



Dorota Maśniak

Uniwersytet Gdański

SPECYFIKA UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH W ŚWIETLE USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ I KODEKSU CYWILNEGO

Wstęp

Rynek ubezpieczeń grupowych stanowi ważny element rynku ubezpieczeniowego w istotny sposób wpływający na wynik finansowy ubezpieczycieli. Jego ekspansywny rozwój wiąże się ściśle z aspektami ekonomicznymi. Stanowią one aktualnie dwie trzecie rynku ubezpieczeń i generują przypis składki ubezpieczeniowej na poziomie 20 mld zł¹. Grupa podmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową prowadzi do dywersyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego odbijającej się korzystnie na wysokości składki ubezpieczeniowej. W ubezpieczeniach grupowych stosuje się uproszczone techniki oceny ryzyka odnoszące się do całej grupy oraz uproszczone techniki sprzedaży i administrowania².

Ze względu na to, iż ubezpieczenia grupowe są w przeważającej większości ubezpieczeniami osobowymi, których przedmiotem są dobra osobiste, takie jak życie czy zdrowie, to wpływają one na realizację funkcji społecznej, polegającej na zapewnieniu środków utrzymania w trudnych sytuacjach życiowych ludności.

Sukces finansowy tego segmentu rynku ubezpieczeniowego wiąże się również z rozwojem ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym i powiązaniem pomiędzy rynkiem ubezpieczeniowym i bankowym. Umowy ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym są bardzo często zawierane na rzecz wielu ubezpieczonych z wykorzystaniem bankowych kanałów dostępu do klientów.

Niestety, legislacja nie podąża za rozwojem tego rynku. Można odnieść wrażenie, że właśnie z uwagi na rozmach ubezpieczeń grupowych w praktyce i oczekiwania wobec prawa jako regulatora stojącego na straży interesów wszystkich

¹ Zob. <http://www.knf.gov.pl>.

² M.Fras, *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty prawne*, Warszawa 2015, s. 415.

uczestników stosunku ubezpieczenia trudno ustawodawcy zmierzyć się z tym zagadnieniem.

Przedmiotem artykułu jest odpowiedź na pytanie: na ile uchwalona dnia 11 września 2015 r. ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w powiązaniu z regulacjami kodeksu cywilnego zmieniała prawne podstawy nawiązywania i wykonywania stosunków ubezpieczeniowych na rynku ubezpieczeń grupowych, uwzględniając tym samym specyfikę takich ubezpieczeń.

1. Ubezpieczenie na cudzy rachunek – konstrukcja

W klasycznym rozumieniu ubezpieczający na podstawie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek finansuje składkę i zapewnia w ten sposób „za darmo” ochronę ubezpieczeniową ubezpieczonemu. Ochrona ubezpieczeniowa jest „dobrodziejstwem” udzielanym ubezpieczonemu przez ubezpieczającego³. Przewidziana w art. 808 k.c. instytucja umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek nie zmienia podmiotu obciążonego obowiązkiem zapłaty składki ubezpieczeniowej. Prawodawca przesądził, iż roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciw ubezpieczającemu. Nie jest skuteczne w stosunku do ubezpieczyciela postanowienie umowy, w myśl którego składkę miałby płacić ubezpieczony. Taki zapis interpretować można co najwyżej jako odwołanie do treści art. 392 k.c. (umowa o zwolnienie dłużnika z obowiązku świadczenia). Praktyka wymusza interpretację omawianej instytucji dopuszczającą finansowanie ochrony świadczonej na jego rzecz przez samego ubezpieczonego. Dostrzegalne jest dążenie do zrównania statusu prawnego ubezpieczonego ze statusem ubezpieczającego ze względu na finansowanie składki przez pierwszego z nich.

W polskim porządku prawnym nie ma definicji legalnej ubezpieczeń grupowych. Ustawodawca zasadniczo nie przewidział rozwiązań prawnych uwzględniających specyfikę tej formy świadczenia ochrony ubezpieczeniowej – prężnie rozwijającej się w praktyce. Doktryna i praktyka ubezpieczeniowa przyjmuje, iż są to ubezpieczenia na cudzy rachunek, w których ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz więcej niż jednego ubezpieczonego⁴. Odnosząc się do ubezpieczeń na cudzy rachunek, ustawodawca wskazał ubezpieczenia grupowe jako szczególny ich rodzaj (art. 17 ust. 2, 18, 19; 22 ust. 5 i 24 ust. 2 u.d.u.r.). Ujęte w art. 17–22 przepisy można uznać za próbę wycinkowej regulacji ubezpieczeń grupowych – oczekiwanej od wielu lat.

³ A.M. Kubiak, *Umowa ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej i na cudzy rachunek*, Bydgoszcz 2008, s. 51.

⁴ Zob. m.in. M. Olszewik, *Ubezpieczenia grupowe*, [w:] *Ubezpieczenia życiowe*, red. O. Doan, Warszawa 1996; E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 277 i n.

2. Zakaz pobierania wynagrodzenia przez ubezpieczającego w ubezpieczeniach na cudzy rachunek

Ubezpieczający działa w interesie ubezpieczonych klientów. W celu uniknięcia konfliktu interesów ubezpieczający nie powinien łączyć tej roli z rolą pośrednika ubezpieczeniowego i pobierać wynagrodzenia z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia. Konstrukcja, zgodnie z którą ubezpieczający z tytułu zawieranej przez siebie umowy pobiera prowizję od finansowanej przez ubezpieczonego składki, jest sprzeczna z treścią art. 805 § 1 i art. 808 § 2 k.c. Jeśli, jak wyżej była mowa, ubezpieczycielowi przysługuje przeciwko ubezpieczającemu roszczenie o zapłatę składki (art. 808 § 1 k.c.), to udzielana przez ubezpieczyciela ewentualna korzyść powinna mieć postać rabatu w składce, nie zaś prowizji od składki zapłaconej. Nie można być uprawnionym do prowizji od świadczenia, do którego zapłacenia jest się zobowiązany⁵.

Taką interpretację potwierdza przepis art. 18 ust. 1 u.d.z.u.r., zgodnie z którym w ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, ubezpieczający nie może otrzymywać wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Nie wyklucza to możliwości zobowiązania się przez ubezpieczonego wobec ubezpieczającego do finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej. Z powyższego wynika, iż zakazu nie wyłącza przeniesienie kosztu składki na ubezpieczonego.

Ustawodawca przewidział wyjątek od powyższego zakazu w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek pracowników, zrównanych z pracownikami osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia i innych umów cywilnoprawnych, ich członków rodzin, stowarzyszeń, samorządów zawodowych i związków zawodowych (art. 18 ust. 3 u.d.z.u.r. Został on wprowadzony z uwagi na rozwiniętą na dużą skalę praktykę zawierania grupowych ubezpieczeń pracowniczych i szkolnych (np. ubezpieczenie NNW studentów czy pracowników UG). Ów wyjątek stanowi pewien wyłom w dotychczasowym rozumieniu pozycji ubezpieczającego wobec ubezpieczyciela.

Problem wynagrodzenia ubezpieczających, zawierających umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, nabrał rozgłosu w związku z rozwojem współpracy pomiędzy bankami i ubezpieczycielami do niedawna powszechnie stosujących taką praktykę. Przed wejściem w życie powołanej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej KNF zauważyła⁶, że we wszystkich usługach ubezpieczeniowych, w których ubezpieczony finansuje kosztem własnego majątku składkę ubezpieczeniową, dochodzi do zrównania jego statusu prawnego z po-

⁵ Takiego zdania jest również organ nadzoru – zob. Pismo KNF z dnia 21 lutego 2012 r. do Prezesów zarządów banków sygn. DLU/606/33/1/2012 oraz Pismo KNF z dnia 26 września 2012 r. do Podmiotów objętych nadzorem KNF sygn. DOK/WPR/0733/17/1/12/PM.

⁶ Pismo KNF z dnia 26 września 2012 r. sygn. DOK/WPR/0733/17/1/12/PM oraz Rekomendacja U.

zycją ubezpieczającego. Otrzymywanie prowizji z tytułu pozyskania nowych ubezpieczonych stanowi działalność z zakresu pośrednictwa ubezpieczeniowego. Jest to działanie w interesie ubezpieczyciela, które ma na celu zwiększenie przypisu składki ubezpieczeniowej. Nie można być uprawnionym do prowizji od świadczenia, do którego spełnienia jest się zobowiązanym. W takiej sytuacji ubezpieczający, nie zarejestrowany jako pośrednik ubezpieczeniowy, powinien liczyć się z zawiadomieniem organów ścigania o sytuacji uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa określonego w art. 47 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym⁷. Wykonywanie działalności agencyjnej lub czynności agenta bez upoważnienia podlega karze grzywny, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat dwóch.

3. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

Generalnie umowy ubezpieczenia są zawierane na czas określony i jako takie powinny wiązać strony do czasu upływu terminu określonego w umowie⁸. W myśl zasady swobody umów dopuszcza się umowne dopuszczenie wcześniejszego wygaśnięcia umowy ubezpieczenia z woli stron. Ustawodawca ograniczył możliwość wypowiedzania umowy przez ubezpieczyciela, zastrzegając iż może wypowiedzieć umowę jedynie z ważnych powodów określonych w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia (art. 812 § 5 k.c.), a w przypadku ubezpieczenia na życie jedynie w przypadkach określonych ustawowo. Mniej rygorystycznie została uregulowana kwestia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, pozostawiona woli stron umowy. Mając jednakże na uwadze adhezyjny charakter umowy ubezpieczenia, trudno założyć, iż ubezpieczyciel, opracowujący treść ogólnych warunków ubezpieczenia, jest zainteresowany zrywaniem więzi przed upływem okresu ubezpieczenia przez inne podmioty (ubezpieczający, ubezpieczony) niż on sam, stąd trudno liczyć na ujęcie klauzul tej treści w ogólnych warunkach ubezpieczenia (dalej: owu).

Ustawodawca w szczególny sposób potraktował ubezpieczenia osobowe, do których zaliczamy ubezpieczenie na życie lub dożycie, czy też ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków. W myśl art. 830 k.c. ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu wypowiedzenia określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. Dostrzegając specyfikę ubezpieczeń osobowych wynikającą między innymi z długotrwałości okresów ochrony, uprawnił ubezpieczającego do zrywania więzi prawnej pomiędzy stronami. W myśl przepisów kodeksu cywilnego uprawnienie to przysługuje jedynie ubezpieczającemu. Ubezpieczony nie może doprowadzić do zakończenia okresu ubezpieczenia.

⁷ Dz. U. Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.

⁸ M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, [w:] *Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Panowicz-Lipska, Warszawa 2011 s. 885.

Szczególnego znaczenia nabiera ten przepis w przypadku finansowania składki przez ubezpieczonego. Z treści art. 830 § 2 k.c. wynika, iż co do zasady w razie opóźnienia w zapłacie składki lub jej raty ubezpieczyciel jest obowiązany wezwać do zapłaty w dodatkowym terminie określonym w owu. Brak reakcji na otrzymane wezwanie stanowi przesłankę wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Adresatem wezwania, jak również podmiotem uprawnionym do wypowiedzenia, jest ubezpieczający. Wynika z tego, że bez wiedzy ubezpieczonego może dojść do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia⁹. Z drugiej strony nie może on doprowadzić do zakończenia korzystania z ochrony ubezpieczeniowej poprzez zaprzestanie jej finansowania.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dalej: u.dz.u.r.) przewidziała w tym zakresie szczególne unormowania dotyczące rozwiązywania tzw. umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, które przez ustawodawcę zostały określone jako ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe (art. 26 ust. 1 w zw. z załącznikiem do u.dz.u.r.). Ustawodawca w odniesieniu do wymienionych rodzajów umów ubezpieczenia na życie przewidział szczególny sposób zerwania więzi między stronami umowy ubezpieczenia w postaci odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego po raz pierwszy rocznej informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, ponieważ wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania takiej umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu ubezpieczenia, bowiem z tytułu takiej umowy ubezpieczenia przysługuje wykup ubezpieczenia. Przekazanie takich informacji następuje nie wcześniej niż 10 miesięcy, a nie później niż 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (art. 26 ust. 8 u.dz.u.r.).

W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek takie informacje są dalej przekazywane przez ubezpieczającego ubezpieczonemu – niezwłocznie po ich przekazaniu przez ubezpieczyciela ubezpieczającemu (art. 26 ust. 6 pkt. 2 u.dz.u.r.) pisemnie lub, za zgodą ubezpieczonego, na innym trwałym nośniku informacji. W przypadku zawarcia wymienionych umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym na cudzy rachunek ubezpieczonemu przyznano prawo wystąpienia z umowy zawartej na jego rachunek w terminie 60 dni od powzięcia po raz pierwszy powyższych informacji. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej oznacza w takim przypadku rozwiązanie umowy przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, a nie samej umowy ubezpieczenia, której ubezpieczony nie jest stroną.

⁹ Szerzej na temat wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zob. B. Kucharski, *Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia na skutek oświadczenia woli jednej ze stron na podstawie przepisów kodeksu cywilnego*, „Prawo Asekuracyjne” 2013, nr 1, s. 84.

Nadmienić należy, że odstąpienie od umowy ubezpieczenia jest również możliwe w przypadku pozostałych umów ubezpieczenia na zasadach ogólnych. Uzasadnienia instytucji odstąpienia szukać należy w stworzeniu słabszej stronie stosunku prawnego możliwości wycofania się z przyjętych zobowiązań. Jest to forma obrony przed nabywaniem dóbr niezgodnych z potrzebami klienta. Prawo odstąpienia, przysługujące wszystkim konsumentom w stosunkach ubezpieczeniowych nawiązywanych na podstawie umowy ubezpieczenia, zostało rozszerzone na wszystkich ubezpieczających. Zgodnie z art. 812 § 4 k.c. jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia w terminie 30 dni, a w terminie gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy¹⁰.

Odstąpienie ubezpieczającego banku lub wystąpienie ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do u.dz.u.r., rodzi po stronie ubezpieczyciela obowiązek zwrotu wartości opłaconych składek lub jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – w zależności od rodzaju umowy ubezpieczenia (ubezpieczenie z UFK czy ubezpieczenie, w którym świadczenie ubezpieczyciela z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik). Ubezpieczycielowi przysługuje prawo pomniejszenia zwracanych kwot nie więcej niż o 4 %. Ustawodawca wyraźnie przewidział, że w sytuacji gdy ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający niezwłocznie zwraca ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez zakład ubezpieczeń (art. 26 ust. 3 i 4 u.dz.u.r.).

W odniesieniu do pozostałych rodzajów umów ubezpieczenia zawieranych przez banki, podmiotem uprawnionym do żądania od ubezpieczyciela zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej jest wyłącznie ubezpieczający, również w sytuacji zapłacenia składki przez ubezpieczonego. Zgodnie z art. 813 § 1 k.c., w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Poszukując prawnego instrumentu ochrony praw ubezpieczonego finansującego składkę, jego żądanie o zwrot składki kierowane do ubezpieczającego oprócz można na normach prawnych odnoszących się do instytucji bezpodstawnego wzbogacenia (art. 405 k.c.). Przyjąć należy, iż ubezpieczający jest bezpodstawnie wzbogacony, jeżeli koszt tej składki nie był przez niego ponoszony, ale przez ubezpieczonego klienta banku.

¹⁰ M. Serwach, *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 – Kodeks cywilny*, [w:] *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t 2, Warszawa 2010, s. 215.

4. Obowiązki informacyjne ubezpieczającego i ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego

4.1. Doręczenie warunków umowy

Z reguły umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie ofertowym. Na złożony przez ubezpieczającego wniosek ubezpieczeniowy (ofertę) ubezpieczyciel odpowiada, doręczając mu ogólne warunki ubezpieczenia (wzorce umowne wydawane na podstawie art. 384 k.c.) opracowane przez ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczeń (chyba że ogólne warunki ubezpieczenia są uregulowane ustawowo, jak np. w przypadku ubezpieczeń o.c. posiadaczy pojazdów mechanicznych). Adhezyjność sprowadza się do przystąpienia do umowy. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego poświęconymi umowie ubezpieczenia (tytuł XXVII) są nieważne, chyba że same te przepisy przewidują wyjątki (art. 807 § 1 k.c.). Zastosowanie zasady adhezyjności nie ma charakteru absolutnego. W przypadku gdy prawa i obowiązki stron umowy zostały określone w sposób odbiegający od treści ogólnych warunków ubezpieczenia, umowa indywidualna (wynegocjowane klauzule odbiegające od treści owu) ma priorytet przed wzorcem (art. 385 § 1 k.c.)¹¹. Do zawarcia umowy ubezpieczenia w drodze rokowań dochodzi zazwyczaj w przypadku umów ubezpieczenia dużych ryzyk.

Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, wiążą one ubezpieczającego, jeżeli zostały mu doręczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia (art. 384 § 1 k.c.). Wynika z tego obowiązek dania potencjalnemu ubezpieczającemu szansy na realne zapoznanie się z treścią owu. Ten ostatni nie musi z tej szansy skorzystać. Nedoręczenie tekstu owu skutkuje tym, że na ubezpieczającego nie są nałożone jakiegokolwiek powinności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia, a przewidziane w ich treści ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej nie mają zastosowania.

Coraz powszechniejsze staje się posługiwanie wzorcami umownymi w postaci elektronicznej. Ustawodawca dopuszcza taką możliwość (art. 384 § 4 k.c.). Nie zmieniając terminu doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia w takiej postaci, doprecyzowuje sposób doręczenia. W razie sporu, na ubezpieczycielu ciążyć będzie ciężar udowodnienia faktu udostępnienia treści wzorca w sposób umożliwiający przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana bez udziału konsumentów, dopuszcza się przyjęcie, iż ogólne warunki ubezpieczenia wiążą ubezpieczającego również wtedy, gdy mógł się z łatwością dowiedzieć o ich treści (art. 384 § 2 k.c.), przez co rozumieć można udostępnienie owu w lokalu ubezpieczyciela lub na jego stronie internetowej.

Odstąpienie od obowiązku doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia jest dopuszczalne wtedy, gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach dane-

¹¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 grudnia 2005 r., sygn. akt I ACa 670/05.

go rodzaju zwyczajowo przyjęte. Za taką sytuację uznać należy zawieranie umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia na podstawie tych samych ogólnych warunków ubezpieczenia. Fakt zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego mającego status konsumenta (np. pracownika lub studenta) nie wpływa na możliwość skorzystania z powyższej normy. Nie jest on stroną umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia nie jest zawierana z udziałem ubezpieczonego. Ubezpieczony może być stroną umowy zawartej z ubezpieczającym (nazywanej umową o przystąpienie do umowy ubezpieczenia), która nie spełnia znamion umowy ubezpieczenia.

Obowiązek informowania ubezpieczonych niebędących jednocześnie ubezpieczającymi w określonym zakresie został przewidziany w u.dz.u.r. W myśl art. 17 ust. 2, w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, za pośrednictwem ubezpieczającego zakład ubezpieczeń przekazuje osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje określające:

- 1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia;
- 2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia;
- 3) koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 4) wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.

Ustawodawca narzucił pisemną formę przekazania informacji, dopuszczając jednocześnie przekazanie ich na innym niż papier trwałym nośniku informacji za zgodą potencjalnego ubezpieczonego. Wskazane informacje stanowić powinny treść ogólnych warunków ubezpieczenia doręczanych ubezpieczającemu (art. 17 ust. 1 u.dz.u.r.). Jest to norma odnosząca się do wszystkich rodzajów umów ubezpieczenia. Choć powyższy przepis potwierdza brak obowiązku doręczania ogólnych warunków ubezpieczenia ubezpieczonemu przystępującemu do umowy ubezpieczenia grupowego, to stwierdzić należy, iż z pragmatycznego punktu widzenia doręczanie owu wydaje się prostsze i bezpieczniejsze dla ubezpieczyciela i ubezpieczającego niż formułowanie odrębnych informacji.

Na podkreślenie zasługuje norma wynikająca z art. 19 u.dz.u.r. wprost odnosząca się do ubezpieczeń na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczeń grupowych, w myśl której jeżeli jest konieczna zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, to w przypadku niedoręczenia ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może

powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami.

Powyżej wskazane obowiązki informacyjne nie derogują art. 808 § 4 k.c., zgodnie z którym ubezpieczony ma prawo żądać bezpośrednio od ubezpieczyciela udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w takim zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków ubezpieczonego.

4.2. Obowiązki informacyjne w ubezpieczeniach na życie o charakterze inwestycyjnym

Ustawodawca w sposób szczególny potraktował umowy ubezpieczenia zawierane z ubezpieczycielami działającym w I dziale ubezpieczeń zgodnie z sektorowym podziałem rynku ubezpieczeniowego w Unii Europejskiej¹². Przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługują z tytułu zawartej umowy (art. 20 ust. 6 w zw. z 2 u.dz.u.r). Nie rzadziej niż raz w roku ubezpieczający jest obowiązany poinformować ubezpieczonego o wysokościach świadczeń przysługujących mu z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu ubezpieczenia, jeżeli z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia przysługuje mu wykup ubezpieczenia. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, ubezpieczający informuje ubezpieczonego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Ponadto ubezpieczający informuje ubezpieczonego o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości. Informacje te są przekazywane niezwłocznie na piśmie ubezpieczającemu (art. 20 ust.6 w zw. z 3 i 4 u.dz.u.r), a jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku informacji. Do przekazania powyższych informacji ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia grupowego ponadto jest zobowiązany ubezpieczyciel – na żądanie ubezpieczonego (art. 20 ust. 7 u.d.u.r).

Ustawodawca nałożył na ubezpieczyciela i pośrednio ubezpieczającego zawierającego umowę na rachunek ubezpieczonego obowiązki przedkontraktowe w ramach procedury zawierania umów ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym. W dziale ubezpieczeń na życie ta grupa ubezpieczeń zajmuje szczególne miejsce. Zgodnie z klasyfikacją przyjętą z załącznika do u.dz.u.r. zalicza się do tej grupy dwa rodzaje ubezpieczeń:

¹² Prawo unijne podzieliło rynek ubezpieczeniowy na rynek ubezpieczeń na życie i nie na życie. Ów podział rynku w oparciu o kryterium ryzyk ubezpieczeniowych został przyjęty w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

- 1) ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- 2) ubezpieczenie, w którym wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe.

Inwestycyjny charakter tych ubezpieczeń w istotny sposób odróżnia je od pozostałych, które realizują funkcję kompensacyjną, i od lat budzi wiele kontrowersji w doktrynie¹³. Stąd dodatkowe obowiązki informacyjne na etapie przedkontraktowym.

W przypadku ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczający jest obowiązany przekazać osobom zainteresowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje dotyczące tej umowy obejmujące w szczególności:

- 1) cel i charakter umowy;
- 2) wykaz przysługujących świadczeń z umowy oraz wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach umowy;
- 3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- 4) określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 5) rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 6) informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje (art. 22 ust. 5 w zw. z ust. 2).

Powyższe informacje ubezpieczającemu są udzielane przez ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Powinny one być formułowane w sposób zrozumiały i niewprowadzający w błąd oraz przekazywane w sposób niebudzący wątpliwości na piśmie lub za zgodą osoby zainteresowanej na innym trwałym nośniku informacji (art. 22 ust. 5 w zw. z ust. 4).

W odniesieniu do drugiego typu ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym – w których wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy informacje o następujących danych:

- 1) aktywach, w które jest lub będzie inwestowana składka ubezpieczeniowa, oraz proporcji, w jakiej części składki inwestowane są lub będą w poszczególne aktywa;
- 2) indeksach lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń w sposób pozwalający na ich identyfikację;

¹³ Zob. np. A. Chłopecki, *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym a opłaty likwidacyjne (na tle regulacji o funduszach inwestycyjnych)*, numer specjalny „Wiadomości Ubezpieczeniowych” 2013, nr 1, pt. „Niedozwolone postanowienia umowne w umowach ubezpieczenia”, s. 91–100; M. Szczepańska, *Opłaty pobierane przez ubezpieczycieli w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. B. Gnela, Warszawa 2011, s. 110 i n. Raport Rzecznika Ubezpieczonych dot. Ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (7.12.2009).

- 3) zasadach ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasadach ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;
- 4) gwarantowanej wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, jeżeli warunki umowy ubezpieczenia przewidują gwarantowaną wysokość świadczeń;
- 5) terminach, w których są ustalane wartości indeksów lub inne wartości bazowe stosowane do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- 6) źródłach informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych stosowanych do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- 7) tytułach oraz wysokości opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- 8) sposobie rozliczania się stron umowy ubezpieczenia, w przypadku gdy:
 - a) ustalenie wartości świadczenia nie jest możliwe z powodu niemożliwości ustalenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wartości indeksu lub innej wartości bazowej albo
 - b) w ocenie zakładu ubezpieczeń w czasie trwania umowy ubezpieczenia istotnie została zmieniona metoda ustalania wartości indeksu lub innej wartości bazowej;
- 9) terminach i sposobie udostępniania informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń.

Otrzymane przez ubezpieczającego od ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia informacje powinny być przekazane na piśmie lub – za zgodą osoby zainteresowanej – na innym trwałym nośniku informacji.(art. 24 ust. 2 u.dz.u.r.) .

Tym samym ustawodawca w sposób wiążący narzucił obowiązek informacji przedkontraktowej w ubezpieczeniach o charakterze inwestycyjnym w sposób szczegółowy określając jej treść. Rolą ubezpieczającego jest przekazywanie tych informacji potencjalnym ubezpieczonym. Treść jest opracowywana przez ubezpieczyciela.

W odniesieniu do omawianych ubezpieczeń ustawodawca przewidział instytucję ankiety, która obejmuje informacje dotyczące potrzeb, wiedzy i doświadczenia ubezpieczonego w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej. Jej celem jest dokonanie przez ubezpieczyciela oceny, jaka umowa jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczonego. W przypadku ubezpieczeń na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczeń grupowych, taka ankieta powinna trafić do ubezpieczyciela przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego (art. 21 ust. 2 u.dz.u.r.). W tym samym terminie ubezpieczyciel przedstawia za pośrednictwem ubezpieczającego rekomendację wraz z uzasadnieniem w zakresie skorzystania przez ubezpieczonego z tej ochrony. Uzasadnienie obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczonego oraz

wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa zaspokaja te potrzeby (art. 21 ust. 5 u.dz.u.r.).

Z uwagi na odpowiednie stosowanie do ubezpieczeń na cudzy rachunek art. 21 ust. 4 przyjąć należy, że w razie gdy z analizy informacji udzielonych w ankiecie wynika, że potrzeby ubezpieczonego są nieadekwatne do jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej lub brak jest ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń jest zobligowany przekazać tę informację ubezpieczonemu za pośrednictwem ubezpieczającego z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta ubezpieczyciela uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego ubezpieczenia. W takim przypadku przystąpienie do umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko na podstawie pisemnego żądania ubezpieczonego. Powołane powyżej skutki ankiety nie mają zastosowania w przypadku odmowy wypełnienia ankiety przez ubezpieczonego (art. 21 ust. 6 u.dz.u.r.).

5. Dochodzenie roszczeń przez ubezpieczonego

W myśl art. 808 §3 k.c. uprawnionym do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela jest ubezpieczony. Tym samym ustawodawca stworzył podstawę prawną do dochodzenia roszczeń ubezpieczonemu, który nie jest stroną umowy ubezpieczenia (z ubezpieczycielem nie wiąże go stosunek prawny). Jednocześnie umożliwił stronom umowy ubezpieczenia dokonanie odmiennych ustaleń, o ile nie doszło do wypadku ubezpieczeniowego. Intencją ustawodawcy było umożliwienie inkasa świadczeń ubezpieczającemu z obowiązkiem przekazania ich ubezpieczonemu, a nie pozbawienie ubezpieczonego możliwości dochodzenia roszczeń. W praktyce jednak przewidziana ustawowo możliwość uzgodnienia pomiędzy ubezpieczycielem i ubezpieczającym bywa wykorzystywana na niekorzyść ubezpieczonego. Ubezpieczający bank uzgadnia z ubezpieczycielem, iż to ten pierwszy będzie uprawniony do żądania należnego świadczenia, wyłączając tym samym prawo ubezpieczonego do bezpośredniego dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela. Następnie z tego uprawnienia nie korzysta z uwagi na powiązania finansowe pomiędzy bankiem a ubezpieczycielem (powiązanie prowizji banku z poziomem szkodowości z danego ubezpieczenia).

Z uwagi na specyfikę zdarzenia ubezpieczeniowego, którym jest śmierć ubezpieczonego, ubezpieczenia na życie doczekały się szczególnej regulacji. Przy wykorzystaniu konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek w tego rodzaju ubezpieczeniach osobowych, ubezpieczający może pełnić również rolę uposażonego, czyli uprawnionego do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej w rozumieniu art. 831 § 1 k.c. Dochodzi do sytuacji, w której ubezpieczający jako uposażonego wskazuje samego siebie. Uwzględniając specyfikę ubezpieczeń na cudzy rachunek ustawodawca dodał art. 831 § 1¹ k.c.,

który wprowadza wymóg wspólnego wyznaczenia i odwoływania uposażonego (przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego). Jego celem jest uniknięcie sytuacji, w której ubezpieczony odwołuje uposażenie lub zmniejsza jego zakres. Jeśli ubezpieczający zostanie wyznaczony wspólnie: przez siebie samego i przez ubezpieczonego uposażonym, to tenże nie będzie mógł zmienić takiego stanu rzeczy bez zgody banku. Z drugiej strony ubezpieczający nie ma pełnej swobody w wyznaczeniu siebie jako uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (uposażonego). W praktyce do Rzecznika Ubezpieczeniowych kierowane były skargi spadkobierców ubezpieczonych klientów banku, którzy zarzucali brak zainteresowania po stronie banku dochodzeniem wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela¹⁴. Nie są oni objęci stosunkiem ubezpieczeniowym (nie są uposażonymi), a uprawniony bank zwleka z dochodzeniem roszczeń z uwagi na powiązania kapitałowe lub finansowe z ubezpieczycielem. Brak zainteresowania dochodzeniem roszczeń przeciwko ubezpieczycielowi spowodowany bywa też możliwością żądania spłaty zobowiązania bezpośrednio od spadkobierców zmarłego klienta banku.

Ubezpieczeni w ramach ubezpieczeń grupowych często nie mają świadomości, iż w myśl obowiązujących przepisów prawa, w przypadku ubezpieczeń na cudzy rachunek, a w szczególności ubezpieczeń grupowych, zawiadomić o wypadku ubezpieczeniowym może również ubezpieczony klient lub spadkobierca. Obecnie wynika to wprost z treści art. 29 ust. 2 u.d.z.u.r.

Zawiadomienie ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową (wypadku ubezpieczeniowego/zdarzenia ubezpieczeniowego) stanowi jednocześnie początek tzw. postępowania likwidacyjnego prowadzonego przez zakład ubezpieczeń. Celem tego postępowania jest ustalenie stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. W postępowaniu likwidacyjnym zarówno na ubezpieczyciela, jak i na osobie występującej z roszczeniem (ubezpieczonym lub uprawnionym do odszkodowania) ciążyą określone obowiązki – ustawowe, względnie również umowne. Ich realizacja prowadzić ma do stworzenia warunków pozwalających na zajęcie przez ubezpieczyciela stanowiska w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz spełnienie przez niego zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia – wypłaty świadczenia.

Jedną z pierwszych czynności, jakie zakład ubezpieczeń powinien podjąć po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową (ma na to bowiem 7 dni), jest poinformowanie osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania (art. 29 ust.1 u.d.z.u.r.). Zakres żądanych przez zakład ubezpieczeń

¹⁴ Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce, Raport Rzecznika Ubezpieczonych (13.12.2007).

dokumentów nie jest nieograniczony. Ubezpieczyciel, domagając się jakiegokolwiek dokumentu, powinien móc wykazać, iż jego żądanie jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Z powołanego powyżej przepisu ustawy można wyprowadzić wniosek, że skoro na zakładzie ubezpieczeń ciąży obowiązek przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, a roszczęcy ma ograniczone obowiązki dowodowe, ubezpieczyciel nie powinien żądać dokumentów, które może pozyskać samodzielnie (np. dokumentacji medycznej, notatki policji).

Podsumowanie

Ubezpieczenia grupowe oparte na konstrukcji ubezpieczeń na cudzy rachunek to przykład niedostosowania prawa do praktyki. Szczałkowa kodeksowa regulacja dotycząca ubezpieczenia na cudzy rachunek jako rodzaj umowy na rzecz osoby trzeciej i brak kompleksowej regulacji ubezpieczeń grupowych jest źródłem wielu niejasności i nadużyć ze strony ubezpieczycieli – silniejszej strony stosunków ubezpieczeniowych. Z powyższego powodu obowiązujące od pół roku przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wprost odnoszące się tego rodzaju ubezpieczeń, ocenić należy jako istotny krok we właściwym kierunku.

Trudno jednakże nie oprzeć się wrażeniu, iż jest to „wchodzenie tylnymi drzwiami”. Tak istotna ze względów praktycznych i teoretycznych problematyka dotycząca stosunku ubezpieczenia powinna znaleźć swoje miejsce wśród kodeksowych regulacji poświęconych umowie ubezpieczenia. Ujęte w ustawie poświęconej zagadnieniom organizacji i funkcjonowania zakładów ubezpieczycieli przepisy odnoszące się do ubezpieczeń grupowych, postrzeganych jako podstawowy rodzaj ubezpieczeń na cudzy rachunek, ocenić należy jako mało spójne i regulujące w sposób bardzo szczegółowy fragmentaryczną problematykę.

Dorota Maśniak

SPECIFICITY OF GROUP INSURANCE IN THE LIGHT OF THE ACT ON INSURANCE AND REINSURANCE ACTIVITIES AND THE CIVIL CODE

Group insurance contracts are common agreements concluded on the Polish insurance market. Their dynamic development does not go hand in hand with the legal regulation, which has been indicated by the doctrine for many years. The aim of the article is to answer the question how the Act on Insurance and Reinsurance Activities adopted on 11 September 2015 and the regulations of the Civil Code have changed the legal basis for the establishment and the execution of insurance relations on the group insurance market, taking into account the specificity of such insurance.