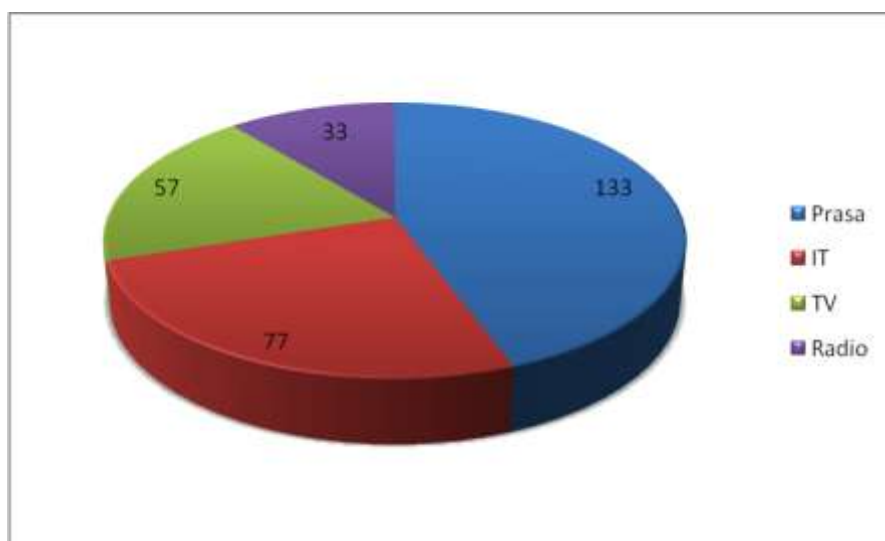
Turbo’’, „Panorama TVP-2’’, „TVP- info’’, „Superstacja’’, „Polsat’’, „TVP Opole’’, „TVP Polonia’’). Przygotowywane są także publikacje i opracowania prasowe dotyczące aktualnych problemów w zakresie prawa ubezpieczeniowego. Na szczególną uwagę w kontaktach z mediami zasługuje propagowanie podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej konsumentów, poprzez szerzenie wiedzy dotyczącej ubezpieczeń i zabezpieczenia społecznego.

Jak wskazano na Wykresie nr 19, liczba kontaktów RU z mediami kształtuje się na wysokim poziomie. Należy zwrócić uwagę na współpracę z prasą o zasięgu regionalnym, co przekłada się na podnoszenie świadomości i edukację ubezpieczeniową w środowiskach, do których trudniej jest dotrzeć z fachową wiedzą.

W „Monitorze Ubezpieczeniowym’’, który przekazywany jest również do dziennikarzy prezentowane są artykuły pracowników i współpracowników BRU, które są dla nich cennym źródłem informacji o aktualnym stanie rynku ubezpieczeniowego z zakresu wiedzy prawnoubezpieczeniowej. Dziennikarze korzystają również z informacji i opracowań, które znajdują się na stronie internetowej www.rzu.gov.pl, posługując się w swoich publikacjach na źródło ich pobrania. Kolejną formą współpracy z mediami jest udział ekspertów RU w dyżurach organizowanych przez stacje telewizyjne i rozgłośnie radiowe, pisma fachowe, a także udział w czatach na portalach internetowych.

Dzięki współpracy z mediami RU może przekazywać informacje o zasadniczym znaczeniu, dotyczące rynku ubezpieczeniowego, które docierają do szerokiego grona konsumentów, pełniąc rolę edukacyjno- informacyjną.

Wykres nr 19
Liczba kontaktów Rzecznika Ubezpieczonych z mediami w 2012 r.



3. „Monitor Ubezpieczeniowy”

MU (nr 48, 49, 50 oraz 51 – 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, zabezpieczenia emerytalnego oraz realiów funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego.

W 2012 r. wydano cztery kolejne jego numery, zawierające artykuły problemowe, materiały informacyjne, omówienia zmian w prawodawstwie, informacje odnośnie rynku ubezpieczeniowego i OFE na tle regulacji prawnych i uwarunkowań unijnych. Średnia objętość numeru wynosi 85 stron.

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. Obecnie 1522 osoby korzystają z tej formy pozyskiwania periodyku.

4. „Rozprawy Ubezpieczeniowe”

W omawianym okresie sprawozdawczym kontynuowane były prace związane z wydawaniem periodyku naukowego „Rozprawy Ubezpieczeniowe”. Od 2012 r. wydawcami zeszytu są: RU oraz FEU. Redaktorem naczelnym zeszytu jest dr Stanisław Rogowski. W skład rady naukowej, której przewodniczącym jest prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz, kierownik

Katedry Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, wchodzącybitni przedstawiciele doktryny ubezpieczeniowej.

Zgodnie z Komunikatem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 września 2012 r. w sprawie wykazu czasopism naukowych wraz z liczbą punktów przyznawanych za publikacje w tych czasopismach „Rozprawy” otrzymały 4 punkty za poziom naukowy zawartych w nich publikacji.

„Rozprawy” wydawane są w nakładzie 800 egzemplarzy. W okresie sprawozdawczym przygotowano i wydano dwa kolejne numery zeszytu - nr 12(1/2012) i nr 13(2/2012) (w załączeniu).

W 12 numerze „Rozpraw” zamieszczono szereg artykułów problemowych, opracowanie dotyczące najmu pojazdu zastępczego w świetle uchwały SN z dnia 17 listopada 2011 r., głosę aprobowującą do wyroku SN z dnia 19 października 2011 r., a także sprawozdania z istotnych dla branży wydarzeń oraz recenzje niektórych pozycji, zasługujących – zdaniem redakcji – na szczególną uwagę.

Natomiast w 13 numerze „Rozpraw”, poza szeregiem artykułów problemowych zamieszczono m.in. opracowanie dotyczące zwrotu kosztów ustanowienia pełnomocnika na etapie postępowania przesądowego w świetle uchwały SN z dnia 13 marca 2012 r., głosę do wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r. dotyczącego wysokości opłaty likwidacyjnej oraz głosę do wyroku SN z dnia 9 marca 2012 r. dotyczącego roszczenia o zadośćuczynienie z art. 446 § 4 k.c. za śmierć dziecka, które urodziło się martwe.

Warto podkreślić, iż po raz pierwszy w niniejszym numerze „Rozpraw” zamieszczono zapis debaty redakcyjnej poświęconej propozycjom rozwiązań w zakresie wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w OFE, która została zorganizowana przez redakcję „Rozpraw Ubezpieczeniowych” oraz RU w dniu 16 listopada 2012 r. Ideą przewodnią zorganizowania debaty była próba przedyskutowania w gronie autorów tegorocznych koncepcji mocnych i słabych stron każdego z rozwiązań, w tym zwłaszcza ich znaczenia dla przyszłych emerytów, podmiotów rynkowych oraz finansów publicznych. Do debaty zostali zaproszeni przedstawiciele MPiPS, Ministerstwa Finansów, KNF, ZUS, reprezentant OFE oraz przedstawiciel nauki.

Standardowo w numerze tym zamieszczone zostały również sprawozdania z istotnych dla branży wydarzeń, wykaz wybranych nowości w literaturze naukowej 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.

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

Konkurs na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i 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 drukuje na swoich łamach fragmenty nagrodzonych prac.

W jedenastu edycjach Konkursu zgłoszonych zostało w sumie 486 prac, z czego nagrodzono i wyróżniono ponad 177.

W czerwcu 2012 r. zakończyła się ogłoszona jeszcze w listopadzie 2011 r. XI edycja Konkursu. Patronat nad Konkursem objęli po raz kolejny Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Finansów. Prace konkursowe pochodziły z wielu ośrodków akademickich. Były to m.in.: Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytety Ekonomiczne: w Poznaniu, w Krakowie, w Katowicach; Akademia Świętokrzyska im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Akademia Finansów w Warszawie, Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie.

Spośród 41 prac zgłoszonych na XI edycję Konkursu nagrodzono pięć w kategorii prac doktorskich, cztery w kategorii prac magisterskich, cztery w kategorii prac licencjackich oraz jedną w kategorii prac podyplomowych. Dodatkowo RU, Przewodniczący Jury, Prezes FEU, ZBP, Concordia Ubezpieczenia, Stowarzyszenie dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego „Pro Motor”, a także dr Bożena M. Dołęgowska-Wysocka przyznali indywidualne wyróżnienia, za prace, które osiągnęły wysoki poziom punktacji i zawierały interesujące ujęcie ważnej problematyki.

W październiku 2012 r. ogłoszono rozpoczęcie kolejnej – XII edycji Konkursu. Patronat nad XII edycją również objęli Ministerstwo Finansów oraz Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Obrady Jury nad oceną napływających prac rozpoczną się w marcu 2013 r. Ogłoszenie wyników i uroczyste wręczenie nagród zaplanowano na czerwiec 2013 r.

6. Współpraca z organizacjami konsumenckimi oraz powiatowymi i miejskimi rzecznikami 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 materiały informacyjno-edukacyjnych jakie przygotowuje. 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 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; możliwość 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 w/w 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, następstw nieszczęśliwych wypadków, życiowych oraz zabezpieczenia emerytalnego (OFE, IKE, PPE).

Na koniec 2012 r. RU posiadał 55 podpisanych indywidualnych porozumień o współpracę, 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.

W okresie sprawozdawczym RU uczestniczył w trzeciej edycji Targów Wiedzy Konsumenckiej – Umowy konsumenckie – czy wiemy, co podpisujemy? – organizowanych przez Stowarzyszenie Konsumentów Polskich.

Przedstawiciele organizacji konsumenckich są również członkami Rady Ubezpieczonych.

7. Współpraca ze środowiskiem akademickim

W 2012 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 2012 r. praktyki odbywali studenci z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Podtrzymywana jest również współpraca z uczelniami, która przejawia się w prowadzeniu zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych 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 2012 r. RU objął po raz kolejny patronatem projekt warsztatów „Akademia Ubezpieczeniowa” organizowanych przez Koło Naukowe Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych na WPiA 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 2012 r. RU współpracował z następującymi uczelniami:

- Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Katedrą Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego WPiA);
- Uniwersytetem Wrocławskim (Wydziałem Prawa, Administracji i Ekonomii);
- Uniwersytetem Warszawskim (WPiA, Kliniką Prawa i Studenckim Ośrodkiem Pomocy Prawnej);
- Uniwersytetem Ekonomicznym we Wrocławiu;
- Szkołą Główną Handlową (Katedrą Ubezpieczenia Społecznego, Instytutem Gospodarki Światowej);
- Uniwersytetem Ekonomicznym w Poznaniu (Katedrą Ubezpieczeń);
- Akademią Finansów w Warszawie;
- Uniwersytetem Łódzkim (Katedrą Prawa Cywilnego WPiA oraz Instytutem Finansów, Bankowości i Ubezpieczeń Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego);
- Uniwersytetem Śląskim w Katowicach (Katedrą Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego WPiA);
- Politechniką Warszawską (Wydziałem Zarządzania);

- Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;
- Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (Zakładem Prawa i Finansów Wydziału Nauk Ekonomicznych);
- Akademią Leona Koźmińskiego w Warszawie.

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 BRU 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.

W ramach FIN-NET krajowe organy rozwiązujące spory podejmują współpracę w celu zapewnienia konsumentom łatwego dostępu do procedur pozasądowego rozwiązywania sporów transgranicznych. W ramach tej współpracy w 2012 r. podjęto szereg działań, w tym m.in.:

1. Dnia 17 marca 2012 r. w Brukseli odbyło się spotkanie członków organizacji FIN-NET, w którym wzięła udział przedstawicielka BRU. Ponadto przedstawiono dane statystyczne za 2011 r. dotyczące tzw. spraw transgranicznych rozpoznanych przez RU. W 2011 r. RU otrzymał łącznie 14 356 skarg, z których 178 spraw dotyczyło tzw. sporów transgranicznych (wszystkie skargi dotyczyły instytucji ubezpieczeniowych). Jedynie 6 spraw przekazano w tym czasie do rozpoznania w ramach sieci FIN-NET instytucjom zajmującym się pomocą konsumentom usług finansowych w innych Państwach Członkowskich. Za pośrednictwem FIN-NET RU otrzymał jedną sprawę.

2. W dniach 17-19 października 2012 r. w Budapeszcie odbyło się spotkanie członków organizacji FIN-NET. W spotkaniu udział wzięła przedstawicielka BRU.

Natomiast *International Network of Financial Services Ombudsman Schemes* (INFSOS) to organizacja działająca na terenie całego świata, a więc mająca zasięg większy niż europejska sieć FIN-NET. 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. W ramach tej współpracy, RU uzyskiwał porady i wskazówki dotyczące bieżących problemów z zakresu usług ubezpieczeniowych, w tym m.in. z zakresu *bancassurance*.

Ponadto w ramach współpracy z Komisją Europejską:

1. W marcu udzielono odpowiedzi na pytanie Komisji Europejskiej dot. koncentracji przedsiębiorstw – spr. COMP/M.6521 – Talanx International/MEIJI YASUDA LIFE INSURANCE/WARTA-Q2A.

2. W listopadzie 2012 r., na prośbę przedstawicielki Komisji Europejskiej, w związku z prowadzonymi konsultacjami społecznymi, RU przedstawił szczegółowe stanowisko na temat terminów przedawnienia roszczeń z tytułu wypadków transgranicznych.

Dodatkowo działania na polu współpracy międzynarodowej:

1. W marcu 2012 r. udzielono odpowiedzi na kwestionariusz *The European Communication Monitor* dotyczący etyki w wykonywanym zawodzie, potrzeby tworzenia kodeksów etyki oraz tego, jakie podmioty powinny takie kodeksy tworzyć, oraz przygotować zasady kształcenia pracowników.

2. W marcu 2012 r. w odpowiedzi na pismo Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 21 marca 2012 r. dotyczące działań podjętych przez Komitet ds. Praw Człowieka i Bioetyki Rady Europy (DH-BIO) zmierzających do opracowania kolejnego protokołu dodatkowego do Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie mającego regulować stosowanie prognozującej informacji medycznej, w szczególności wyników testów genetycznych, w działalności ubezpieczeniowej, RU przygotował kwestionariusz zawierający odpowiedzi na pytania dotyczące prognoz, testów genetycznych i umów ubezpieczenia.

3. W marcu 2012 r. RU przedstawił swoje stanowisko w ramach konsultacji społecznych prowadzonych przez Posła Różę Thun dotyczących powstania Europejskiej Platformy Rozstrzygania Sporów On-line (ODR).

4. W dniu 23 marca 2012 r. przedstawicielka BRU wzięła udział w spotkaniu zorganizowanym przez Europejskie Centrum Konsumenckie. Spotkanie poświęcone było debacie i wymianie opinii na temat nowych propozycji Komisji Europejskiej w zakresie alternatywnych metod rozwiązywania sporów (ADR).

5. W dniu 28 maja 2012 r. przedstawicielka BRU wzięła udział w konferencji, której współorganizatorem było Biuro Informacyjne Parlamentu Europejskiego w Polsce. Na konferencji zaprezentowany został raport analizujący wyniki konsultacji przeprowadzonych przez Posła Różę Thun dotyczących powstania Europejskiej Platformy Rozstrzygania Sporów On-line (ODR).

6. 15 czerwca 2012 r. przedstawicielka BRU wzięła udział w sympozjum zorganizowanym przez Przedstawicielstwo Komisji Europejskiej w Polsce dotyczące Wspólnego Europejskiego Prawa Sprzedaży

7. W lipcu 2012 r. RU przygotował szczegółowe opracowanie dotyczące problemów na rynku bancassurance w Polsce w ramach międzynarodowego badania prowadzonego przez OC&C, z Londynu.

8. W dniu 11 września 2012 r. RU zorganizował warsztaty szkoleniowe dla przedstawicieli chińskiej organizacji konsumenckiej. Warsztaty miały na celu przedstawienie przepisów prawa polskiego w zakresie ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych. W ramach warsztatów, przedstawiciel RU omówił praktyczne aspekty swojej działalności.

9. W dniu 7 listopada 2012 r. RU zorganizował warsztaty szkoleniowe dla przedstawicieli serbskiej organizacji konsumenckiej. Warsztaty miały na celu wzmocnienie współpracy pomiędzy instytucjami rządowymi oraz pozarządowymi z Serbii. W ramach warsztatów, przedstawiciel RU omówił praktyczne aspekty swojej działalności, a także przepisy prawa polskiego w zakresie ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych.

IX. Rada Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 25 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych, Rada Ubezpieczonych jest organem opiniodawczo-doradczym RU, którą powołuje, na wniosek RU, 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.

W dniu 11 lutego 2012 r. Minister Finansów powołał Radę Ubezpieczonych, która składa się z 15 członków. Uczestnictwo członków w pracach Rady ma charakter społeczny.

W 2012 r. odbyły się trzy posiedzenia Rady Ubezpieczonych. W spotkaniach, oprócz członków Rady, brali udział również zaproszeni goście, którzy w zależności od problematyki posiedzenia, prezentowali tematykę stanowiącą wprowadzenie do dyskusji.

Tematy kolejnych posiedzeń:

1. Prezentacja RU oraz składu Rady Ubezpieczonych w kadencji 2011-2015; przedstawienie Regulaminu Rady oraz planu pracy na rok 2012.; przyjęcie rocznego planu finansowego RU na rok 2013.
2. Omówienie projektu założeń do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w zakresie implementacji dyrektywy Solvency II.
3. Omówienie stanu zaawansowania prac w zakresie wypłat emerytur kapitałowych.

Na posiedzeniach Rady poruszane były także inne, bieżące problemy rynku ubezpieczeniowego uwzględniające problematykę ochrony osób ubezpieczających, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych,

uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych.

X. Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych

W 2012 r. nie wprowadzono żadnych zmian legislacyjnych dotyczących Sądu Polubownego przy RU, w konsekwencji stan prawny regulujący działalność Sądu Polubownego nie uległ zmianie. Nie uległ także zmianie regulamin Sądu Polubownego przy RU, w oparciu o który działa Sąd. 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 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 kodeksu postępowania cywilnego.

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

Działalność Sądu Polubownego przewiduje dwa tryby rozstrzygania sporów:

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

Zgodnie z regulaminem Sądu, prezesa sądu powołuje spośród arbitrów na okres 3 lat Zgromadzenie Ogólne Sądu Polubownego. Funkcję prezesa Sądu w chwili obecnej pełni dr Małgorzata Maliszewska.

Od początku działalności Sądu opłaty sądowe zostały ustalone na dostępnym dla konsumentów poziomie i do chwili obecnej nie były podwyższane. Tak jak w latach ubiegłych RU zapewnia organizacyjną płaszczyznę działania sądu (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.

Podobnie jak w 2011 r., w roku 2012 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.

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. 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. Istnieje również możliwość zgłaszania swych kandydatur przez osoby zainteresowane pełnieniem funkcji arbitra. W 2012 r. powyższe podmioty nie wysunęły żadnej kandydatury.

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.

W 2012 r. do Sądu Polubownego przy RU skierowanych zostało 22 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 2012 r.

Lp.	Podmiot pozwany	Liczba wniosków
1.	PZU S.A.	5
2.	TU na Życie Europa S.A.	3
3.	UNIQA TU S.A.	2
4.	TUW TUW	1
5.	STU Ergo Hestia S.A	1
6.	Gothaer TU S.A. (dawniej: PTU S.A.)	1
7.	HDI Asekuracja TU S.A.	1
8.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	1
9.	Signal Iduna Polska TU S.A.	1
10	TUiR WARTA S.A.	1
11	BENEFIA TU S.A. VIG	1
12	TU Compensa S.A. VIG	1
13	Inne (np. bank)	3
14.	Ogółem	22

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 2012 r.

Lp.	Sposób zakończenia postępowania	Liczba
1.	Wyrażenie zgody przez ZU	-
2.	Umorzenie postępowania ze względu na odmowę przystąpienia do postępowania	11
3.	Umorzenie postępowania ze względu na nieusunięcie braków formalnych, brak odpowiedzi ZU	6
4.	Sprawy w toku	5
5.	Ogółem	22

Odnotować należy, że w 2012 r., w wyniku wyrażenia zgody przez TUiR Warta S.A., na przystąpienie do postępowania, odbyła się rozprawa zakończona zawarciem ugody. Było to postępowanie przeprowadzone na podstawie wniosku skierowanego do Sądu w 2011 r., który w sprawozdaniu za 2011 r. został wykazany jako sprawa w toku.

Podobnie jak w latach ubiegłych, RU kontynuuje działania mające na celu popularyzację Sądu. Są to działania informacyjne mające na celu rozpowszechnienie wiedzy konsumentów o funkcji i możliwościach polubownego rozstrzygania sporów. Tak jak w latach ubiegłych, informacje takie dołączane są także do korespondencji prowadzonej w ramach postępowań skargowych prowadzonych przez RU. Na utworzonej przez RU w latach ubiegłych i udoskonalanej stronie internetowej Sądu Polubownego zamieszczone są zarówno podstawowe informacje o sądzie, wskazujące wymogi formalne wszczęcia postępowania, regulamin Sądu, listę arbitrów, taryfę za czynności Sądu, jak i wzór wniosku o wszczęcie postępowania. Strona ta zawiera przystępnie podane informacje o działalności Sądu, a także opracowania mające przybliżyć problematykę i korzyści wynikające z sądownictwa polubownego.

XI. Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej

Rok 2012 był czternastym rokiem działalności FEU, podmiotu, którego zasadniczym celem jest organizacyjne i merytoryczne wspieranie Urzędu RU, szczególnie w obszarze działalności edukacyjno-informacyjnej.

Działania Fundacji pozwoliły w 2012 r. na zrealizowanie kilku istotnych przedsięwzięć, pośród których na szczególną uwagę zasługują:

1. Organizacja we współpracy z RU konferencji naukowej poświęconej nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, Warszawa 28 lutego 2012 r. W konferencji w charakterze prelegentów udział wzięli zarówno przedstawiciele regulatora Ministerstwa Finansów oraz UKNF jak i instytucji rynku PIU, UFG, PBUK, BRU, a także uznanych ośrodków akademickich jak dr hab. Marcin Orlicki z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Konferencja zgromadziła niemal 200 uczestników zainteresowanych problematyką ubezpieczeń obowiązkowych;

2. Współpraca z RU w opracowaniu i wydaniu dwóch kolejnych (dwunastego i trzynastego) numerów zeszytu naukowego „Rozprawy Ubezpieczeniowe”. Omawiana 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 najszerzej 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, filarowe orzecznictwo SN 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 zeszytach naukowych „Rozprawy Ubezpieczeniowe” i „Monitorze Ubezpieczeniowym”. Ponadto przy współudziale ekspertów FEU udało się dokonać rozbudowy 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 dalszej rozbudowy i poszerzenia możliwości uzyskania informacji 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 XI 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 osób i ich promotorów 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 większość znaczących polskich uczelni wyższych (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 znacznego zwiększenia liczby jego odbiorców jest on również dystrybuowany nieodpłatnie 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 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, udzielali pomocy Kołu Naukowemu Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych Uniwersytetu Warszawskiego w organizacji konferencji „III Filar szansa na lepsze jutro”. Ponadto FEU wsparła, w tym ufundowała nagrody rzeczowe w ramach VIII finału Wielkopolskiej Olimpiady Wiedzy Konsumenckiej. Eksperti FEU uczestniczyli także w konferencji naukowej „Rynek Ubezpieczeń wobec zmian w otoczeniu gospodarczym, przyrodniczym i społecznym”, XV Kongresie brokerów pt. „Broker a ubezpieczyciel – 20 lat później. Zagrożenia i szanse”, konferencji Stowarzyszenia Rzeczników Konsumentów z okazji 50 lat Praw Konsumentów, oraz brali udział w debacie organizowanej przez redakcję miesięcznika „Radca Prawny” pt. „Kancelarie odszkodowawcze a radcowie prawni”.

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 ubezpieczeniami na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w szczególności problemów diagnozowanych na rynku *bancaassurance* (ubezpieczeń oferowanych za pośrednictwem banków) we współpracy z instytucjami i podmiotami rynkowymi.

Oczywiście intensywność i zakres tych działań są zdeterminowane rozmiarem pozostających w dyspozycji FEU środków finansowych, których pozyskanie w dobie nasilającego się kryzysu nie będzie 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 podejmował szereg czynności na rzecz konsumentów usług ubezpieczeniowych w granicach kompetencji przypisanych mu ustawą o Rzeczniku Ubezpieczonych. Działalność RU w omawianym okresie zasadniczo determinowana była problematyką wynikającą z bezpośrednich kontaktów z reprezentowanymi podmiotami tj. z pisemnych postępowań skargowych, zapytań kierowanych do Urzędu za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mailing), zapytań ogólnych oraz pytań konsumentów zgłaszanych w trakcie codziennych eksperckich dyżurów telefonicznych. Efektem tego było podejmowanie czynności o charakterze ogólnym oraz dalsza rozbudowa i aktualizacja treści na portalu internetowym Urzędu. Okres sprawozdawczy po raz kolejny ujawnił wzmożone zapotrzebowanie obywateli na informacje i porady z dziedziny ubezpieczeń. Pokazuje to przede wszystkim imponująca liczba wizyt (2 942 000 odwiedzin) na stronie internetowej RU: www.rzu.gov.pl, powszechne wykorzystywanie przez konsumentów materiałów informacyjno-edukacyjnych, w tym głównie porad przygotowywanych i udostępnianych za pośrednictwem witryny internetowej, wskazówek zamieszczanych w korespondencji skargowej prowadzonej na rzecz konsumentów (ponad 15 000), dyżurów telefonicznych (ponad 11 000 rozmów) oraz e-mailingu (ponad 3000 odpowiedzi). Występujące na taką skalę zjawisko świadczy jednoznacznie o potrzebie kontynuacji działań na płaszczyźnie edukacyjno-informacyjnej, na której, co warto podkreślić Urząd RU i działająca przy nim Fundacja jest jednym z liderów. Nasze obserwacje w tym zakresie wynikają z wyjątkowo dynamicznego wzrostu zainteresowania społeczeństwa elektronicznymi formami komunikacji, tj. z wykorzystaniem strony internetowej (wzrost o 23%) oraz poradnictwem w formie elektronicznej (wzrost o 20%) będącym najszybszą, a przy tym darmową formą pozyskiwania przez konsumentów wiedzy i pomocy prawno-ubezpieczeniowo-odszkodowawczej. Masowość korzystania, coraz powszechniejsza informatyzacja, szybkość dostępu i powszechność korzystania przez społeczeństwo z internetu inspirowała RU do dalszego usprawniania strony internetowej i jej aktualizację. Z tych względów w bieżącym roku planujemy dalszą rozbudowę serwisu prawnego, szczególnie zasobu wzorów pism procesowych i przedprocesowych oraz bazy orzecznictwa sądowego, zamieszczania „sezonowych” poradników, aktualizację i uzupełnianie odpowiedzi na pojawiające się ze strony konsumentów szczegółowe pytania. Przy okazji tych prac, a także z uwagi na obecnie potężną objętość serwisu, równolegle wprowadzane będą przyjazne internautom ścieżki dostępu do interesujących ich zagadnień

(przelinkowania, crossowania, usprawnienia techniczne w poszukiwaniu dostępnych w serwisie treści).

2. Najistotniejszą i najbardziej absorbującą zasoby BRU częścią działalności są w dalszym ciągu postępowania skargowe – od początku istnienia Urzędu przez siedemnaście lat do RU wpłynęło ponad 96 000 skarg konsumenckich. Postępowania skargowe ukazują stabilizującą się sytuację, gdzie w okresie sprawozdawczym do BRU wpłynęło 15 273 skarg czyli analizując dynamikę roczną – 6,4% więcej niż w roku poprzednim. Skargi i interwencje pisemne napływające do BRU, są znaczącym materiałem dowodowym opisującym praktykę obrotu. Stanowią również nieocenioną pomoc w procesie analizy występujących na rynku problemów, a tym samym pozwalają na podejmowanie szeregu działań o charakterze ogólnym, jak przykładowo: informowanie o dostrzeganych nieprawidłowościach organ nadzoru (KNF) czy UOKiK, opracowanie raportów obrazujących problemy konsumentów usług ubezpieczeniowych. Dodatkowo postępowania skargowe mają również ten walor, że nawet w sytuacji gdy konsument po interwencji RU otrzymuje ostatecznie niekorzystne dla niego stanowisko ZU jest w stanie ocenić swoje szanse w indywidualnej sprawie na ewentualnej drodze postępowania sądowego. Efektem postępowań skargowych jest również coraz częściej wykorzystywana dodatkowa forma pomocy RU na rzecz konsumentów poprzez przedstawianie w procesie cywilnym istotnego poglądu w sprawie będącego kontynuacją postępowania skargowego, niekorzystnie zakończonego dla skarżącego. Tym samym RU w następstwie postępowań skargowych świadczy skarżącemu również pomoc na etapie procesowego dochodzenia roszczeń oczywiście w sprawach, w których w ocenie RU istnieją szanse na uzyskanie korzystnego rozstrzygnięcia. Niestety prowadzone przez RU statystyki pokazują, iż w ostatnim okresie o niecałe 2% pogorszeniu uległ wskaźnik efektywności w postępowaniach skargowych (34,3% spraw załatwionych pozytywnie w tym 1,2 uznanych w drodze wyjątku). Z tych względów w nadchodzącym czasie RU zamierza skupiać się na poprawie efektywności postępowań skargowych, w tym kontynuować sygnalizowaną powyżej a jednocześnie dynamicznie rozwijającą się kompetencję umożliwiającą świadczenie pomocy w postępowaniu cywilnym poprzez przedstawianie sądowi istotnego poglądu w sprawie. Dotychczasowe doświadczenie wyraźnie pokazuje, że pogląd RU zdecydowanie wzmacnia pozycję osób, które decydują się na wejście w spór z ubezpieczycielem na drodze postępowania sądowego.

3. Kolejną istotną prerogatywą RU jest możliwość kierowania zapytań do SN mających na celu ujednolicenie linii orzecznictwa sądów powszechnych i podążającej za nią praktyki likwidacyjnej. RU wielokrotnie i z sukcesami korzystał z tej możliwości uzyskując korzystne dla reprezentowanych osób uchwały SN. Przykładem są tutaj głośne medialnie niedawne orzeczenia w sprawie najmu pojazdu zastępczego, zwrotu kosztów pełnomocnika na etapie sporu przedsądowego, amortyzacji i rodzaju części potrzebnych do naprawy uszkodzonego pojazdu. Istotnym zadaniem RU w nadchodzącym okresie jest następcza analiza praktycznego stosowania omawianych orzeczeń przez ZU, bowiem poprzednie doświadczenia wskazują na zbyt częste, wybiórcze i korzystne od strony finansowej implementowanie do procedur likwidacyjnych wytycznych płynących z orzecznictwa SN. Na diagnozowanie takich praktyk pozwalają analizy zachowań podmiotów rynkowych, które obserwujemy w prowadzonych przez BRU postępowaniach skargowych, sygnałach otrzymywanych w ramach e-mailingu, dyżurów telefonicznych, które pochodząc bezpośrednio od konsumentów precyzyjnie obrazują dotyczące ich bieżące problemy. W takich przypadkach rolą RU będzie piętnowanie takich praktyk, a także informowanie o dostrzeganych problemach KNF. Instytucja zapytania kierowanego do SN ma walor uniwersalny, bowiem rozwiązuje w szerokiej skali istniejący na kanwie orzecznictwa problem – uchwała wytycza jak powinno się stosować przepisy prawa zarówno na płaszczyźnie sądowej jak i likwidacyjnej w postępowaniach prowadzonych przez ZU. RU w sprawach ubezpieczeniowych i odszkodowawczych dokonuje na bieżąco kwerendy orzecznictwa sądów niższej instancji, poszukując ważnych dla praktyki, precedensowych czy utrwalających linię judykatury orzeczeń. Wyniki tej kwerendy, a także różne stosowanie wytycznych płynących z orzecznictwa, w postępowaniach ze strony ubezpieczycieli ujawniają potrzebę wyjaśnienia powstałych wątpliwości na drodze zapytania prawnego. W nadchodzącym okresie planujemy skierowanie zapytania w odniesieniu do terminu przedawnienia roszczeń względem UFG, a także analizujemy występowanie rozbieżności w orzecznictwie, w odniesieniu do wykonania przez ubezpieczających powinności prewencyjnych, w oderwaniu od związku przyczynowego i stopnia zawinienia oraz zgodność z porządkiem prawnym tzw. zasady proporcji czyli pomniejszenia odszkodowania w proporcji do niedoubezpieczonego mienia.

4. Diagnozowane znaczne zapotrzebowanie społeczeństwa na informacje prawno-ubezpieczeniowe, wpływa również na prowadzoną przez RU politykę medialną. Chcąc bowiem sprostać temu zapotrzebowaniu oraz biorąc również pod uwagę sytuację osób, które nie korzystają z internetu lub mają do niego ograniczony dostęp, staramy się realizować te

potrzeby poprzez coraz szersze współdziałanie z mediami zarówno ogólnopolskimi jak i lokalnymi, szczególnie z prasą, portalami internetowymi, radiem i telewizją. Realizując te zadania w ostatnich latach zdecydowanie zmodyfikowaliśmy prowadzoną przez BRU politykę informacyjną Urzędu wychodząc z własnej inicjatywy z szerokim przekazem informacyjnym i udostępnianiem opracowań poradniczych do mediów, które na szeroką skalę kolportują je następnie do społeczeństwa. Działania informacyjne na rzecz obywateli poszukujących pomocy wspomagają również prowadzone przez ekspertów porady telefoniczne, udzielane wskazówki w ramach odpowiedzi na zapytania e-mailowe, szereg stanowisk wobec zapytań o charakterze ogólnym jak też wykładnia prawna zamieszczana w korespondencji skargowej. Obecnie, doszliśmy do stanu, w którym relatywnie niewysokie środki finansowe pozostające w dyspozycji RU nie pozwalają nam dynamicznie dodatkowo rozszerzać tego typu działań w innych możliwych kierunkach, jak choćby uruchomienie dodatkowej linii poradnictwa telefonicznego, jak też kampanii medialnych, czy uruchomienie dodatkowych projektów edukacyjnych. Biorąc pod uwagę istniejące ograniczenia, skupiamy się więc na wykorzystaniu relatywnie niskonakładowych środków komunikacji z konsumentami, jakimi są przede wszystkim szerokie kontakty z mediami, rozbudowa i aktualizacja witryny internetowej, przekazywanie wskazówek w ramach postępowań skargowych, poradnictwo telefoniczne i e-mailing. Doświadczenia pokazują, że realizowane do tej pory formy komunikowania się ze społeczeństwem są sprawdzone i nie wymagają głębokich modyfikacji. Jedynym problemem jest brak możliwości intensyfikacji części z ww. działań, będący konsekwencją ograniczeń finansowych RU.

5. Istotne dla usuwania dostrzeganych nieprawidłowości ujawnianych w związku z analizą skarg i interwencji i innych sygnałów napływających do RU, jest szersze współdziałanie z innymi urzędami i instytucjami posiadającymi kompetencje do prowadzenia działań nadzorczych i ochronnych. W tym obszarze RU podejmując działania i czynności o charakterze ogólnym we współpracy najczęściej z regulatorem, KNF, UOKiK, RPO, dopasowuje je do relatywnie najsprawniejszego rozwiązania występujących na rynku problemów, mając na pierwszym planie szeroko pojętą ochronę konsumentów usług ubezpieczeniowych. Przykładem takich działań są np. trzy raporty przygotowane w 2012 r. przez RU, tj. „Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej – Raport Rzecznika Ubezpieczonych”; „Aneks do Raportu Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce” i „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”.

Te opracowania zawierające zbiorcze informacje na temat zdiagnozowanych przez RU nieprawidłowości jak i propozycje ich wyeliminowania z praktyki w relacjach między ZU a ich klientami, zostały co do zasady zaakceptowane zarówno przez Ministerstwo Finansów, KNF i UOKiK. Zawarte w nich wnioski stały się podstawą do toczącej się obecnie dyskusji o potrzebie wprowadzenia zmian w obowiązującym aktualnie prawie ubezpieczeniowym.

Analizując nasze doświadczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym dostrzegamy potrzebę szerszego niż w poprzednich latach, wspólnego działania z organem nadzoru w zakresie przeciwdziałania niepokojącym zjawiskom diagnozowanym w ramach aliansu bankowo-ubezpieczeniowego, szczególnie przy sprzedaży ubezpieczeń mających zabezpieczyć spłatę kredytu jak i ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym (poliso-lokat oraz ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym). Kontynuacji również wymaga dotychczasowa współpraca z Prezesem UOKiK, mająca głównie na celu dalsze eliminowanie z obrotu niedozwolonych postanowień umownych. Aktualnie w BRU prowadzone są abstrakcyjne analizy reprezentatywnej grupy wzorców umownych, szczególnie tych, które masowo występują w obrocie z konsumentami. Badaniu poddawane są przede wszystkim umowy ubezpieczenia na życie, ze szczególnym uwzględnieniem oceny zawartych w nich definicji chorób oraz umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pod kątem opłat likwidacyjnych, a także ubezpieczenia majątkowe (autocasco, ubezpieczenia domów i mieszkań). Ponadto działania na rzecz wyeliminowania z obrotu klauzul abuzywnych prowadzone są w ramach indywidualnych postępowań skargowych. W takich sprawach RU kieruje do ubezpieczycieli wnioski o usunięcie kwestionowanego postanowienia, a w sytuacji braku pozytywnej reakcji, RU kieruje zawiadomienia do Prezesa UOKiK. Proces ten ulegnie intensyfikacji w roku przyszłym. W działania na tym polu wpisuje się również planowany aneks do raportu RU – „Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej” zawierający uzupełnienie o te wpisy w Rejestrze klauzul niedozwolonych prowadzonych przez Prezesa UOKiK, które pojawiły się już po opublikowaniu macierzystego raportu RU.

6. Wyjątkowo istotnym czynnikiem poprawy sytuacji konsumentów usług ubezpieczeniowych jest również inicjowanie i aktywny udział RU w pracach legislacyjnych zarówno na etapie prac koncepcyjnych grup roboczych działających w ramach Rady Rozwoju Rynku Finansowego, jak i uzgodnień międzyresortowych prowadzonych zarówno w Ministerstwie Finansów, Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, a w ostatnim okresie również Ministerstwie Sprawiedliwości i Ministerstwie Rolnictwa. Aby najszerzej

zabezpieczać interesy reprezentowanych osób, RU szczególną wagę przywiązuje do prac legislacyjnych związanych z:

- dokończeniem reformy zabezpieczenia społecznego, w tym szczególnie dotyczących wypłat świadczeń (emerytur kapitałowych) i ustalenia podmiotów uprawnionych do dokonywania tych wypłat;
- zakończeniem prac nad nowelizacją ustawy o działalności ubezpieczeniowej w szczególności w obszarze ujawniania przez ZU danych związanych z jakością prowadzonych postępowań likwidacyjnych;
- proponowanymi zmianami prawnymi w odniesieniu do pośrednictwa ubezpieczeniowego związanymi z implementacją prawa unijnego, proponowaną deregulacją dotyczącą na rynku ubezpieczeniowym głównie pośredników ubezpieczeniowych oraz potrzebą ujęcia w ramy prawne stosunkowo nowego kanału dystrybucji ubezpieczeń jakim jest *bancassurance* (sprzedaż ubezpieczeń przez banki);
- wprowadzeniem do systemu prawnego ubezpieczeń klęskowych związanych z zagrożeniami ze strony sił przyrody w tym ubezpieczeń rolnych dotowanych przez Państwo;
- zmianami w przepisach k.c., w szczególności poświęconych statusowi poszkodowanego i konsumenta oraz problematyce umowy ubezpieczenia grupowego;
- uregulowaniem działalności podmiotów trudniących się uzyskiwaniem świadczeń od ZU tzw. kancelarii i doradców odszkodowawczych.

Oczekujemy również, że w pracach legislacyjnych zostaną uwzględnione wnioski wpływające ze zbiorczych opracowań przygotowanych przez RU, jak np. „Aneks do Raportu - Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce” oraz raport pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”.

7. Biorąc pod uwagę stale rosnącą wielość zadań i dynamikę dotychczas prowadzonych działań po stronie RU, dostrzegamy niewystarczający poziom finansowania naszej instytucji, który pozwoliłby na szerszą i sprawniejszą realizację ustawowych obowiązków. Rozszerzanie zakresu realizowanych działań ukazuje potrzebę zatrudnienia dodatkowych specjalistów, gdyż widoczne jest przeciążenie zadaniami RU i pracowników BRU. Nadal nie została załatwiona kwestia wprowadzenia obowiązku partycypacji w kosztach funkcjonowania RU, zagranicznych ZU działających na zasadzie swobody świadczenia usług, czy też zwiększenia wskaźnika odpisu od dotychczasowych płatników, w którym to zakresie kilkakrotnie występowano. Rozumiejąc istniejące trudności, pomimo tych problemów RU w granicach

możliwości finansowych, organizacyjnych i kadrowych będzie realizował zadania przypisane mu ustawą o Rzeczniku Ubezpieczonych. Przed RU jawi się niebawem również problem zmiany siedziby, z uwagi na kończące się postępowanie upadłościowe Universalu, a tym samym prawdopodobne wypowiedzenia umów najmu zajmowanego lokalu.

Rzecznik Ubezpieczonych

Aleksandra Wiktorow

Załączniki

Załącznik nr 1. „Monitory Ubezpieczeniowe” wydane w 2012 r.

- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 48
- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 49
- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 50
- „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 51

Załącznik nr 2. Zeszyty Naukowe „Rozprawy Ubezpieczeniowe” wydane w 2012 r.

- „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 12(1/2012)
- „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 13(2/2012)