



URZĄD
OCHRONY
KONKURENCJI
I KONSUMENTÓW

RAPORT Z KONTROLI
WZORCÓW UMOWNYCH
STOSOWANYCH PRZEZ
ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ

WARSZAWA, WRZESIEŃ 2006



URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

Opracowanie:
Departament Polityki Konsumenckiej UOKiK



Spis treści

| | |
|--|-----------|
| SPIS TREŚCI | 3 |
| I. WSTĘP | 5 |
| 1. CEL BADANIA | 5 |
| 2. ZAKRES PODMIOTOWY BADANIA | 5 |
| 3. ZAKRES PRZEDMIOTOWY BADANIA | 7 |
| II. RODZAJE UMÓW ZAWIERANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ Z KONSUMENTAMI..... | 8 |
| 1. KLASYFIKACJA WEDŁUG KODEKSU CYWILNEGO | 8 |
| 2. KLASYFIKACJA WEDŁUG USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ..... | 8 |
| III. ANALIZA WZORCÓW UMÓW STOSOWANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ | 12 |
| 1. POBIERANIE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ W OKRESIE KARENCJI..... | 12 |
| 2. ZMIANA UMOWY | 13 |
| 3. STOSOWANIE POJĘĆ NIEOSTRYCH I SFORMUŁOWAŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH ZAKŁADOM UBEZPIECZEŃ SWOBODNĄ INTERPRETACJĘ..... | 14 |
| 4. POBIERANIE OPŁATY ZA WYPOWIEDZENIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY | 17 |
| 5. ROZWIĄZANIE UMOWY PO ZAJŚCIU SZKODY I WYPŁACIE PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ ODSZKODOWANIA | 19 |
| 6. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA RZECZY PRZED WYPADKIEM ORAZ POSTĘPOWANIA PO WYPADKU W UMOWACH UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWEGO | 20 |
| 7. PRZEKAZYWANIE OKREŚLONYCH INFORMACJI I DOKUMENTÓW ZAKŁADOM UBEZPIECZEŃ | 22 |
| 8. DORĘCZENIA DOKUMENTÓW PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ I KONSUMENTÓW..... | 25 |
| 9. POSTANOWIENIA SPRZECZNE Z ART. 805-834 KODEKSU CYWILNEGO | 26 |
| 10. KWESTIE WYSTAWIANIA PRZEZ KONSUMENTÓW UPOWAŻNIEŃ OSOBOM TRZECIM DO WYSTĘPOWANIA W ICH IMIENIU | 31 |
| 11. USTALENIE STANU FAKTYCZNEGO ZDARZENIA, ZASADNOŚCI ZGŁOSZONYCH ROSZCZEŃ I WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA..... | 32 |
| 12. INNE NARUSZENIA..... | 32 |
| IV. REZULTATY WYSTĄPIEŃ DO ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ. STANOWISKA UBEZPIECZYCIELI | 37 |
| V. WNIOSKI | 39 |



URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW



I. WSTĘP

Niniejszy raport został przygotowany w oparciu o wyniki analizy ogólnych warunków ubezpieczeń (OWU), stosowanych przez zakłady ubezpieczeń w umowach z konsumentami. Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) przeprowadziły badanie OWU pod kątem występowania w nich treści mogących stanowić niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 i 3 oraz art. 385³ kodeksu cywilnego, jak również zawierania treści, których wykorzystanie stanowić może praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu art. 23a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

1. Cel badania

Głównym celem przeprowadzonej analizy było wykrycie nieprawidłowości i wyeliminowanie z obrotu niekorzystnych dla konsumentów postanowień. Urząd przeprowadził stosowną analizę w oparciu o zgodność z obowiązującymi przepisami prawa, regulującymi badaną materię, m.in.:

- z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U . Nr 124, poz. 1151 ze zm.)
- z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U . Nr 16, poz. 93 ze zm.)
- z ustawą z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz.U . z 2005 r. Nr 244, poz. 2080).

Badanie wzorców umów ubezpieczenia miało również służyć zasygnalizowaniu pozycji słabszej strony umowy ubezpieczenia, jaką niewątpliwie w stosunkach z zakładami ubezpieczeń jest konsument.

2. Zakres podmiotowy badania

Przedmiotem analizy były wzorce umów stosowane przez 9 ubezpieczycieli, zawierających umowy ubezpieczenia na życie oraz 9 ubezpieczycieli, zawierających pozostałe umowy ubezpieczenia osobowego oraz majątkowego. Badaniem objęto produkty ubezpieczeniowe następujących ubezpieczycieli:



1. AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A .
2. TU ALLIANZ Życie Polska S.A .
3. TU na Życie CARDIF Polska S.A .
4. COMMERCIAL UNION Polska - TU na Życie S.A .
5. GENERALI ŻYCIE TU S.A .
6. TU na Życie ING NATIONALE-NEDERLANDEN Polska S.A .
7. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Życie S.A .
8. TUnŻ WARTA S.A .
9. Winterthur Życie TU S.A .

oraz

1. TU ALLIANZ Polska S.A .
2. TUiR CIGNA STU S.A .
3. TU COMPENSA S.A .
4. Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA
5. GENERALI TU S.A .
6. Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A .
7. Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A .
8. UNIQA TU S.A .
9. TUiR Warta S.A .



3. Zakres przedmiotowy badania

Przedmiotem analizy były ogólne warunki ubezpieczeń, stosowane przez zakłady ubezpieczeń w umowach z konsumentami. Zbadano wzorce stosowane przy umowach ubezpieczenia na życie, pozostałych ubezpieczeniach osobowych oraz ubezpieczeniach majątkowych. Nie analizowano umów ubezpieczeń komunikacyjnych (były badane w 2004 r.) oraz turystycznych (były badane w 2005 r.). W sumie Delegatury Urzędu zbadały prawie 200 wzorców umownych (razem z umowami powiązаныmi z główną umową ubezpieczenia tj. opcjami dodatkowymi, aneksami itp.).



II. RODZAJE UMÓW ZAWIERANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ Z KONSUMENTAMI

1. Klasyfikacja według Kodeksu cywilnego

Kodeks cywilny rozróżnia umowy ubezpieczenia osobowego i majątkowego. Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie:

1. przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;

2. przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć:

1. przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku;

2. przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Do **ubezpieczeń majątkowych** zalicza się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC), a także ubezpieczenie mienia. Ubezpieczenie OC chroni konsumentów w przypadku, gdy wyrządzą komuś szkodę i są zobowiązani do jej naprawienia. Ubezpieczenie mienia pozwala zabezpieczyć się na wypadek jego zniszczenia bądź utraty. Ubezpieczyć można na przykład mieszkanie czy urządzenie.

2. Klasyfikacja według ustawy o działalności ubezpieczeniowej

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej grupuje ubezpieczenia w dwóch działach: w pierwszym – wymienia rodzaje ubezpieczeń na życie, w drugim - pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe.

Ubezpieczenia na życie



1. ubezpieczenie na życie;
2. ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci;
3. ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
4. ubezpieczenia rentowe;
5. ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4.

Ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe

1. Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej:
 - 1) świadczenia jednorazowe;
 - 2) świadczenia powtarzające się;
 - 3) połączone świadczenia, o których mowa w pkt 1 i 2;
 - 4) przewóz osób.
2. Ubezpieczenia choroby:
 - 1) świadczenia jednorazowe;
 - 2) świadczenia powtarzające się;
 - 3) świadczenia kombinowane.
3. Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujące szkody w :
 - 1) pojazdach samochodowych;
 - 2) pojazdach lądowych bez własnego napędu.
4. Ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach szynowych.
5. Ubezpieczenia casco statków powietrznych, obejmujące szkody w statkach powietrznych.
6. Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej, obejmujące szkody w :



- 1) statkach żeglugi morskiej;
 - 2) statkach żeglugi śródlądowej.
7. Ubezpieczenia przedmiotów w transporcie, obejmujące szkody na transportowanych przedmiotach, niezależnie od każdorazowo stosowanych środków transportu.
8. Ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami, obejmujące szkody rzeczowe nieujęte w grupach 3-7, spowodowane przez:
- 1) ogień;
 - 2) eksplozję;
 - 3) burzę;
 - 4) inne żywioły;
 - 5) energię jądrową;
 - 6) obsunięcia ziemi lub tąpnięcia.
9. Ubezpieczenia pozostałych szkód rzeczowych (jeżeli nie zostały ujęte w grupie 3, 4, 5, 6 lub 7), wywołanych przez grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8.
10. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.
11. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.
12. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.
13. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10-12.
14. Ubezpieczenia kredytu, w tym:
- 1) ogólnej niewypłacalności;



2) kredytu eksportowego, spłaty rat, kredytu hipotecznego, kredytu rolniczego.

15. Gwarancja ubezpieczeniowa:

1) bezpośrednia;

2) pośrednia.

16. Ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych, w tym:

1) ryzyka utraty zatrudnienia;

2) niewystarczającego dochodu;

3) złych warunków atmosferycznych;

4) utraty zysków;

5) stałych wydatków ogólnych;

6) nieprzewidzianych wydatków handlowych;

7) utraty wartości rynkowej;

8) utraty stałego źródła dochodu;

9) pośrednich strat handlowych poza wyżej wymienionymi;

10) innych strat finansowych.

17. Ubezpieczenia ochrony prawnej.

18. Ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania.

Należy podkreślić, iż w ramach przeprowadzonej analizy UOKiK badał jedynie umowy zawierane z konsumentami (w rozumieniu art. 22¹ k.c.). Nie analizowano umów grupowych, ani umów zawieranych z przedsiębiorcami.



III. ANALIZA WZORCÓW UMÓW STOSOWANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ

Z analizy wynika, iż prawie wszystkie ogólne warunki ubezpieczeń zawierają nieprawidłowości. Szczególnie niepokoi skalę sprzeczności postanowień wzorców z przepisami bezwzględnie obowiązującymi. Ponadto, we wzorcach wykorzystuje się postanowienia, które mogą być uznane za klauzule abuzywne, kształtują bowiem prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy (niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.).

Oceniając OWU, nie można nie zwrócić również uwagi na ich nieczytelność i brak przejrzystości. Zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego *postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta* (art. 385 § 2 k.c.). Potwierdzenie tego stanowiska przynosi judykatura. Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z dnia 28 lutego 1996 r. stwierdził, że *ujemne skutki opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń polegające na możliwości ich interpretacji powinny obciążać ubezpieczyciela jako profesjonalistę i autora tych warunków* (sygn. I Acr 37/96, OSA 1996/9/43). Podobnie wypowiedział się w wyroku z dnia 19 marca 2002 r. Sąd Najwyższy (IV CKN 885/2000) przyznając ubezpieczonemu prawo do odszkodowania na podstawie korzystnej dla konsumenta interpretacji niejasnych postanowień umowy.

Niestety, nałożony przez ustawodawcę obowiązek formułowania wzorca umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały nie jest przez zakłady ubezpieczeń realizowany, co staje się przyczyną wielu nieporozumień w kontaktach ubezpieczony – zakład ubezpieczeń.

Poniżej przedstawiono kwestie, których ujęcie w OWU budzi zastrzeżenia UOKiK.

1. Pobieranie składki ubezpieczeniowej przez zakłady ubezpieczeń w okresie karencji

Zastrzeżenia budzi obowiązek opłacania składki ubezpieczeniowej w tzw. okresie karencji tj. w ciągu pierwszych kilku – kilkudziesięciu dni trwania umowy. W tym okresie zakład ubezpieczeń nie udziela bowiem ochrony ubezpieczeniowej.

Należy podkreślić, iż UOKiK nie kwestionuje stosowania przez zakłady ubezpieczeń okresów karencji. Umowa ubezpieczenia ze względu na swoją specyfikę może przewidywać, iż ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się w pewnym okresie po zawarciu umowy. Niemniej jednak, konsumenci nie powinni być w tym okresie zobowiązani do opłacania składki, gdyż nie otrzymują ekwiwalentnego świadczenia – ochrony ubezpieczeniowej. Ich świadczenie powinno



być odpowiednio pomniejszone stosownie do zastosowanego okresu karencji. Tymczasem, OWU traktują okresy karencji tak samo jak okresy pełnego ubezpieczenia.

Powyższe może naruszać art. 813 k.c., zgodnie z którym składka ubezpieczeniowa powinna być obliczona za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przepis ten nakazuje zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. W opinii UOKiK, mamy do czynienia z zachwianiem tej równowagi.

Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana zostaje równowaga kontraktujących stron jest uznanie, iż nałożenie na konsumentów obowiązku zapłaty za świadczenie, którego nie otrzymują może powodować ukształtowanie ich praw i obowiązków w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

Z uwagi na to, że ww. praktyka dotyczy wszystkich osób, zawierających umowy z zakładami ubezpieczeń należy uznać, iż narusza ona zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu art. 23a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów - *przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy.*

2. Zmiana umowy

Dużym problemem, z którym styka się UOKiK kontrolując różne wzorce umowne, jest stosowanie przez przedsiębiorców postanowień, przewidujących, iż zmiana określonych postanowień wzorca nie stanowi zmiany umowy. Oznacza to, że w przypadku dokonania takich zmian konsument jest pozbawiony prawa do odstąpienia od umowy. Również zakłady ubezpieczeń stosują podobne zabiegi.

Zgodnie z art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakłady ubezpieczeń mogą, o ile tak stanowi umowa, dokonać indeksacji składki ubezpieczeniowej oraz innych opłat zgodnie ze wskazanymi w umowie zasadami. Zakłady ubezpieczeń wychodzą jednak poza przyznane im uprawnienia. Część OWU stanowi, iż konsument nie może odmówić indeksacji/waloryzacji składki ubezpieczeniowej dokonanej przez zakład ubezpieczeń, gdyż taka zmiana nie jest uważana za zmianę umowy. W opinii UOKiK, indeksacja składki ubezpieczeniowej jest zmianą umowy, a zatem konsumentowi powinno przysługiwać przynajmniej prawo do zgłoszenia swojego sprzeciwu w postaci odstąpienia od umowy.

Powyższe może naruszać art. 384¹ k.c., który jasno stanowi, iż zmiana wzorca może zostać dokonana wyłącznie jeśli nowy wzorzec (w tym przypadku nowe stawki składek i innych opłat) został doręczony konsumentowi, a umowa nie została wypowiedziana w najbliższym terminie wypowiedzenia. Ponadto, może stanowić niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385³ pkt 20 k.c. zgodnie z którym niedozwolone jest zastrzeżenie przewidujące uprawnienie kontrahenta konsumenta do określenia lub podwyższenia ceny lub wynagrodzenia bez przyznania konsumentowi prawa odstąpienia od umowy.



Poniżej przedstawiamy kilka zakwestionowanych postanowień:

- *Waloryzacja opłat nie stanowi zmiany OWU;*
- *Zakład ubezpieczeń zastrzega sobie prawo zmiany wysokości minimalnych składek, kwot oraz opłat, o których mowa w umowie, w trakcie jej trwania, lecz nie więcej niż o większy ze wskaźników – wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej – ogłaszanych przez GUS za okres od poprzedniego ustalenia przez zakład ubezpieczeń wysokości opłat, co nie stanowi zmiany umowy;*
- *Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo odmowy indeksacji, jeżeli dokonywana ona jest zgodnie z zasadami określonymi w ust. 10-13.*

3. Stosowanie pojęć nieostrych i sformułowań umożliwiających zakładom ubezpieczeń swobodną interpretację

Zarzut stawiany przez UOKiK dotyczący stosowania przez zakłady ubezpieczeń w OWU pojęć nieostrych i sformułowań umożliwiających swobodną interpretację, jest elementem szerszego problemu jakim jest skomplikowany charakter i brak przejrzystości postanowień OWU. Chociaż zgodnie z art. 385 § 2 k.c. wszelkie niejasności tłumaczy się na korzyść konsumenta, to jednak w praktyce zakłady ubezpieczeń stosują interpretację niekorzystną dla konsumenta.

W odniesieniu do tej kwestii, można wyróżnić dwie grupy naruszeń:

A .

Zakłady ubezpieczeń niedostatecznie precyzyjnie definiują okoliczności wpływające na wypłatę bądź odmowę wypłaty odszkodowania. W szczególności, UOKiK stwierdził dużą liczbę zwrotów i pojęć nieostrych w częściach OWU dotyczących zakresu ubezpieczenia. Pozostawiają one zakładom ubezpieczeń zbyt dużą swobodę interpretacyjną, umożliwiając zakładom ubezpieczeń zastosowanie interpretacji niekorzystnej dla konsumenta i uchylenia się od wypłaty odszkodowania.

Zachwiana zostaje równowaga kontraktujących stron. Po stronie konsumenta istnieje stan niepewności co do swoich praw i obowiązków wynikających z umowy. Z drugiej strony zakłady ubezpieczeń mają możliwość decydowania w sposób arbitralny o wypłacie bądź odmowie wypłaty odszkodowania. W opinii UOKiK, taki stan rzeczy należy uznać za sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszający interesy konsumentów. Możemy mieć zatem do czynienia z naruszeniem art. 385¹ § 1 k.c. *postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki*



w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Należy zauważyć, iż konsumenci – jako słabsza strona obrotu – mają znikomą możliwość negocjowania treści zawieranej umowy ubezpieczenia. Postanowienia umowne są im narzucane przez zakłady ubezpieczeń. Należy zatem zwracać szczególną uwagę na każdy przejaw dyskryminacji słabszej strony umowy i traktować ją jako naruszenie dobrych obyczajów. Z kolei rażącym naruszeniem interesów konsumentów jest pozostawienie silniejszej stronie umowy możliwości swobodnej jej interpretacji prowadzącej do uchylenia się od spełnienia swojego świadczenia.

Powyższe może naruszać również art. 385³ pkt 9 k.c. zgodnie z którym niedozwolone jest zastrzeżenie przyznające kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.

Poniżej przedstawiono kilka kwestionowanych przez UOKiK postanowień. Pogrubioną czcionką zostały zaznaczone pojęcia nieostre.

- (...) nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana została którąkolwiek z przyczyn wyłączających lub ograniczających odpowiedzialność z tytułu Umowy Podstawowej lub nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku (...) udziału w zajęciach o ryzykownym charakterze, sportowych, lub rekreacyjnych, w szczególności wspinacze;
- Warunki lub Tabela limitów i opłat mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest (...) **istotna zmiana w sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce(...)**;
- W przypadku trwałego inwalidztwa częściowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą (...). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków (...) możliwych do skorygowania **postępowaniem terapeutycznym**;
- Jeżeli w ciągu 12 (dwunastu) miesięcy od dokonania poprzedniej indeksacji opłat Główny Urząd Statystyczny nie opublikuje któregośkolwiek ze wskaźników, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel może zastosować do indeksacji **opłat inny, ogólnie przyjęty i porównywalny wskaźnik**;
- (...) ubezpieczający obowiązany jest na żądanie zakładu ubezpieczeń udzielić pomocy w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody, dostarczyć informacje oraz **inne dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń**;
- Żadne roszczenie z tytułu **konstruktywnej straty całkowitej** nie podlega zaspokojeniu na podstawie niniejszej umowy, chyba że przedmiot objęty ubezpieczeniem został rozsądnie porzucony, bądź z racji tego, że jego **rzeczywista strata całkowita okazała się nieuniknioną, bądź to z powodu tego, że koszt odzyskania, rekondycji i wysyłki przedmiotu do miejsca**



przeznaczenia, do którego został ubezpieczony, przekroczyłby jego wartość po przybyciu tamże;

- (...) nie odpowiada za szkody wynikłe z powodu działania hałasu (...) lub innych podobnych czynników;
- Ubezpieczyciel jest obowiązany zwrócić (...) wydatki o charakterze poświęcenia (...);
- Przy obliczaniu odszkodowania jego wysokość może zostać skorygowana odpowiednio do trendów i uwarunkowań mających wpływ na przebieg działalności gospodarczej ubezpieczającego występujących na rynku w okresie odszkodowawczym.

B.

Zastrzeżenia UOKiK budzi również nieprecyzyjne wskazanie w postanowieniach dotyczących wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jakie zdarzenia nie wchodzą do zakresu ubezpieczenia. W ocenie Prezesa Urzędu, zakłady ubezpieczeń stosują zbyt ogólne sformułowania. Nie jest jasne czy zakład ubezpieczeń odmówi wypłaty odszkodowania w sytuacji kiedy miało miejsce zdarzenie wyłączające, które mogłoby wyłączyć odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ale w danej sytuacji nie miało ono żadnego wpływu na powstanie albo rozmiar szkody. Wydaje się, że w sytuacji kiedy szkoda i tak by powstała, zakład ubezpieczeń powinien wypłacić świadczenie. Byłoby to zgodne z naturą umowy ubezpieczenia. Niestety nie jest jasne jaką interpretację zastosuje zakład ubezpieczeń.

Po raz kolejny mamy do czynienia z zachwianiem równowagi kontraktujących stron. Po stronie konsumenta istnieje stan niepewności co do swoich praw i obowiązków wynikających z umowy. Z drugiej strony zakłady ubezpieczeń mają możliwość decydowania w sposób arbitralny o wypłacie bądź odmowie wypłaty odszkodowania. W opinii UOKiK, taki stan rzeczy należy uznać za sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszający interesy konsumentów. Powyższe może naruszać art. 385¹ k.c. Również i w tym przypadku należy zauważyć, iż konsumenci - jako słabsza strona obrotu - mają znikomą możliwość negocjowania treści zawieranej umowy ubezpieczenia. Postanowienia umowne są im narzucane przez zakłady ubezpieczeń, a zatem każdy przejaw dyskryminacji słabszej strony umowy należy traktować ją jako naruszenie dobrych obyczajów. Z kolei rażącym naruszeniem interesów konsumentów jest pozostawienie silniejszej stronie umowy możliwości swobodnej jej interpretacji pozwalającej na uchylenie się od spełnienia swojego świadczenia.

Powyższe może naruszać również dyspozycję art. 385³ pkt 9 k.c. zgodnie z którym za abuzywną uznaje się klauzulę, która przyznaje kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.



Jako przykład można wskazać m. in. postanowienia o treści:

- (...) *ponadto nie odpowiada za szkody powstałe (...) pośrednio lub bezpośrednio wskutek błędu lub niemożności użycia jakiegokolwiek sprzętu, programu lub systemu informatycznego w wyniku dowolnej zmiany daty lub czasu oraz za szkody spowodowane działaniem, zaniechaniem działania lub dowolną decyzją ubezpieczonego lub innej osoby w związku z taką zmianą daty lub czasu;*
- *Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci lub kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, śmierć lub kalectwo ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:*
 1. *w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezalecanym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,*
 2. *w jakimkolwiek związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,*
 3. *w jakimkolwiek związku z chorobą umysłową ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;*
- (...) *nie odpowiada za szkody (...) zaistniałe w sytuacji, gdy poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.*

4. Pobieranie opłaty za wypowiedzenie i odstąpienie od umowy

Zastrzeżenia UOKiK budzi uprawnienie zakładu ubezpieczeń do potrącenia pewnej części wpłaconej z góry składki (w ramach opłaty manipulacyjnej, odstępnego itp.), w każdym przypadku rezygnacji z umowy przez ubezpieczonego, bez względu na powody i przyczyny rezygnacji.

Zakłady ubezpieczeń często nie rozróżniają w OWU trybów rezygnacji z umowy (wypowiedzenie umowy lub odstąpienie od umowy przewidziane w art. 812 § 4 k.c. tj. w ciągu pierwszych 30 dni od podpisania umowy zawartej na okres powyżej 6 m-cy). W przypadku odstąpienia od umowy, zastrzeżenie odstępnego jest, w opinii UOKiK, całkowicie niedopuszczalne. Zakład ubezpieczeń może pobrać od konsumenta jedynie wynagrodzenie za udzieloną ochronę ubezpieczeniową.

Należy zauważyć, iż ww. prawo do odstąpienia od umowy ma chronić konsumentów przede wszystkim przed decyzjami podjętymi pochopnie. Daje możliwość zastanowienia się, czy dane ubezpieczenie jest rzeczywiście potrzebne. Tymczasem zastrzeżenie odstępnego utrudnia konsumentom skorzystanie z przysługującego im prawa. Możliwość odstąpienia od umowy staje się iluzoryczna, gdyż wiąże się z koniecznością poniesienia niemałych kosztów. Zaciera



się różnica między odstąpieniem od umowy, a jej wypowiedzeniem. W każdym z tych przypadków musimy liczyć się z utratą części wpłaconej składki. Wydaje się jednak, iż wprowadzając art. 812 § 4 k.c. zamiarem ustawodawcy było rozróżnienie tych dwóch sposobów rezygnacji z umowy.

Ponadto, prawo do potrącenia odstępnego przysługuje wyłącznie jednej stronie umowy – zakładowi ubezpieczeń. Jeśli to zakład ubezpieczeń rozwiąże umowę, konsumentom nie przysługują analogiczne uprawnienia. Pozostaje to w sprzeczności z zasadą równego traktowania stron. Mamy kolejny przykład dyskryminacji słabszej strony umowy, który należy traktować jako naruszenie dobrych obyczajów. Z kolei ograniczenie prawa konsumentów do odstąpienia od umowy polegające na nałożeniu obowiązku zapłaty odstępnego narusza w sposób rażący interes ekonomiczny konsumentów. Możemy mieć zatem do czynienia z naruszeniem art. 385¹ § 1 k.c.

W opinii UOKiK, powyższe może naruszać również art. 385³ pkt 16, 13 i 17 k.c. W pkt 16 tegoż artykułu wskazano, iż klauzule, które *nakładają wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z zawarcia lub wykonania umowy*, mogą zostać uznane za abuzywne. Jak to już zostało wspomniane wyżej odstępne w OWU zostaje zastrzeżone jedynie na rzecz zakładu ubezpieczeń. Punkt 13 zakazuje z kolei stosowania klauzul, które *przewidują utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiadają, rozwiązują lub odstępują od umowy*. Oznacza to, iż w przypadku odstąpienia od umowy konsumentowi powinna zostać zwrócona cała składka wpłacona z góry za okresy przypadające po rozwiązaniu umowy. W opisanym wyżej przypadku zakład ubezpieczeń nie zwraca całej składki, a zaledwie pewną jej część. W pełni uzasadnionym jest zatem stwierdzenie, iż może dojść do naruszenia tego przepisu. Ponadto, w większości OWU, potrącana opłata jest ustalona jako odpowiednia część zwracanej składki bez zaznaczenia limitu kwotowego (*nie większa niż*). W przypadku kiedy konsument zapłaci z góry za kilka okresów ubezpieczenia, a następnie odstąpi od umowy opłata ta może okazać się bardzo wysoka, co można zakwalifikować jako rażąco wygórowane odstępne. W takim przypadku możemy mieć do czynienia z klauzulą wskazaną w pkt 17 art. 385³ k.c. – w razie wątpliwości za niedozwolone postanowienie umowne należy uznać zastrzeżenie *nakładające na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego*.

Jako przykład można wskazać m. in. postanowienia o treści:

- *W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, pod warunkiem bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia oraz po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 15% zwracanej składki;*
- *Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki;*



- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy (...) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną (...).

5. Rozwiązanie umowy po zajściu szkody i wypłacie przez zakład ubezpieczeń odszkodowania

Wiele OWU (w szczególności OWU ubezpieczeń majątkowych) przewiduje, iż po zajściu przewidzianego w umowie wypadku zakład ubezpieczeń może wypowiedzieć umowę, zarówno w sytuacji gdy wypłaca odszkodowanie, jak i odmawia jego wypłaty. W przypadku wypowiedzenia umowy, ubezpieczyciele przewidują obowiązek zapłaty składki za cały okres ubezpieczenia.

Postanowienia o przysługującym ubezpieczycielowi prawie wypowiedzenia umowy po zajściu wypadku ubezpieczeniowego uznać należy za *nieznajdujące żadnego uzasadnienia, głęboko niesprawiedliwe, a nawet sprzeczne z zasadami rzetelnego obrotu* (prof. dr hab. A. Wąsiewicz¹). W szczególności może być to niezgodne z dobrymi obyczajami, gdy zakład ubezpieczeń dokonuje wypowiedzenia umowy po zajściu zdarzenia skutującego wypłatą odszkodowania częściowego równego niewielkiej części sumy ubezpieczenia (lub odmowie jego wypłaty!). Należy nadmienić, iż po wypowiedzeniu umowy, ubezpieczający zwykle pozbawiony jest prawa żądania zwrotu składki za okres, gdy nie była świadczona ochrona ubezpieczeniowa. W takiej sytuacji ubezpieczający musi zawrzeć nową umowę i po raz drugi zapłacić za ten sam czas ochrony ubezpieczeniowej.

Powyższe postanowienia naruszają art. 813 § 1 k.c., który wprowadził czytelną zasadę przyporządkowania składki czasowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Oznacza to, iż zakład ubezpieczeń może pobrać składkę jedynie za okres w jakim udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Regulacja ta może stanowić również klauzulę abuzywną wskazaną w art. 385³ pkt 22 k.c. gdyż *przewiduje obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta*. Należy zaznaczyć, iż zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez pewien czas. Obowiązany jest on do spełnienia świadczenia w razie zajścia zdarzenia losowego, które może nastąpić zarówno pierwszego jak i ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

¹ A. Wąsiewicz, *Kilka uwag na tle funkcjonowania ogólnych warunków ubezpieczeń*, Prawo Asekuracyjne 1998



Jako przykład kwestionowanych przez UOKiK postanowień można wskazać m. in.:

- *Zwrot składki nie przysługuje w przypadku gdy zakład ubezpieczeń wypłacił ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązany do wypłaty odszkodowania;*
- *1. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze wypowiedzenia: 1) przez każdą ze stron w ciągu miesiąca od daty wypłaty odszkodowania lub daty doręczenia Ubezpieczającemu odmowy wypłaty odszkodowania, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, 2) przez [zakład ubezpieczeń] ze skutkiem natychmiastowym, w razie stwierdzenia rażących zaniedbań w zabezpieczeniu przedmiotu ubezpieczenia; 2. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, jeżeli w okresie ubezpieczenia nie nastąpiła wypłata odszkodowania lub [zakład ubezpieczeń] nie jest zobowiązany do jego wypłaty;*
- *Każda ze stron może w ciągu miesiąca od daty wypłaty odszkodowania albo daty doręczenia odmowy wypłaty odszkodowania wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia. (...) W razie wypowiedzenia umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia nie wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowania lub jest obowiązany do jego wypłacenia;*
- *W przypadku wypowiedzenia umowy lub odstąpienia od niej składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy nie wypłacono odszkodowania.*

6. Postanowienia dotyczące zabezpieczenia rzeczy przed wypadkiem oraz postępowania po wypadku w umowach ubezpieczenia majątkowego

W większości OWU majątkowych znajdują się postanowienia nakładające na konsumentów obowiązki podjęcia określonych działań przed i po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz odpowiedniego zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia. Sankcją za brak zastosowania się do ww. obowiązków jest odmowa bądź ograniczenie wypłaty świadczenia. Podstawą prawną do zastosowania takiej sankcji są art. 826 i 827 k.c. Stanowią one, iż *w razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu oraz w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą. Jeżeli ubezpieczający dopuścił się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, odszkodowanie się nie należy, chyba że zapłata całości lub części odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej (art. 826 k.c.). Zakład ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający albo osoba, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za którą ponosi odpowiedzialność, wyrządziła szkodę umyślnie. W razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego albo*



interesom gospodarki narodowej (art. 827 k.c.). Zakłady ubezpieczeń wykraczają poza dyspozycje ww. artykułów.

W toku UOKiK stwierdził 2 główne grupy naruszeń.

A.

Część OWU przewiduje odmowę wypłaty odszkodowania w sytuacji kiedy zalecane bądź zaakceptowane przez zakład ubezpieczeń zabezpieczenia nie zadziałały. W opinii UOKiK, takie postanowienia należy uznać za niedopuszczalne. Nie mamy bowiem do czynienia ani z winą umyślną, ani rażącym niedbalstwem konsumenta. Przeciwnie, ubezpieczony zabezpieczył należycie rzecz zgodnie ze wskazówkami zakładu ubezpieczeń. Należy zatem stwierdzić, iż postanowienia wskazane poniżej naruszają art. 826 i 827 k.c.:

- *Zakład Ubezpieczeń ma prawo odmówić wypłaty lub zmniejszyć wysokość wypłaty odszkodowania /świadczenia/ w przypadku stwierdzenia, że w czasie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego jakiegokolwiek z zadeklarowanych zabezpieczeń nie zadziałało lub gdy brakowało jednego lub kilku z zadeklarowanych we wniosku zabezpieczeń przeciwpożarowych lub /i przeciwkradzieżowych, a miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;*
- *W przypadku stwierdzenia, że nie zadziałały środki zabezpieczenia mienia, za które udzielono obniżki składki, zakład ubezpieczeń może zmniejszyć odszkodowanie w takim procencie, w jakim udzielono tej obniżki;*
- *Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody powstałe w wyniku otworzenia zamka lub kłódki kluczem podrobionym lub innym narzędziem bez równoczesnego zniszczenia elementów mechanizmu zamykającego, (...) powstałe wskutek kradzieży sprzętu wodnego.*

B.

Nakładane na konsumentów obowiązki dotyczące postępowania po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem powinny być możliwe do spełnienia. W szczególności, UOKiK zakwestionował postanowienia nakładające na konsumentów obowiązek poinformowania zakładu ubezpieczeń o powstałej szkodzie w rażąco krótkim czasie oraz przedstawienia stosownej dokumentacji. Ponadto, w opinii UOKiK, nie można nakazać aby ubezpieczony naruszył prawo bądź wykonał czynności należące do kompetencji organów ścigania – Policji i prokuratury. Zastrzeżenia budziły postanowienia, które można było interpretować jako obowiązek zastosowania samopomocy w odzyskaniu skradzionego mienia. Powyższe narusza art. 826 k.c. który stanowi, iż środki podejmowane przez ubezpieczonego muszą być „dostępne”, a zatem możliwe do spełnienia i niezakazane przez prawo.



Poniżej przedstawiono przykładowe postanowienia, które wzbudziły zastrzeżenia:

W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości domowych, obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz zakład ubezpieczeń i dążyć do ich odzyskania. (...) w przypadku niedopełnienia przez ubezpieczającego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1, 2, jeśli miało to wpływ na ustalenie okoliczności lub rozmiaru szkody, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty odszkodowania lub zmniejszyć jego wysokość;

*Ponadto do obowiązków Ubezpieczającego należy (...) natychmiast po powstaniu szkody lub uzyskaniu o niej wiadomości zawiadomić o szkodzie Ubezpieczyciela **telefonicznie lub faxem, a ponadto listem poleconym**, załączając dokumenty niezbędne do ustalenia przyczyny i rozmiaru szkody(...);*

Po uznaniu roszczenia (...) wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia pod warunkiem złożenia w terminie 14 dni od daty zawiadomienia o roszczeniach wszystkich niezbędnych dokumentów określających wysokość i zasadność roszczenia;

Ponadto do obowiązków ubezpieczającego należy (...) dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania, w szczególności przedstawić wyliczenie rozmiaru szkody sporządzone na własny koszt (...).

7. Przekazywanie określonych informacji i dokumentów zakładom ubezpieczeń

Aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe, zakład ubezpieczeń może żądać od konsumentów koniecznych informacji. Przykładowo, jeżeli przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń zażąda informacji na temat stanu zdrowia, wieku, płci, itp. i na ich podstawie określone zostaną warunki umowy oraz wielkość składek. Taka praktyka jest zrozumiała i znajduje pełne uzasadnienie. Niemniej jednak, zdarza się, iż zakłady ubezpieczeń żądając określonych informacji lub dokumentów wykraczają poza swoje uprawnienia.

A.

Zakłady ubezpieczeń domagają się od konsumentów informacji, które nie mają związku z przedmiotem ubezpieczenia – nie służą ocenie ryzyka. Są to w szczególności informacje dotyczące stanu majątkowego ubezpieczonego.

W ocenie UOKiK, postanowienia przewidujące gromadzenie przez zakłady ubezpieczeń informacji niezwiązanych z przedmiotem ubezpieczenia mogą naruszać dobre obyczaje.



Zakład ubezpieczeń wkracza bowiem w sposób nieuprawniony w sferę prywatną ubezpieczonego. Konsument może nie życzyć sobie aby przedsiębiorca weryfikował jego stan majątkowy i zdaniem UOKiK ma do tego pełne prawo. Powyższe może naruszać art. 385¹ § 1 k.c. Za rażące naruszenie interesów konsumentów należy uznać konieczność ujawnienia stanu majątkowego. Ponadto, skompletowanie żądanej dokumentacji może wiązać się z mitręgą i stratą czasu oraz znacznymi kosztami. Naruszony zostaje zatem również interes ekonomiczny konsumentów.

Poniżej przedstawiono przykładowe postanowienie obrazujące problem:

- *Przed zawarciem umowy głównej Ubezpieczający, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o swojej sytuacji finansowej, w formie określonej przez Ubezpieczyciela.*

B.

Kolejny problem stanowią postanowienia zobowiązujące konsumentów do przedstawiania dokumentów trudnodostępnych, których uzyskanie wymaga czasu i znacznych kosztów. Tymczasem, zakład ubezpieczeń może uzyskać te dokumenty szybciej we własnym zakresie. Chodzi tutaj przede wszystkim o niektóre dokumenty medyczne.

Zgodnie z art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od szpitali, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Oznacza to, iż zakład ubezpieczeń może w szybki i kompleksowy sposób uzyskać potrzebną dokumentację. Wystarczy, że zwróci się do szpitala, w którym leczył się ubezpieczony, ze stosownym wnioskiem.

Z kolei konsument może mieć trudności z uzyskaniem takich informacji w szczególności kiedy pomoc była mu udzielona daleko od miejsca zamieszkania / pobytu. Wiele szpitali wymaga osobistego stawiennictwa co naraża konsumenta na koszty przejazdu. Ponadto, część dokumentacji medycznej stanowi własność szpitala. Konsument może zatem wyłącznie sporządzić kopię, która wymagałaby potwierdzenia za zgodność z oryginałem. Powyższe powoduje, iż wypełnienie nałożonego przez zakład ubezpieczeń obowiązku może wiązać się z licznymi utrudnieniami. W opinii UOKiK, nałożenie na konsumenta bezwzględnego obowiązku dostarczenia całości dokumentacji medycznej bez względu na okoliczności może naruszać dobre obyczaje. Należy bowiem zaznaczyć, iż zakład ubezpieczeń w dużej części przypadków we własnym zakresie wystąpi o pewne dokumenty celem weryfikacji prawdziwości informacji podanych przez konsumenta. Powyższe może naruszać art. 385¹ § 1



k.c. Naruszenie interesów konsumentów może mieć zarówno wymiar ekonomiczny (poniesienie kosztów dojazdów, sporządzenia i uwierzytelnienia kopii), ale przede wszystkim należy zauważyć niewygodę organizacyjną, mitręgę i stratę czasu.

Jako przykład można wskazać postanowienie o treści:

- (...) ubezpieczony ma obowiązek dostarczenia dokumentów dotyczących leczenia szpitalnego, które muszą być przedstawione w oryginale lub w kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez szpital.

C.

Obowiązki konsumenta dotyczące dostarczania określonych informacji, czy dokumentów niejednokrotnie są określone w OWU w sposób zbyt ogólny i niejasny. Postanowienia takie mogą uprawniać zakład ubezpieczeń do żądania praktycznie nieograniczonej liczby informacji i dokumentów w zależności od woli przedsiębiorcy. Wypełniają one znamiona klauzuli zamieszczonej w art. 385³ pkt 9 k.c. (przedsiębiorca zostaje uprawniony do dokonania wiążącej interpretacji umowy – dookreślenia, jakich informacji może żądać). Powoduje to po stronie konsumentów stan niepewności.

- W razie zdarzenia, które może angażować odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, Ubezpieczający zobowiązany jest (...) udzielić każdej dodatkowej informacji lub udostępnić **inne dokumenty**, jakich w związku z powstałą szkodą może zażądać zakład ubezpieczeń;
- Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany jest (...) informować zakład ubezpieczeń o **każdej** zmianie okoliczności, pociągającej za sobą zwiększenie prawdopodobieństwa szkody; w przeciwnym wypadku zakład ubezpieczeń będzie upoważniony do odmowy wypłaty ewentualnego odszkodowania.

D.

Zakład ubezpieczeń może nakładać na konsumentów obowiązek aktualizowania danych, ale **tylko tych, o które zakład ubezpieczeń pytał w formularzu oferty** przed zawarciem umowy. Wynika to bezpośrednio z treści art. 815 k.c. Podczas kontroli OWU stwierdzono, iż niektóre postanowienia wykraczają poza zakres określony w ww. przepisie.

Jako przykład można wskazać klauzulę o treści:

- W razie niepodania do wiadomości Towarzystwa wszelkich okoliczności mających wpływ na wypłatę świadczenia (...) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszenia



świadczenia wypłacanego na koniec trwania umowy o kwotę nienależnie wypłaconych świadczeń z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

8. Doręczenia dokumentów przez zakład ubezpieczeń i konsumentów

W trakcie kontroli OWU stwierdzono rażącą dysproporcję między uprawnieniami konsumentów a zakładów ubezpieczeń w zakresie doręczania dokumentów i składania oświadczeń. Część OWU przewiduje, iż pisma wysyłane konsumentom przez zakład ubezpieczeń listem zwykłym uważa się za doręczone jeśli zostały wysłane na ostatni znany adres konsumenta. Z drugiej strony konsumenci swoje oświadczenia muszą wysłać w ściśle określonej formie – najczęściej listem poleconym.

UOKiK nie kwestionuje możliwości wprowadzenia w OWU domniemania doręczenia na korzyść zakładów ubezpieczeń. Niemniej jednak analogiczne uprawnienia powinny przysługiwać również konsumentom. W przeciwnym razie mamy do czynienia z naruszeniem zasady równorzędności stron. W opinii UOKiK, taki stan rzeczy należy uznać za sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszający interesy konsumentów. Powyższe może naruszać art. 385¹ § 1 k.c. Konsumenci są dyskryminowani. Nakłada się na nich większe obowiązki pomimo, iż są słabszą stroną obrotu, a postanowienia umowne są im narzucane przez zakłady ubezpieczeń. Tę nierówność w rozłożeniu obowiązków, należy zakwalifikować jako sprzeczną z dobrymi obyczajami tym bardziej, że zakłady ubezpieczeń są nie tylko profesjonalistami na rynku, ale także instytucjami szczególnego zaufania. Rażące naruszenie interesów konsumentów polega natomiast na konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów (koszt wysyłki listu poleconego), jak i również niepewności, czy zakład ubezpieczeń nie uznał za doręczone pisma, które w rzeczywistości do niego nie dotarły. Zakład ubezpieczeń taką pewność mieć będzie zawsze. Wymaga bowiem, aby korespondencja do niego dotarła w określony sposób. Tymczasem konsument będzie musiał wykazać, że z przyczyn od niego niezależnych korespondencji nie otrzymał.

Podobne postanowienie zostało uznane za niedozwolone postanowienie umowne wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. (sygn. akt VI ACa 600/05) przeciwko Amplico Life Pierwszemu Amerykańsko-Polskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji.

Jako przykład można wskazać m. in. postanowienia o treści:

- *Pismo zakładu ubezpieczeń skierowane pod ostatni wskazany adres ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uposażonego wywiera skutki prawne z chwilą doręczenia albo po upływie 30 dni od daty wystania. (...)Wszelkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia kierowane do zakładu ubezpieczeń wywierają skutek prawny z chwilą doręczenia.*



9. Postanowienia sprzeczne z art. 805-834 kodeksu cywilnego

Analizując OWU różnych typów ubezpieczeń stwierdzono niepokojące zjawisko. Mianowicie wiele zarzutów dotyczy naruszenia art. 805-834 k.c. – przepisów regulujących kwestie związane z umową ubezpieczenia. Należy pamiętać, iż zgodnie z art. 807 § 1 k.c. *postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami niniejszego tytułu są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki*. Oznacza to, iż odnośnie do umowy ubezpieczenia, w wielu kwestiach, ograniczona zostaje swoboda umów. Muszą być one uregulowane w OWU zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego. Niekiedy postanowienia OWU mogą być korzystniejsze dla ubezpieczonego, ubezpieczającego czy uposażonego. Tylko w wyjątkowych sytuacjach strony umowy mogą umówić się inaczej. Część naruszeń została już opisana w podrozdziałach poprzedzających. Poniżej przedstawiamy kolejne postanowienia, naruszające przepisy k.c.

A . Postanowienia naruszające art. 815 § 3 k.c.

Art. 815 k.c. reguluje obowiązki informacyjne konsumenta wobec zakładu ubezpieczeń. Stanowi, iż konsument obowiązany jest podać do wiadomości zakładu ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które zakład ubezpieczeń pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. W przepisie określono także sankcję za niewywiązanie się z obowiązku – zakład ubezpieczeń wolny jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową. Analiza OWU wskazuje, że zakłady ubezpieczeń próbują przetransponować treść ww. przepisu do OWU czyniąc to w sposób niewłaściwy przez co postanowienia te stają się niezgodne z prawem.

Najczęściej rozszerzana jest odpowiedzialność konsumentów w porównaniu z treścią art. 815 § 3 k.c. Zakład ubezpieczeń wolny jest od odpowiedzialności w razie zatajenia informacji przez ubezpieczającego **wyłącznie**, o ile miały one wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku. Samo zatajenie informacji, o które pyta zakład ubezpieczeń nie powoduje skutku w postaci odmowy wypłaty bądź zmniejszenia odszkodowania, a tak właśnie stanowią OWU. Niekiedy również dodawane są dodatkowe przesłanki odpowiedzialności – wpływ zatajonych informacji na zwiększenie rozmiaru szkody lub ustalenie okoliczności jej powstania. Innym razem obowiązek właściwego poinformowania zakładu ubezpieczeń nałożono z niewiadomych powodów również na osobę bliską i osobę za którą ubezpieczony ponosi odpowiedzialność (należy podkreślić, że art. 815 k.c. mówi wyłącznie o ubezpieczającym). Także i w tym przypadku należy uznać, iż zakład ubezpieczeń narusza art. 815 § 3 k.c.

Trzeba również pamiętać, iż w odniesieniu do ubezpieczeń na życie zakład ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu zatajenia informacji po upływie 3 lat (art. 834 k.c.).

Mając powyższe na względzie, UOKiK zakwestionował m. in. postanowienia o treści:



- *Jeżeli Ubezpieczający podał do wiadomości Towarzystwa informacje niezgodne z prawdą lub zataił informacje, a w szczególności zataił chorobę ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia może Umowę Ubezpieczenia wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym, a w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – odmówić wypłaty świadczenia;*
- *Jeżeli na pytania zawarte w kwestionariuszu zdrowotnym oraz we wniosku o zawarcie, przedłużenie lub indywidualną kontynuację umowy ubezpieczenia ubezpieczający udzielił niepełnych lub nieprawdziwych odpowiedzi albo zataił istotne okoliczności dotyczące stanu zdrowia, zakład ubezpieczeń ma prawo odmówić spełnienia świadczenia lub je zmniejszyć;*
- *W razie śmierci ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony w przypadku ujawnienia, że przy zawarciu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał do wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty wartości dodatkowej, o ile wartość dodatkowa istnieje, a w trzecim roku ubezpieczenia – do wypłaty wartości polisy i wartości dodatkowej, o ile wartość taka istnieje;*
- *W razie ujawnienia, że przy zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający podał do wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zataił chorobę Ubezpieczonego, Towarzystwo w ciągu pierwszych trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia może od niej odstąpić ze skutkiem natychmiastowym, a w razie śmierci Ubezpieczonego w tym okresie – odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, chyba, że nieprawdziwe bądź zatajone okoliczności nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Towarzystwo wypłaca kwotę będącą równowartością 40% wpłaconych składek;*
- *Ubezpieczony i Ubezpieczający mają obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani we wniosku o ubezpieczenie (...). W razie niezastosowania się do powyższego obowiązku, a w szczególności gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wolne będzie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia;*
- *Jeżeli wiek Ubezpieczonego określony we wniosku o ubezpieczenie został wskazany błędnie Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ponownego obliczenia składki odpowiadającej pierwotnie określonej sumie ubezpieczenia na dożycie. Jeżeli nowa składka okaże się wyższa od tej, która była opłacana, Towarzystwo pomniejszy wypłacane świadczenie o należność wynikającą z różnicy wymienionych wyżej składek wraz z odsetkami;*
- *Zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty odszkodowania lub ograniczyć jego wysokość, jeżeli Ubezpieczający, osoba bliska lub osoba, za którą Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność zataili lub podali niezgodnie z prawdą okoliczności, o które Ubezpieczający był pytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub jeżeli nie zostały dopełnione inne obowiązki określone w niniejszym OWU, chyba że okoliczności te lub niedopełnienie obowiązków nie miały wpływu na zwiększenie*



prawdopodobieństwa powstania szkody, na zwiększenie jej rozmiaru lub ustalenie okoliczności jej powstania.

B. Postanowienia naruszające art. 816 k.c.

Art. 816 k.c. reguluje kwestie ujawnienia się w trakcie trwania umowy okoliczności, które pociągają za sobą zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku. W takiej sytuacji zakład ubezpieczeń może odpowiednio zwiększyć składkę. Jednakże, ubezpieczający może w ciągu czternastu dni od otrzymania informacji o podwyższeniu składki od umowy odstąpić. Jeżeli ujawnienie okoliczności nastąpiło po wypadku, zakład ubezpieczeń może odpowiednio zmniejszyć swoje świadczenie. Zakład ubezpieczeń będzie również uprawniony do odstąpienia od umowy o ile ujawniona okoliczność pociąga za sobą takie zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, że zakład ubezpieczeń nie zawarłby umowy, gdyby o tej okoliczności wiedział. Jeżeli ujawnienie okoliczności nastąpiło już po wypadku lub w ciągu ostatniego miesiąca przed wypadkiem, a przyczyną wypadku była wyłącznie ujawniona okoliczność, zakład ubezpieczeń może odmówić spełnienia świadczenia. Tymczasem, zakłady ubezpieczeń próbując przetransponować treść ww. przepisu do OWU pomijają istotne uprawnienia konsumenta rozszerzając jednocześnie uprawnienia zakładu ubezpieczeń. Przykładowo, postanowienia OWU nie wspominają o prawie konsumenta do odstąpienia od umowy w przypadku podniesienia składki przez zakład ubezpieczeń w trybie art. 816 k.c. jak również zupełnie pomijają fakt, iż zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli ujawniona okoliczność była **wyłączną** przyczyną wypadku.

Poniżej przedstawiono przykładowe postanowienia obrazujące problem:

- *Jeżeli w okresie ubezpieczenia nastąpi jakakolwiek zmiana powodująca zwiększenie ryzyka, wówczas Zakład Ubezpieczeń uprawniony jest do naliczania zwiększonej składki od dnia, w którym zmiana ta nastąpiła;*
- *Jeżeli ujawnienie okoliczności nastąpiło po zdarzeniu ubezpieczeniowym lub w ciągu ostatniego miesiąca przed zdarzeniem Zakład Ubezpieczeń ma prawo odmówić wypłaty odszkodowania.*

C. Postanowienia naruszające art. 827 k.c.

Art. 827 k.c. wyłącza odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone umyślnie przez ubezpieczającego albo osobę, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za którą ponosi odpowiedzialność. Również w przypadku rażącego niedbalstwa ww. osób zakład ubezpieczeń będzie wolny od odpowiedzialności chyba, że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach zasadom współzycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej. Tymczasem, zakłady ubezpieczeń próbując



przetransponować treść ww. przepisu do OWU rozszerzają zakres wyłączenia odpowiedzialności pomimo, iż postanowienia odmienne od art. 827 k.c. mogą znajdować się wyłącznie w umowach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Zakłady ubezpieczeń pomijają w OWU możliwość wypłaty odszkodowania w przypadku rażącego niedbalstwa jeśli zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej. Często również pojęcie *osoby z którymi ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność* jest zastępowane pojęciem *osoby bliskie*. Zakład ubezpieczeń próbuje zawęzić granice swojej odpowiedzialności również poprzez usunięcie przesłanki winy umyślnej bądź rażącego niedbalstwa osób, które spowodowały szkodę.

Powyższy problem lepiej najlepiej obrazuje klauzula:

- *Zakład ubezpieczeń ma prawo do odpowiedniego zmniejszenia odszkodowania lub odmowy jego wypłaty, w przypadku jeżeli (...) przyczyną zajścia było zdarzenie lub działanie Ubezpieczającego lub osób bliskich będących pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.*

D. Postanowienia naruszające odpowiednio art. 830 § 2 k.c. lub art. 814 § 2 k.c.

Wskazane przepisy: W braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka nie została zapłacona w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki (art. 830 § 2 k.c.) oraz Jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym jednocześnie ubezpieczającego, i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku odstąpienia od umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka (art. 814 § 2 k.c.) regulują kwestię odpowiedzialności oraz uprawnień zakładu ubezpieczeń w sytuacji kiedy konsument nie zapłacił należnej składki. Może on wtedy odstąpić od umowy. Powinien jednak powiadomić o tym konsumenta. Tymczasem, OWU przewidują automatyczne rozwiązanie umowy bez konieczności powiadomienia konsumenta.

W opinii UOKiK, koniecznym dla zachowania pewności w obrocie jest poinformowanie konsumenta o fakcie rozwiązania umowy. Zakład ubezpieczeń nie musi dać konsumentowi dodatkowego terminu do spełnienia świadczenia, ale zawsze powinien poinformować, iż umowa nie będzie kontynuowana. Brak wpływu do zakładu ubezpieczeń składek może bowiem wynikać nie z winy konsumenta, ale np. banku, który otrzymał zlecenie dokonywania wpłat. Konsument powinien mieć prawo złożenia wyjaśnień. Musi jednak przede wszystkim



wiedzieć, że zakład ubezpieczeń podjął wobec niego tak drastyczne środki. Zakład ubezpieczeń nie może zrezygnować z powiadomienia konsumenta o rozwiązaniu umowy.

Mając na uwadze powyższe, postanowienia, które wskazano poniżej mogą naruszać odpowiednio art. 830 § 2 k.c. lub art. 814 § 2 k.c.:

- *Po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita, umowa główna zostaje rozwiązana bez konieczności uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty;*
- *Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczonej w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela z upływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności składki lub pierwszej raty składki (o godzinie 0:00 dnia następującego po tym terminie), bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.*

E. Postanowienia naruszające art. 810 i 811 k.c.

Przepisy kodeksu cywilnego regulują kwestie zawarcia umowy ubezpieczenia, która dochodzi do skutku w inny sposób niż przez standardowe złożenie i przyjęcie oferty tj. w sytuacji kiedy zakład ubezpieczeń nie doręczył składającemu ofertę dokumentu ubezpieczenia (wtedy umowę uważa się za zawartą z upływem 14 dni od złożenia przez konsumenta oferty – art. 810 k.c.), jak również w sytuacji kiedy dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od ogólnych warunków ubezpieczenia (zakład ubezpieczeń obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. Po upływie tego terminu umowę uważa się za zawartą – art. 811 k.c.). Zakłady ubezpieczeń całkowicie pomijają w OWU ww. sytuacje.

Jako przykład można wskazać m. in. postanowienie o treści:

- *Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia.*

F. Postanowienia naruszające art. 808 § 2 k.c.

UOKiK zwraca również uwagę, iż w obecnym stanie prawnym nie jest możliwe nałożenie na osobę trzecią obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia nawet jeśli umowa



zawierana jest na jej korzyść i za jej wiedzą (art. 808 § 2 k.c.). Należy zatem uznać za sprzeczne z prawem zastrzeżenie mówiące, iż:

- Obowiązki związane z zawarciem umowy na rzecz osoby trzeciej ciąży zarówno na Ubezpieczającym jak i Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rzecz, jednakże obowiązek opłaty składki ubezpieczeniowej ciąży tylko na Ubezpieczającym. (...) Obowiązki Ubezpieczającego związane z wykonaniem umowy ubezpieczenia przechodzą na Ubezpieczonego z chwilą, w której dowiedział się on o zawarciu umowy na jego rzecz.

10. Kwestie wystawiania przez konsumentów upoważnień osobom trzecim do występowania w ich imieniu

Niektóre zakłady ubezpieczeń żądają od konsumentów, którzy chcą udzielić pełnomocnictwa do dokonania określonych czynności w ramach umowy ubezpieczenia aby uczynili to w określonej formie. W opinii UOKiK, postanowienia OWU dotyczące udzielania pełnomocnictwa są często zbyt rygorystyczne.

Zgodnie z zasadami ogólnymi pełnomocnictwo do dokonania czynności prawnych związanych z zawarciem, wykonywaniem lub rozwiązaniem umowy powinno być udzielone w takiej samej formie jak umowa czyli – pisemnej. Ze względu na specyfikę umowy ubezpieczenia można przyjąć jako dopuszczalne wprowadzenie formy szczególnej. Niemniej jednak, narzucenie formy aktu notarialnego, z notarialnie lub urzędowo poświadczonymi podpisami jest nieuzasadnione, a wiąże się z kosztami oraz z uciążliwymi dla konsumenta formalnościami.

Należy zauważyć ponadto, iż poszczególne czynności dokonywane w ramach umowy ubezpieczenia mają różną wagę i nie do wszystkich zasadne jest stosowanie pełnomocnictwa w szczególnej formie. Wydaje się również, iż OWU powinno przewidywać możliwość udzielenia pełnomocnictwa w obecności pracownika zakładu ubezpieczeń. Taka forma, zdaniem UOKiK, jest wystarczająco bezpieczna, a zarazem wygodna dla obu stron.

Powyższe może naruszać art. 385¹ § 1 k.c. Naruszenie dobrych obyczajów polegać będzie się na nieuzasadnionym nałożeniu na konsumentów uciążliwych obowiązków. Naruszenie interesów konsumentów zaś będzie miało zarówno wymiar ekonomiczny (poniesienie kosztów sporządzenia pełnomocnictwa w określonej formie), ale przede wszystkim obejmować będzie niewygodę organizacyjną, mitręgę i stratę czasu.



11. Ustalenie stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia

Zakłady ubezpieczeń zamieszczają w OWU postanowienia nakładające na konsumentów obowiązek bezspornego udowodnienia faktu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do żądania świadczenia od zakładu ubezpieczeń. W ocenie UOKiK, takie rozłożenie ciężaru dowodowego jest niedopuszczalne.

Ustalenie stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń. Mówi o tym art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej – *po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą 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.* Oznacza to, iż konsument ma obowiązek współdziałania – dostarczenia dokumentów koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, o które prosi zakład ubezpieczeń. Jeżeli istnieją uzasadnione wątpliwości co do przedstawionych przez konsumenta informacji zakład ubezpieczeń może nakazać potwierdzenie ich poprzez dostarczenie określonego dokumentu. Najpierw jednak musi podjąć próbę samodzielnego ustalenia wszelkich potrzebnych okoliczności.

W opinii UOKiK, nie można ww. obowiązku rozszerzać i zobowiązać konsumenta do bezspornego udowodnienia uprawnienia do żądania świadczenia. Klauzule o treści:

- *ciężar udowodnienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnień do żądania świadczenia spoczywa na ubezpieczonym lub osobie dochodzącej roszczenia o wypłatę świadczenia*

należy uznać za sprzeczne z art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

12. Inne naruszenia

Kompleksowa analiza OWU wykazała również inne uchybienia, które jednak nie występowały tak często, jak wskazane wyżej. Niemniej jednak, również klauzule, które przedstawiamy poniżej mogą poważnie naruszać interesy konsumentów.



A . OWU odsyła do dokumentów, z którymi konsument nie miał możliwości zapoznania się podczas podpisywania umowy

W dwóch przypadkach stwierdzono, iż OWU odsyłają do aktów, z którymi konsument nie miał możliwości zapoznania się podczas podpisywania umowy.

Należy zauważyć, iż umowy ubezpieczenia nie należą do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego. Oznacza to, że zgodnie z art. 384 k.c. konsumenta wiążą jedynie te postanowienia ogólnych warunków, regulaminów cenników itp., do których odnosi się umowa, jeżeli zostały one doręczone mu przy zawieraniu umowy. W jednym z przypadków, OWU przewidywało, iż zastosowanie ma cennik do szacowania robót. Cennik ten nie jest przedstawiany konsumentowi, a zatem zgodnie z art. 384 k.c. nie może go obowiązywać. Ponadto, powyższe może naruszać art. 385³ pkt 4 k.c., który stanowi, iż klauzule *przewidujące postanowienia, z którymi konsument nie miał możliwości zapoznać się przed zawarciem umowy* mogą być uznane za abuzywne.

W drugim przypadku OWU wymienia wśród opłat ponoszonych przez konsumenta bliżej niezdefiniowane *inne koszty*. Nie sprecyzowano jakie to są koszty, w jakiej wysokości i kto je ustala. Tymczasem, art. 812 § 2 pkt 6 k.c. stanowi, iż sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń oraz metod ich indeksacji, a także ich wysokość powinny znaleźć się w OWU. Mamy zatem do czynienia z naruszeniem tego przepisu.

Ponadto, powyższe może stanowić klauzulę wskazaną w art. 385³ pkt 9 k.c. Zakład ubezpieczeń będzie uprawniony do dokonania wiążącej interpretacji umowy. Będzie mógł bowiem w sposób dowolny wprowadzać nowe opłaty, argumentując iż są to owe *inne koszty*.

Poniżej przedstawiamy zakwestionowane postanowienia:

- *Zakład Ubezpieczeń ma prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego kosztorysów, wykazów lub rachunków co do zasad, zakresu robót i wysokości kosztów na podstawie (...) cennika do szacowania wartości robót budowlano – remontowych stosowanego przez zakład ubezpieczeń;*
- *Część niealokowana składki stanowi opłatę potrącaną ze składki ubezpieczeniowej, przeznaczoną na pokrycie kosztów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy, innych niż te, które przewidują Ogólne Warunki Ubezpieczenia.*

B. OWU w sposób niezrozumiały określa zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

W jednym z OWU zakład ubezpieczeń określił zakres swojej odpowiedzialności w sposób bardzo niefortunny. Zakład ubezpieczeń zastrzegł, iż może odmówić wypłaty odszkodowania,



jeśli chorobę można stwierdzić w oparciu o historię choroby wynikającą ze zgromadzonej w trakcie rozpatrywania roszczenia dokumentacji medycznej w innym przypadku jeśli istniały przeciwwskazania lekarskie. W opinii UOKiK, ww. zwrotów użyto w sposób niejasny.

Nasuwa się pytanie, kto powinien powyższe stwierdzić. Zakład ubezpieczeń bada przed podpisaniem umowy wniosek konsumenta, posiada zatem wszelkie potrzebne informacje, aby okoliczności te stwierdzić i odmówić podpisania umowy. Jeżeli istotna okoliczność wpływająca na ryzyko wypadku ujawni się w trakcie trwania umowy bądź po wypadku wtedy zastosowanie ma art. 816 k.c., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty odszkodowania kiedy ujawniona okoliczność była **wyłączną** przyczyną wypadku.

Kwestionowane postanowienia zawężają odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w stosunku do art. 816 k.c. gdyż przewidują odmowę wypłaty odszkodowania za każdym razem, jeśli ujawni się wskazana okoliczność. Z kolei niejasność ww. postanowień daje zakładowi ubezpieczeń możliwość dokonywania wiążącej interpretacji, niekorzystnej dla konsumenta. Możemy mieć zatem do czynienia z niedozwolonymi postanowieniami, o których mowa w art. 385³ pkt 9 k.c.

Poniżej przedstawiamy zakwestionowane postanowienia:

- *Przez istnienie chorób o których mowa w ust. 1 rozumie się nie tylko te choroby, w związku z którymi ubezpieczony zasięgał porad lekarskich lub które były przedmiotem leczenia, operacji, badań farmakoterapii / włączając lekarstwa, specjalne diety, zastrzyki / ale również choroby nieleczone których istnienie, w ciągu dwóch lat poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia można stwierdzić w oparciu o historię choroby wynikającą z ze zgromadzonej w trakcie rozpatrywania roszczenia dokumentacji medycznej;*
- *Świadczenia i odszkodowania nie przysługują ubezpieczonemu, w stosunku do którego istniały przeciwwskazania lekarskie do uprawiania sportu lub wykonywania czynności związanych z kulturą fizyczną i sportem.*

C. OWU uzależnienia zawarcia umowy ubezpieczenia od zawarcia innej umowy niezwiązanej z nią bezpośrednio

Jedno z OWU uzależniało zawarcie określonej umowy ubezpieczenia od zawarcia innej umowy ubezpieczenia. Obie umowy nie pozostawały ze sobą w bezpośrednim związku.

Konkretnie dotyczyło to powiązania ze sobą umowy ubezpieczenia majątkowego obejmującej ryzyko kradzieży z umową ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych. W ocenie UOKiK, ww. umowy nie mają ze sobą bezpośredniego związku. Trudno bowiem powiązać ryzyko kradzieży z ryzykiem pożaru i innych zdarzeń losowych. Postanowienia o podobnej treści należy zatem uznać za sprzeczne z art. 385³ pkt 7 k.c., gdyż *uzależniają zawarcie, treść lub*



wykonanie umowy od zawarcia innej umowy, niemającej bezpośredniego związku z umową zawierającą oceniane postanowienie.

- *Warunkiem zawarcia Umowy od kradzieży z włamaniem jest ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych.*

D. Stosowanie przez zakład ubezpieczeń długiego okresu poprzedzającego zakończenie umowy, w którym konsument musi wypowiedzieć się co do dalszego jej trwania.

UOKiK zwrócił również uwagę na stosowanie zbyt długiego okresu poprzedzającego zakończenie umowy, w którym konsument musi wypowiedzieć się co do dalszego jej trwania.

Powyższe może naruszać art. 385¹ § 1 k.c., bowiem wyznaczenie aż np. 3 miesięcznego terminu na wypowiedzenie umowy zawartej na okres 12 miesięcy, nie znajduje racjonalnego uzasadnienia. W wielu sytuacjach, konsument – w terminie w którym zgodnie z umową powinien ją wypowiedzieć - nie będzie mógł przewidzieć wystąpienia niektórych sytuacji wpływających na podjęcie decyzji co do zawarcia nowej umowy ubezpieczenia. Dłuższy termin, przewidziany na wypowiedzenia umowy, wiąże się jednocześnie z większym ryzykiem wystąpienia okoliczności, które mogłyby wpłynąć na decyzję konsumenta dotyczącą kontynuowania współpracy z zakładem ubezpieczeń.

- *Umowę ubezpieczenia, automatycznie przedłuża się na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, o ile na trzy miesiące przed końcem okresu ubezpieczenia żadna ze stron jej skutecznie nie wypowiedzie.*

E. OWU przewiduje zmianę właściwości miejscowej sądu, który ma rozstrzygać spory wynikające z umowy

Stwierdzono również jeden przypadek stosowania przez zakład ubezpieczeń klauzuli zmieniającej właściwość miejscową sądu, który będzie rozstrzygać spory wynikające z umowy:

- *Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.*

Podobne klauzule były wielokrotnie wpisywane do rejestru niedozwolonych postanowień umownych jako sprzeczne z art. 385³ pkt 23 k.c. - *w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które wyłączają jurysdykcję sądów polskich lub*



URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

*poddają sprawę pod rozstrzygnięcie sądu polubownego polskiego lub zagranicznego albo innego organu,
a także narzucają rozpoznanie sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie jest miejscowo właściwy.*



IV. REZULTATY WYSTĄPIEŃ DO ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ. STANOWISKA UBEZPIECZYCIELI

Z uwagi na stwierdzone w OWU nieprawidłowości, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podjął działania w trybie art. 26 ust. 11 i 12 oraz art. 43 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, mające na celu doprowadzenie do zgodności kwestionowanych postanowień z przepisami prawa, eliminację postanowień, które mogą być uznane za niedozwolone oraz odpowiednią redakcją treści OWU w ten sposób, aby – uwzględniając specyfikę umów ubezpieczenia – były one czytelne i zrozumiałe dla konsumentów. Na przełomie czerwca i lipca, Delegatury UOKiK wystąpiły do zakładów ubezpieczeń w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami.

Zakłady ubezpieczeń zgodziły się na zmianę niektórych zakwestionowanych przez Prezesa UOKiK postanowień, odnośnie do innych zapisów – polemizowały z argumentacją, przedstawioną przez Prezesa Urzędu. Ubezpieczyciele zwracali uwagę, iż kwestionowane przez Prezesa Urzędu postanowienia nie budzą wątpliwości interpretacyjnych, bądź zwykle (nigdy) w praktyce nie dochodziło na tle konkretnego zapisu do sporów między ubezpieczycielem a klientem. Część zakładów ubezpieczeń nie podzielała stanowiska Prezesa Urzędu, jednakże zobowiązała się do zmiany (sprecyzowania) danej kwestii przy najbliższej nowelizacji OWU. Niestety, zakłady ubezpieczeń często nie przedstawiały brzmienia zmodyfikowanego postanowienia, dlatego nie można wykluczyć, iż – w przypadku, gdy zmiana zapisu nie doprowadzi do zgodności z przepisami prawami – kwestie te nadal będą przedmiotem zainteresowania Prezesa Urzędu.

Stanowiska części zakładów ubezpieczeń dotyczące brzmienia niektórych postanowień zostały zaakceptowane przez Prezesa Urzędu, dlatego postanowienia te nie będą kwestionowane.

Analizując treść odpowiedzi zakładów ubezpieczeń można zauważyć, iż część z nich nie odnosiła się do zarzutów podniesionych przez Prezesa Urzędu lub odnosząc się do zarzutów pomijała inne ważne aspekty zastosowania danego postanowienia. Jako przykład można podać stanowisko zakładów ubezpieczeń odnośnie do możliwości wypowiedzenia umowy zawartej na czas określony w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, przy jednoczesnym zastrzeżeniu prawa do pobrania składki również za okres, kiedy nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Poniżej podano przykład postanowienia oraz stanowiska zakładów ubezpieczeń w odniesieniu do podniesionych zarzutów.

Każda ze stron umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty wypłaty odszkodowania albo od daty doręczenia odmowy wypłaty odszkodowania ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się z dniem doręczenia wypowiedzenia.



Jeden z ubezpieczycieli podnosi, iż „wypłacenie odszkodowania odpowiadającego sumie ubezpieczenia czyni dalsze trwanie umowy ubezpieczenia bezprzedmiotowym, ponieważ ubezpieczający wskutek wyczerpania się sumy ubezpieczenia nie ma ochrony ubezpieczeniowej”, jednakże należy zwrócić uwagę, iż nie dostrzega on, iż nie zawsze wysokość wypłaconego odszkodowania odpowiada sumie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ten nie dostrzega również, iż w kwestionowanym postanowieniu jest mowa o odmowie wypłaty odszkodowania, która również może być przyczyną wypowiedzenia umowy.

Inny z zakładów ubezpieczeń, który wykorzystuje z umowami z konsumentami postanowienia o podobnej treści, powołuje się na „podobne” regulacje w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Należy jednak podkreślić, iż we wskazanej ustawie nie ma mowy o możliwości wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia OC przez ubezpieczyciela (zakład ubezpieczeń nie może wypowiedzieć umowy ubezpieczenia OC), dlatego porównywanie dwóch różnych sytuacji (również rozwiązań prawnych) uznajemy za brak odniesienia się do zarzutów.

Brak odniesienia się do argumentów przedstawionych przez Prezesa Urzędu, może również wskazywać, iż niektóre zakłady ubezpieczeń, w razie sporu z konsumentem, również nie starają się wystarczająco uzasadnić swojego stanowiska konsumentowi.

Wobec zakładów ubezpieczeń, które nie zgodziły się na zmianę wzorców, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podejmie stosowne działania w celu ochrony interesów konsumentów, polegające na:

- wytoczeniu – na podstawie art. 479³⁸ Kodeksu postępowania cywilnego - powództwa o uznanie postanowień umownych za niedozwolone
- wszczęciu – na podstawie art. 44 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów - postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

Po otrzymaniu stanowisk ubezpieczycieli, UOKiK zorganizował spotkanie z przedstawicielami Polskiej Izby Ubezpieczeń, na którym poruszono najważniejsze kwestie, które – zdaniem Urzędu – powinny zostać w OWU zmodyfikowane. Spotkanie to pozwoliło na wymianę poglądów i szczegółowe wyjaśnienie stanowisk UOKiK i PIU odnośnie do interpretacji poszczególnych postanowień.



V. WNIOSKI

Wyniki analizy wskazują, iż sytuacja konsumenta na rynku usług ubezpieczeniowych jest niezadowolająca. Na ocenę tę wpływa skala stwierdzonych nieprawidłowości, polegających na stosowaniu przez ubezpieczycieli postanowień sprzecznych z przepisami bezwzględnie obowiązującymi, a także klauzul, które mogą być uznane za niedozwolone. Ponadto, należy dodać, iż badane wzorce są trudną lekturą dla przeciętnego konsumenta. Niezrozumiały język, liczne odesłania do innych artykułów, używanie niejednolitej terminologii nie zachęcają do wnikliwej analizy OWU.

W toku kontroli wzorców można dostrzec posługiwanie się przez ubezpieczycieli nazewnictwem i sformułowaniami ustawowymi, jednakże przeredagowanymi w taki sposób, że ich wymowa wydawała się odmienna od intencji ustawodawcy. Modyfikacja przepisu jest pożądana jedynie w sytuacji, gdy ma to na celu „przełożenie” języka ustawowego na język przystępny dla przeciętnego konsumenta. W naszym odczuciu, większość zmian nie spełniała tego celu, a jak – już wcześniej podkreślono – zmieniała wymowę przepisu w sposób niekorzystny dla klienta zakładu ubezpieczeń lub dawała możliwość interpretacji stosowanego postanowienia w różny sposób.

W większości OWU można było znaleźć niejasne pojęcia. Można uznać, iż nie zawsze możliwe jest zdefiniowanie wszystkich pojęć, sprecyzowanie jakie dokumenty i informacje będą potrzebne w przypadku likwidacji szkody, jednakże wydaje się, iż taka redakcja OWU nie zawsze wynika z niemożliwości uproszczenia jej postanowień. W naszej opinii, ogólne warunki ubezpieczeń można by uprościć, zdefiniować część pojęć, tak aby konsument – w momencie domagania się świadczenia – nie był negatywnie zaskoczony „interpretacją” zakładu ubezpieczeń.

Konsument powinien mieć możliwość łatwego zapoznania się z warunkami oferowanego mu produktu ubezpieczeniowego. Niestety, nałożony przez ustawodawcę obowiązek formułowania wzorca umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały – jak już wynika z powyższych rozważań – nie jest przez zakłady ubezpieczeń realizowany, co staje się przyczyną wielu nieporozumień w kontaktach ubezpieczony – zakład ubezpieczeń. Niejasność wzorców, możliwość stosowania dowolnej interpretacji postanowień, często pociąga za sobą niekorzystne skutki dla ubezpieczonego, ubezpieczającego, uposażonego, uprawnionego z ubezpieczenia.

Prawo chroni konsumenta w takiej sytuacji, zgodnie z zasadą, iż *postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta*. Jednakże należy pamiętać, iż to konsument jest słabszą stroną umowy. Zakład ubezpieczeń zwykle literalnie interpretuje postanowienia OWU, wskazując, iż jest to zgodne z intencją stron. Często jedynym rozwiązaniem dla konsumenta



pozostaje droga sądowa, która niestety jest długa i kosztowna, przez co stanowi „barierę” do dochodzenia swoich praw.

Celem analizy było przede wszystkim wyeliminowanie kwestionowanych postanowień z obrotu. Badanie to miało również służyć zasygnalizowaniu pozycji konsumenta w umowach ubezpieczenia, a także podniesieniu świadomości konsumenckiej w dziedzinie ubezpieczeń.

Do tej pory podjęte przez Prezesa Urzędu działania doprowadziły do zmiany części kwestionowanych postanowień. Wobec zakładów, które nie zgodziły się na wyeliminowanie nieprawidłowości, zostaną podjęte działania w celu ochrony słabszych uczestników rynku ubezpieczeniowego.

Mamy nadzieję, że działania Prezesa Urzędu, doprowadzą nie tylko do zmiany w postępowaniu zakładów ubezpieczeń, ale również do wzrostu świadomości konsumenckiej. Naszą intencją jest również uświadomienie zakładom ubezpieczeń, że w wielu przypadkach to niezrozumiały charakter wzorców, a szczególnie warunków udzielonej ochrony ubezpieczeniowej prowadzi do rozczarowania konsumentów postępowaniem zakładu ubezpieczeń. Zatem priorytetem przy tworzeniu wzorców powinna być jego przejrzystość, a także ukształtowanie praw i obowiązków w sposób, który umożliwi zabezpieczenie interesów obu stron umowy.





URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW
