

Raport dotyczący skarg z zakresu bancassurance wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych

Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpływa coraz więcej skarg na ubezpieczenia zawierane za pośrednictwem banków lub dodawane do produktów bankowych. W 2004r. ich liczba wynosiła – 39 (1,0% wszystkich skarg), w 2005r. – 62 (1,4%), w 2006r. – 109 (1,7%), a po III kwartałach 2007r. ich liczba wyniosła 99 (2,0%). (tabela nr 1, wykres do tabeli nr 1). Powyższe dane wskazują, iż w 2007r. utrzyma się podobna dynamika skarg odnoszących się do problematyki bancassurance.

Skargi z zakresu bancassurance kierowane są głównie przez rodziny zmarłych klientów banku (przy ubezpieczeniu kredytobiorców), a w pozostałych przypadkach - przez samych ubezpieczonych. W większości spraw ubezpieczającym był bank, który zawierał umowę ubezpieczenia na rzecz swoich klientów. Tylko w nielicznych przypadkach ubezpieczającym były inne firmy świadczące usługi finansowe np. Żagiel S.A., SKOK STEFCZYKA.

Najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do **grupowego ubezpieczenia kredytobiorców** - 71 spraw, co stanowiło 71,7% wszystkich spraw (tabela nr 2, wykres do tabeli nr 2). Wśród nich najwięcej skarg odnotowano na odmowę wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń w przypadku zgonu kredytobiorcy w wyniku choroby, która istniała przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową (49 spraw). Zakład ubezpieczeń odmowę wypłaty świadczenia opierał na zapisach owu stwierdzających, iż „nie ponosi odpowiedzialności, jeśli zdarzenie objęte roszczeniem - zgon ubezpieczonego, powstało w wyniku choroby, o której ubezpieczony wiedział lub powinien wiedzieć przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową, nawet jeśli jej następstwa ujawniły się po objęciu ochroną ubezpieczeniową”, „odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest wyłączona: w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z: (...) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wypadków zaistniałych przed tym dniem”, „niniejsze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ani trwałego inwalidztwa spowodowanego bądź wynikającego bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części z powodu (...) choroby lub niepełnosprawności występujących na 12 miesięcy przed dniem wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy w ciągu 3 pierwszych miesięcy od daty

rozpoczęcia ochrony”, „przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie kredytobiorcy – w razie zgonu lub wystąpienia u ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, które zaszły od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wypłaci uprawnionemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe określone w § 15, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień umowy, jeśli przyczyna tych zdarzeń powstała w okresie odpowiedzialności”. Tak duża liczba skarg wynikała przede wszystkim z podania przez klienta nieprawdziwych (niepełnych) informacji w wypełnianym oświadczeniu o stanie zdrowia. W dokumencie tym znajdują się na ogół pytania dotyczące takich okoliczności i zdarzeń - o których mowa w owu - których wystąpienie pozwala zakładowi ubezpieczeń na wyłączenie swojej odpowiedzialności. Ubezpieczeni nie są świadomi konsekwencji takiego działania, gdyż przed zawarciem umowy nie zapoznają się z treścią owu lub nie otrzymują wyczerpującej informacji od osób zawierających umowę w imieniu ubezpieczającego. W niektórych sprawach stan zdrowia kredytobiorcy (np. nadciśnienie tętnicze, przebyty zawał serca, otyłość, cukrzyca, udar mózgu, choroba nowotworowa, padaczka, alkoholizm) automatycznie powinien wyłączyć go z objęcia ochroną ubezpieczeniową.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, często przy zawieraniu umowy ubezpieczenia kredytobiorców pracownicy banków lub innych podmiotów w sposób niedostateczny informują klienta o warunkach, w tym szczególnie o zakresie wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w tej umowie. W wielu sytuacjach wstępna rozmowa z potencjalnym kredytobiorcą pozwoliłaby wyłączyć go z grona osób, dla których proponowana umowa ubezpieczenia jest adekwatna do ich stanu zdrowia. Szczególnie, jest to ważne gdy w odczuciu potencjalnego ubezpieczonego zawarcie takiej umowy jest elementem dodatkowym, mniej istotnym niż podpisanie umowy kredytowej, a tym samym nie zawsze odnosi się on do tych czynności z należyta starannością.

Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował również nieprawidłowość, gdzie banki nagminnie wysyłają pisma do osób spokrewnionych ze zmarłym i nakazują im spłatę zadłużenia, pomimo że nie było postępowania spadkowego i nie wiadomo, czy osoby te będą spadkobiercami.

Drugie miejsce zajmują skargi na odmowne stanowisko zakładu ubezpieczeń w przypadku osób, które „osiągnęły ustawowy wiek emerytalny” bądź ukończyły 64 lub 65 rok życia. W powyższych przypadkach odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest wyłącznie do śmierci kredytobiorcy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub kalectwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (8 spraw). Tym samym z odpowiedzialności

zakładu ubezpieczeń wyłączone są przypadki, w których śmierć ubezpieczonego nastąpiła z przyczyn naturalnych. Zdarzały się również sytuacje, gdy ze względu na wiek, w chwili zawierania umowy kredytu (71 lat), osoba ubezpieczona nie powinna była zostać objęta ochroną ubezpieczeniową. W swoich wystąpieniach skarżący wykazywali, iż warunkiem dokonania zakupu i podpisania umowy kredytu było opłacenie składki z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego, brak było natomiast informacji o ograniczonym zakresie zawieranej umowy ubezpieczenia. W niektórych sprawach Rzecznik Ubezpieczonych polemizował ze stanowiskiem zakładu ubezpieczeń sformułowanym na podstawie trybu przypuszczającego stwierdzającym, iż „przyczyna zgonu jest zaliczana do schorzeń, które *mogą* spowodować śmierć naturalną”.

Kolejne miejsce zajmowały sprawy dotyczące świadczenia z tytułu czasowej bądź całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego (4 sprawy). W jednej ze skarg zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia stwierdzając, iż ubezpieczony jest uprawniony do pierwszego świadczenia z tytułu utraty pracy, jeżeli posiada status bezrobotnego przez okres co najmniej jednego miesiąca kalendarzowego, a od dnia rozwiązania umowy o pracę upłynęły co najmniej dwa miesiące kalendarzowe. W kolejnej sprawie ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia powołując się na postanowienia umowy generalnej zawartej z bankiem i wskazując, iż ubezpieczony nie przedstawił stosownego orzeczenia ZUS określającego go jako całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych postanowienia umowy generalnej nie zawierają wymogu, zgodnie z którym fakt całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji musi być stwierdzony wyłącznie orzeczeniem ZUS. Do Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęła również sprawa dotycząca zaniżonego świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Skarżący nie zgadzał się ze stanowiskiem zakładu ubezpieczeń przyznającym świadczenie od dnia stwierdzenia niezdolności do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza specjalistę medycyny pracy twierdząc, iż zaświadczenie stanowi jedynie potwierdzenie istniejącej już wcześniej niezdolności do pracy. W jednej sprawie z powyższego zakresu skarżący wskazywali na wysokie koszty ubezpieczenia.

Pozostałe sprawy z zakresu grupowego ubezpieczenia kredytobiorców dotyczyły min.:

- odmowy kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w umowie;
- odmowy wypłaty świadczenia w przypadku zdarzeń powstałych w sytuacji pozostawiania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (2 sprawy);

- odmowy wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, gdyż było konsekwencją choroby nabytej przed objęciem ubezpieczeniem tj. nie spełniało umownych warunków;
- niewłaściwego sposobu zawarcia umowy ubezpieczenia poprzez nie dostarczenie owu.

Wśród spraw dotyczących grupowego ubezpieczenia kredytobiorców skarżący zwracali szczególną uwagę na występujące ich zdaniem nieprawidłowości przy zawieraniu umowy ubezpieczenia kredytobiorcy:

- brak właściwej i rzetelnej informacji dotyczącej umownych warunków ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- pośpiech i nienależyta dbałość pracowników oferujących im to ubezpieczenie;
- brak bezpośredniego kontaktu z przedstawicielem zakładu ubezpieczeń;
- wg uzyskanych informacji ubezpieczenie było warunkiem udzielenia kredytu;
- kredytobiorca nie wypełniał sam wniosku o ubezpieczenie;
- nie udostępniono kredytobiorcy treści ogólnych warunków ubezpieczenia (owu) przy zawieraniu umowy;
- nie dostarczano kredytobiorcom pełnego tekstu owu lecz tylko ich fragmenty (wyciąg);
- owu udostępniane są jedynie do wglądu w siedzibie punktu kredytowego;
- tekst owu pisany jest zbyt drobnym drukiem;
- pracownik banku przy zawieraniu ubezpieczenia nie pytał o stan zdrowia kredytobiorcy;
- przy podpisywaniu umowy przedstawiono dokumenty ZUS, gdzie był wyszczególniony dodatek pielęgnacyjny stwierdzający, iż osoba jest bardzo chora, niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji – a mimo tego objęto chorą osobę ubezpieczeniem;
- brak wymogu poddawania niektórych osób badaniom lekarskim przed objęciem ich ochroną (zdaniem zakładu ubezpieczeń ubezpieczony powinien zdawać sobie sprawę z powagi swego stanu zdrowia);
- ubezpieczony sygnalizował ustnie stan zdrowia - brak dokumentu w postaci np. ankiety medycznej wypełnianej przez ubezpieczonego;
- ubezpieczony nie wiedział z jaką firmą ubezpieczeniową kredytodawca ma podpisaną umowę ubezpieczenia;
- wysokie koszty ubezpieczenia;

- kredyt wzięty bez zgody współmałżonka (wspólność majątkowa).

W skargach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych skarżący sygnalizowali następujące problemy pojawiające się w trakcie postępowania likwidacyjnego:

- bank nie chciał wydać kopii umowy ubezpieczenia i umowy kredytowej;
- uciążliwa procedura przedstawiania dokumentów kredytowych, medycznych i dotyczących zgonu ubezpieczonego;
- zakład ubezpieczeń nie udowodnił, aby u ubezpieczonego istniała potrzeba regularnego nadzoru stanu zdrowia lub leczenia, lecz powołał się na tą przesłankę przy odmowie przyznania świadczenia;
- nie wykazano aby zmarła wiedziała o chorobie, mimo że nie miała jej objawów, a odmówiono świadczenia;
- nie udowodniono związku przyczynowego pomiędzy schorzeniami a zgonem osoby ubezpieczonej, lecz odmówiono świadczenia – np. stan zdrowia ubezpieczonego wymagał regularnego nadzoru i stałego leczenia jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia z powodu chorób przewlekłych tj. nadciśnienia tętniczego i cukrzycy natomiast zgon nastąpił w wyniku nowotworu płuc.

Następna grupa spraw odnosiła się do **ubezpieczenia dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo – rozliczeniowych i kart płatniczych** (11 spraw, co stanowiło 11,1% wszystkich spraw). Skarg związanych z umową ubezpieczenia na życie z opcją NW odnotowano 8, natomiast z ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków - 2 sprawy. Jedna sprawa dotyczyła ubezpieczenia na życie dla posiadaczy kart kredytowych.

W jednej skardze dotyczącej ubezpieczenia na życie dla posiadaczy i współposiadaczy rachunku oszczędnościowo – rozliczeniowego, zakład ubezpieczeń nie odnotował zgłoszenia dotyczącego śmierci brata.

W przypadku ubezpieczenia na życie dla posiadaczy kart kredytowych „CreditShield” skarga dotyczyła wypłaty przez zakład ubezpieczeń świadczenia w wysokości niższej niż faktyczne zadłużenia na koncie karty. Zakład ubezpieczeń twierdził, iż zgodnie z przyjętą zasadą, uzgodnioną z Bankiem Handlowym saldo zadłużenia na karcie kredytowej ustala się na koniec dnia, w którym zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych tego typu zagadnienie nie może być przedmiotem tylko „własnych” ustaleń pomiędzy ubezpieczającym a zakładem ubezpieczeń, szczególnie, gdy beneficjentem uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia ma być ubezpieczony czyli osoba, która

powinna być dokładnie poinformowana o parametrach wpływających na wysokość świadczeń.

W kolejnym przypadku ubezpieczony zawarł grupowe ubezpieczenie na życie SUPEROPIEKA posiadacza ROR. Zdaniem skarżącej składki potrącone były z rachunku ubezpieczonego przez bank i fakt nie potrącenia składki i nie przekazania jej ubezpieczycielowi nie wynikał z winy ani woli ubezpieczonego lecz tylko z błędu pracownika banku. Na skutek braku informacji, iż owu nie przewidują możliwości wznowienia ubezpieczenia, a ponowne objęcie ochroną możliwe jest po przystąpieniu do nowej umowy ubezpieczony, chcąc zachować ciągłość ochrony ubezpieczeniowej zawarł nową umowę. Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego twierdząc, iż nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie chorób istniejących przed datą początku odpowiedzialności.

Rzecznik otrzymał również pismo dotyczące braku informacji ze strony banku, iż umowa ubezpieczenia z zakładem ubezpieczeń wygasła przed datą śmierci męża.

Następna sprawa dotyczyła odmowy wypłaty świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Zdaniem zakładu ubezpieczeń dokumentacja medyczna zgromadzona w przedmiotowej sprawie potwierdziła wystąpienie u klientki uszczerbku na zdrowiu. Jednak stan zdrowia ubezpieczonej nie został uznany za trwałe inwalidztwo częściowe w myśl zapisów owu tj. trwałe uszkodzenia ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie części ciała bądź organu lub całkowitej i nieodwracalnej utracie władzy w organie lub części ciała powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał również skargę, do wiadomości, dotyczącą zamknięcia konta i wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie posiadaczy limitu w saldzie debetowym w rachunku osobistym w Banku BPH S.A. po śmierci matki.

W przypadku ubezpieczenia NNW w zakresie poważnych urazów dla posiadaczy rachunku EUROKONTA PLUS, EUROKONTA VIP, EUROKONTA PRESTIŻ, EUROKONTA WWW, EUROKONTA BUSINESS oraz przedstawicieli posiadaczy pakietu BUISNES LIDER Banku Pekao S.A. zakład ubezpieczeń stwierdził, iż przyczyną zgonu był przewlekły proces chorobowy i odmówił wypłaty świadczenia. Ubezpieczyciel powołał się na zapis owu zgodnie z którym za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się żadnych chorób, wliczając w to choroby o nagłym i gwałtownym przebiegu.

Przy ubezpieczeniu NNW posiadaczy rachunków oszczędnościowo - rozliczeniowych EKSTRAKONTO VIP w Kredyt Banku S.A. zakład ubezpieczeń odmawiając wypłaty świadczenia stwierdził, iż obrażenia ciała jakich doznał skarżący w trakcie wypadku

komunikacyjnego nie mieszczą się wśród rodzajów uszczerbku, które ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową tj. śmierć ubezpieczonego, stały uszczerbek na zdrowiu - zgodnie z ową umową obejmuje ściśle określony rodzaj uszczerbku, całkowitą niezdolność do pracy.

Jedną ze spraw dotyczyła ubezpieczenia dla posiadaczy i użytkowników kart kredytowych w BGŻ S.A. Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania ze względu na niezachowanie przez skarżącego określonego w warunkach ubezpieczenia obowiązku zgłoszenia kradzieży lub rabunku policji w ciągu 46 godzin od chwili ujawnienia się zdarzenia. Skarżący twierdzi, iż zdarzenie w postaci kradzieży karty zostało ujawnione w dniu otrzymania wyciągu z konta, a tym samym dokonując zgłoszenia tego faktu na drugi dzień, dochował terminów określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

W wystąpieniach dotyczących ubezpieczenia dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo – rozliczeniowych i kart płatniczych skarżący zwracali również uwagę na:

- 1) brak informacji i dokumentów dotyczących warunków tego ubezpieczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
- 2) brak informacji, o tym iż ogólne warunki ubezpieczenia nie przewidują możliwości wznowienia ubezpieczenia, a ponowne objęcie ochroną możliwe jest po przystąpieniu do kolejnej umowy ubezpieczenia;
- 3) brak możliwości wyboru firmy ubezpieczeniowej;
- 4) to, że rodzaj umowy ubezpieczenia został im wskazany przez bank;
- 5) fakt, iż pracownicy banku nie dokonali potrącenia składki ubezpieczeniowej, co skutkowało odmową świadczenia;
- 6) wysoką składkę ubezpieczeniową narzuconą przez bank w trakcie podpisywania umowy bez możliwości negocjacji.

W omawianym okresie sprawozdawczym kolejne miejsce zajmowały skargi dotyczące **składek ubezpieczeniowych** (12 spraw, co stanowiło 12,2% wszystkich spraw).

Większość spraw z tego zakresu (8 skarg) dotyczyła zwrotu części składki przypadającej proporcjonalnie do okresu o jaki uległ skróceniu planowany okres ochrony ubezpieczeniowej, w związku z wcześniejszą spłatą kredytu. Zdaniem zakładu ubezpieczeń składka ubezpieczeniowa jest obliczana i pobierana jednorazowo za cały okres przewidywanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej osobom, które zaciągnęły kredyt i nie podlega zwrotowi. W opinii ubezpieczyciela fakt wcześniejszej spłaty kredytu nie stanowi podstawy do zwrotu składki ubezpieczeniowej. Natomiast zdaniem Rzecznika

Ubezpieczonych wcześniejsza spłata zadłużenia skraca czas, w którym ponoszone jest ryzyko ubezpieczeniowe, co powinno skutkować zwrotem niewykorzystanej części składki.

Z analizy skarg z tego zakresu wynika, iż kredytobiorcy przy zawieraniu jednocześnie umowy ubezpieczenia nie byli dokładnie poinformowani o zakresie ochrony ubezpieczeniowej i przysługujących im świadczeniach w ramach zawartej umowy. Pomijano również informację, że w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu nie będzie możliwości zwrotu nadpłaconej składki. W swoich wystąpieniach skarżący zwracali również uwagę, iż nie otrzymywali ogólnych warunków ubezpieczenia przy podpisywaniu umowy, a jedynie informację, że zawarcie ubezpieczenia jest warunkiem otrzymania kredytu lub pożyczki.

W jednej ze spraw skarżący podnosili, że po zorientowaniu się jak wysoki jest koszt ubezpieczenia w związku z zawartą umową pożyczki zwrócili się do banku z prośbą o zmianę warunków umowy ubezpieczenia, gdyż ta nie spełnia ich oczekiwań tj. nie obejmuje swoim zakresem ubezpieczenia od utraty pracy z powodu choroby. Bank odmówił rozwiązania zawartej umowy ubezpieczenia wskazując, iż zgodnie z zawartą umową kredytową nie ma możliwości odstąpienia od umowy ubezpieczenia pożyczki po jej pisemnym zaakceptowaniu. Rozwiązanie zawartej umowy może nastąpić jedynie przy jednoczesnym rozwiązaniu umowy pożyczki i zwrocie pobranej kwoty.

W kolejnym przypadku bank nie uznał złożonej przez ubezpieczoną rezygnacji z ubezpieczenia i wezwał skarżącą do zapłaty zaległej składki wraz z odsetkami. W powyższym przypadku bank wyjaśnił, iż zgodnie z umową kredytową rezygnacja z ubezpieczenia jest równoznaczna z odstąpieniem od umowy o kredyt.

Jedna sprawa dotyczyła niesłusznego, zdaniem skarżącego, pobrania przez bank z jego konta składki za ochronę ubezpieczeniową po okresie dwóch lat od chwili zawarcia umowy.

W przedstawianym okresie sprawozdawczym trzy sprawy dotyczyły **ubezpieczenia kredytu**. Dwie sprawy dotyczyły Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Rzecz Kredytobiorców i Posiadaczy kart, zawartej pomiędzy GE Money Bankiem S.A., a Lighthouse Life Assurance Company Limited i Lighthouse General Insurance Company Limited (przedstawiciel – Genworth Financial). W powyższych przypadkach zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia z tytułu zgonu kredytobiorcy wskazując na wyłączenie swojej odpowiedzialności w przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpił wskutek choroby, która została stwierdzona w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia. Jedna sprawa dotyczyła grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty pracy i hospitalizacji kredytobiorców kredytów udzielonych przez PKO

BP S.A. W tej sprawie skarżący kwestionował stanowisko zakładu ubezpieczeń przyznające odszkodowanie z tytułu hospitalizacji w wysokości połowy raty kredytu.

Kolejna sprawa dotyczyła odmowy wypłaty odszkodowania za szkodę poniesioną wskutek kradzieży z włamaniem do domu skarżących polegającą na uszkodzeniu bramy garażowej. Poszkodowani zawarli, przy ubezpieczeniu kredytu hipotecznego, grupowe ubezpieczenie budynków i lokali mieszkalnych osób fizycznych za pośrednictwem Banku Millennium S.A. w PZU S.A. Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania stwierdzając, iż zawarta umowa nie obejmuje żadnych szkód powstałych w ubezpieczonym obiekcie podczas kradzieży z włamaniem.

Jedna skarga dotyczyła upadłego Zakładu Ubezpieczeń WESTA S.A.

W okresie objętym sprawozdaniem wśród skarg, które wpłynęły od Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu bancassurance zdecydowanie dominowały zarzuty dotyczące oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 74 skargi, co stanowiło 74,8% wszystkich spraw. Kolejne miejsce zajmowały skargi dotyczące składek ubezpieczeniowych (19 spraw, co stanowiło 19,2% wszystkich spraw) tj. odmowy ich zwrotu za niewykorzystany okres ubezpieczenia lub przy odstąpieniu od umowy, nieprawidłowe potrącenie składki a także sprawy, w których trudno było zdefiniować jednoznacznie przedmiot sporu.

Nieliczne skargi odnosiły się do sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia (3 sprawy, co stanowiło 3,0% wszystkich spraw) lub opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym (2 sprawy, co stanowiło 2,0% wszystkich spraw). W jednej sprawie ubezpieczony skarżył się na odmowę kontynuacji ubezpieczenia (1,0% wszystkich spraw) (tabela nr 3, wykres do tabeli nr 3).

W większości spraw, tj. 82 (82,8% wszystkich spraw) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję (tabela nr 4, wykres do tabeli nr 4). Podjęcie interwencji w danej sprawie miało miejsce wówczas gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub słuszny interes osób, które interesy Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje.

Jej podjęcia odmówił w 14 przypadkach, co stanowiło 14,2% wszystkich skarg z zakresu bancassurance. Podstawową przyczyną niepodjęcia interwencji było stwierdzenie, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazuje na naruszenia prawa bądź interesów ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Nie podejmowano również interwencji w sprawach kierowanych do Rzecznika jako do kolejnego adresata ("do wiadomości"), gdyż ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie

Rzecznika z daną sprawą. Pewna grupa spraw wymagała uzupełnienia o dodatkowe informacje, bez których dalsze badanie jej było niemożliwe.

W 3 sprawach (3,0% wszystkich spraw) z uwagi na znaczny wzrost dynamiki wnoszonych skarg nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym i dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych podjętych w sprawach z zakresu bancassurance w okresie III kwartałów 2007 roku łącznie w odniesieniu do 17 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 28,3% wszystkich spraw zakończonych, w tym 3 sprawy zostały uznane w drodze wyjątku (3,0%) (tabela nr 5, wykres do tabeli nr 5).

43 sprawy zostały zakończone wynikiem negatywnym, co stanowiło 71,7% wszystkich skarg z zakresu bancassurance, w których Rzecznik Ubezpieczonych zakończył postępowanie interwencyjne.

Przedmiotem analizy Rzecznika Ubezpieczonych nadal pozostają 24 sprawy, co stanowi 29,3% wszystkich spraw, w których podjęta została interwencja.

W okresie III kwartałów 2007 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 90 skarg z zakresu bancassurance odnoszących się do nieprawidłowości w dziale I.

Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I odnotowano 75 wystąpień (tabela nr 6). W 10 przypadkach sprawa dotyczyła zagranicznego podmiotu, a w 5 sprawach brak było wskazania nazwy zakładu ubezpieczeń na życie, którego dotyczyła skarga.

Z danych statystycznych dotyczących skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu bancassurance w okresie III kwartałów 2007r., podobnie zresztą jak w latach ubiegłych, wynika, iż najliczniejsza grupa skarg odnosi się do ubezpieczeń na życie. Liderem jest tu TU na Życie CARDIF Polska S.A. (30 skarg), następne miejsce zajmuje TU na Życie Europa S.A. (11 spraw), TUnŻ WARTA S.A. (7 skarg) i po 6 spraw wpłynęło na PAPTUnŻiR Amplico Life S.A. i MetLife TU na Życie S.A. Najwięcej skarg na TU na Życie CARDIF Polska S.A. (26 spraw) i TU na Życie Europa S.A. (10 spraw) dotyczyło grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców. Odpowiednio 4 i 1 sprawa odnosiły się do składek ubezpieczeniowych. Natomiast wszystkie skargi na TUnŻ WARTA S.A. i PAPTUnŻiR Amplico Life S.A. dotyczyły ubezpieczenia kredytobiorców. Cztery sprawy na MetLife TU na Życie S.A. odnosiły się do ubezpieczenia kredytobiorców, a dwie

do ubezpieczenia dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo – rozliczeniowych i kart płatniczych.

W omawianym okresie sprawozdawczym skarg z zakresu bancassurance odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II odnotowano łącznie 9.

Na działalność poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II wpłynęło 6 skarg (tabela nr 7). W 2 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do działalności zagranicznych zakładów ubezpieczeń, jedna sprawa dotyczyła upadłego zakładu ubezpieczeń (ZU WESTA). Można zauważyć, iż liczba skarg dotycząca omawianej problematyki a odnosząca się do zakładów ubezpieczeń działu II stanowi bardzo mały procent otrzymywanych spraw.

Z analizy skarg otrzymywanych przez Rzecznika Ubezpieczonych można zauważyć, iż polisy ubezpieczeniowe pozyskiwane kanałem bankowym generują coraz większą liczbę spraw. Część z nich wynikała z niezajomości owu przed zawarciem umowy, często z powodu pośpiechu przy zawieraniu umowy kredytowej lub z trudności w przeczytaniu i zrozumieniu kilku stron trudnego prawniczego tekstu pisanego zazwyczaj drobnym drukiem. Często dopiero dokładna analiza owu pozwalała stwierdzić jakim właściwie zakresem ubezpieczenia jest ubezpieczony objęty, a to następuje zazwyczaj gdy zachodzi potrzeba skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. W części spraw podnoszone było jednak nieotrzymanie owu przy przystąpieniu do umowy. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, bank jako ubezpieczający, powinien przekazywać ubezpieczonym klientom otrzymane od zakładu ubezpieczeń egzemplarze ogólnych warunków ubezpieczenia i to jeszcze przed zawarciem umowy.

Skarżący wskazywali również na brak należytej informacji o zakresie ubezpieczenia co w konsekwencji prowadziło do zakupu określonego produktu ubezpieczeniowego nieadekwatnego do ich oczekiwań. Często zawarcie ubezpieczenia dawało konsumentowi złudne przekonanie o posiadaniu szerokiej ochrony, co w przypadku zaistnienia określonego zdarzenia ubezpieczeniowego miało się z celem, dla którego zawarta powinna być ta umowa. Z analizy otrzymanych skarg wynika, iż umowy zawierane są również z osobami w podeszłym wieku będącymi na rencie, pobierającymi dodatek pielęgnacyjny, co do których istnieje ogromne prawdopodobieństwo, że mogą umrzeć na trapiące ich choroby, co wyklucza ich z kręgu osób, które chroni zawierana na ich rzecz umowa. W przypadku tych klientów ubezpieczenie obejmowało faktycznie tylko śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, o czym nikt przy zawieraniu umowy jasno nie mówił.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych wina leży nie tylko po stronie ubezpieczycieli, lecz raczej banków i innych instytucji (ubezpieczających) działających w ich imieniu, które nie zapewniają prawidłowej informacji o danym ubezpieczeniu. Warto zauważyć, iż w umowach z zakresu bancassurance, finansowanie składki ubezpieczeniowej z ubezpieczającego - banku jest przerzucane na ubezpieczonego – klienta banku i to on powinien odnieść realną korzyść w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Tabela nr 1
Liczba skarg dotyczących bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych
w latach 2004 – 2007 (III kwartały)

Lp.	Rok	Liczba skarg (dot. bancassurance)	Liczba skarg (ogółem)	%
1.	2004	39	4 235	1,0
2.	2005	62	4 601	1,4
3.	2006	109	6 404	1,7
4.	2007 (III kwartały)	99	5 046	2,0

Wykres do tabeli nr 1 Liczba skarg dotyczących bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych
w latach 2004 - 2007 (III kwartały)

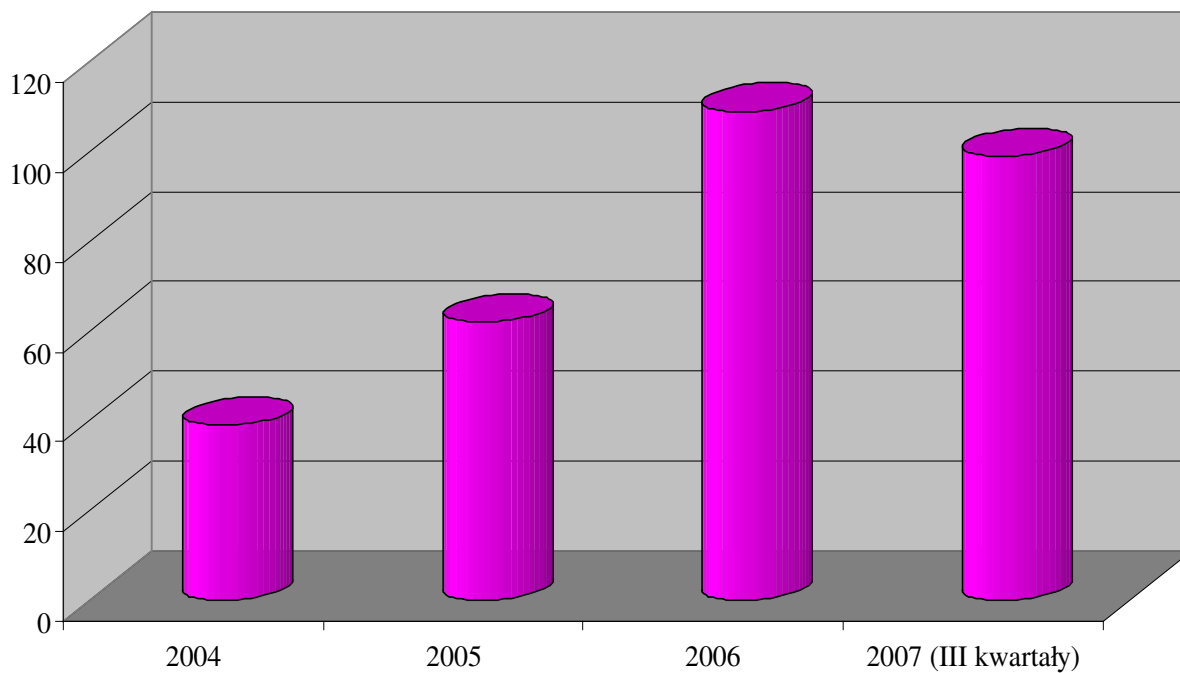


Tabela nr 2
Tematyka skarg z zakresu bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych
w okresie III kwartałów 2007 roku

Lp.	Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
1.	Ubezpieczenie kredytobiorców	71	71,7
2.	Ubezpieczenie dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo – rozliczeniowych i kart płatniczych	11	11,1
3.	Składki	12	12,2
4.	Ubezpieczenie kredytu	3	3,0
5.	Ubezpieczenie mienia	1	1,0
6.	Upadłość Zakładów Ubezpieczeń	1	1,0
7.	Ogółem	99	100

Wykres do tabeli nr 2 Tematyka skarg z zakresu bancassurance wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007r.

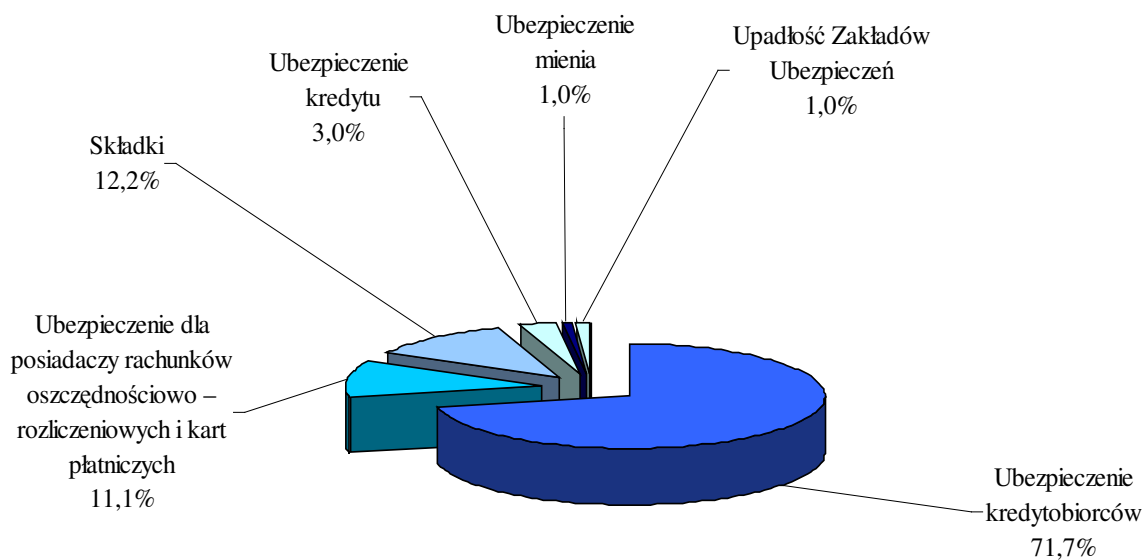


Tabela nr 3
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych
w okresie III kwartałów 2007 roku

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Oddalenie roszczenia	74	74,8
2.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia	3	3,0
3.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym	2	2,0
4.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia	1	1,0
5.	Inne, w tym; zwrot składek za niewykorzystany okres ubezpieczenia, zwrot składek przy odstąpieniu od umowy, nieprawidłowe potrącenie składki	19	19,2
6.	Ogółem	99	100

Wykres do tabeli nr 3 Zarzuty zawarte w skargach z zakresu bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007r.

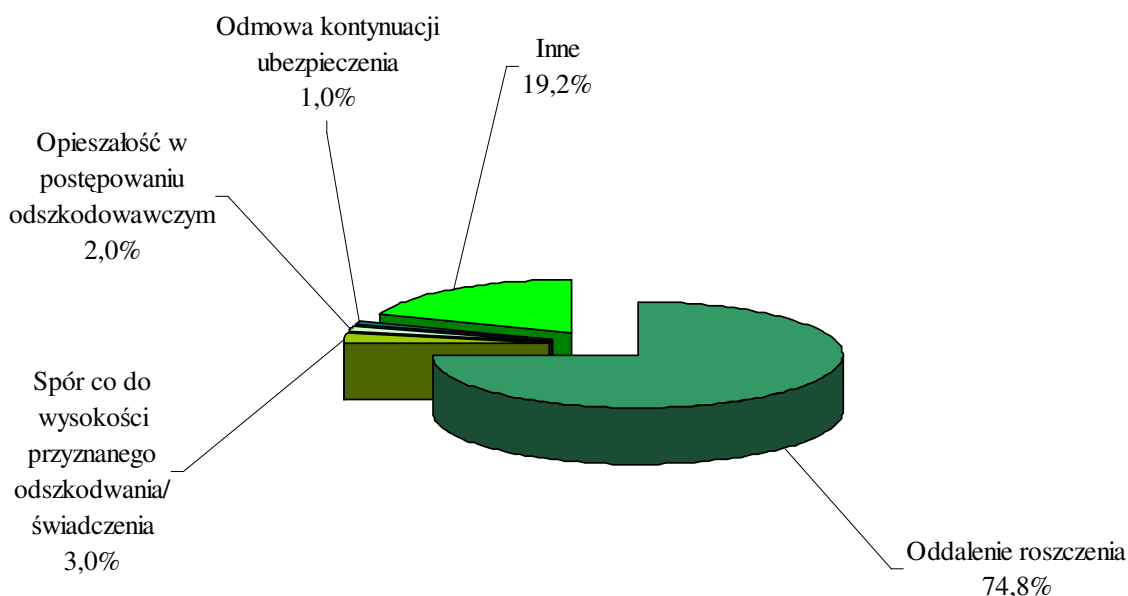


Tabela nr 4
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych
w okresie III kwartałów 2007 roku

Lp.	Sposób działania	Liczba	%
1.	Podjęcie interwencji	82	82,8
2.	Niepodjęcie interwencji, przyczyny:	14	14,2
	- udzielenie wyjaśnień, o które zwracał się konsument lub gdy stwierdzono brak przesłanek formalno-prawnych do interwencji RU,	8	8,2
	- przesłanie skargi do wiadomości RU bez wyraźnej prośby o interwencję,	3	3,0
	- niekompletność dokumentacji	3	3,0
3.	Brak ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym	3	3,0
4.	Ogółem	99	100

Wykres do tabeli nr 4 Tryb rozpatrywania skarg z zakresu bancassurance wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007r.

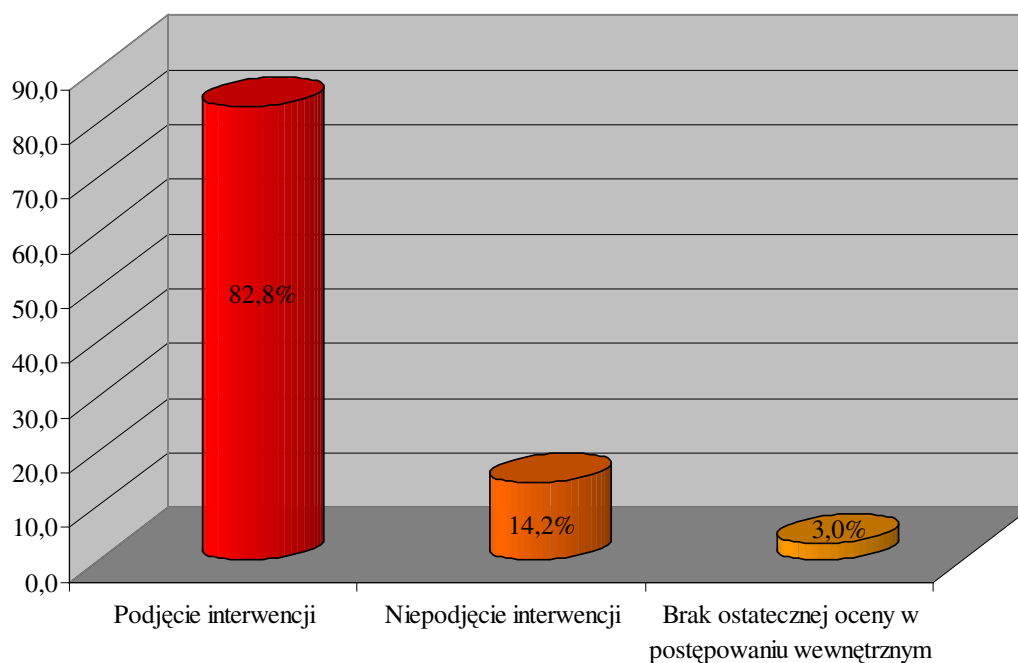


Tabela nr 5

**Wynik interwencji w sprawach z zakresu bancassurance
zakończonych w okresie III kwartałów 2007 roku**

Lp.	Wynik interwencji	Liczba	%
1.	Uznanie zasadności skargi	14	23,3
2.	Uznanie w drodze wyjątku	3	5,0
3.	Wynik negatywny	43	71,7
4.	Ogółem	60*	100

* W tyłu sprawach zakład ubezpieczeń zajął ostateczne stanowisko. W toku pozostają **24** sprawy, co stanowiło **29,3%** wszystkich spraw, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję w okresie III kwartałów 2007 roku

**Wykres do tabeli nr 5 Wynik interwencji w sprawach z zakresu bancassurance
zakończonych w okresie III kwartałów 2007r.**

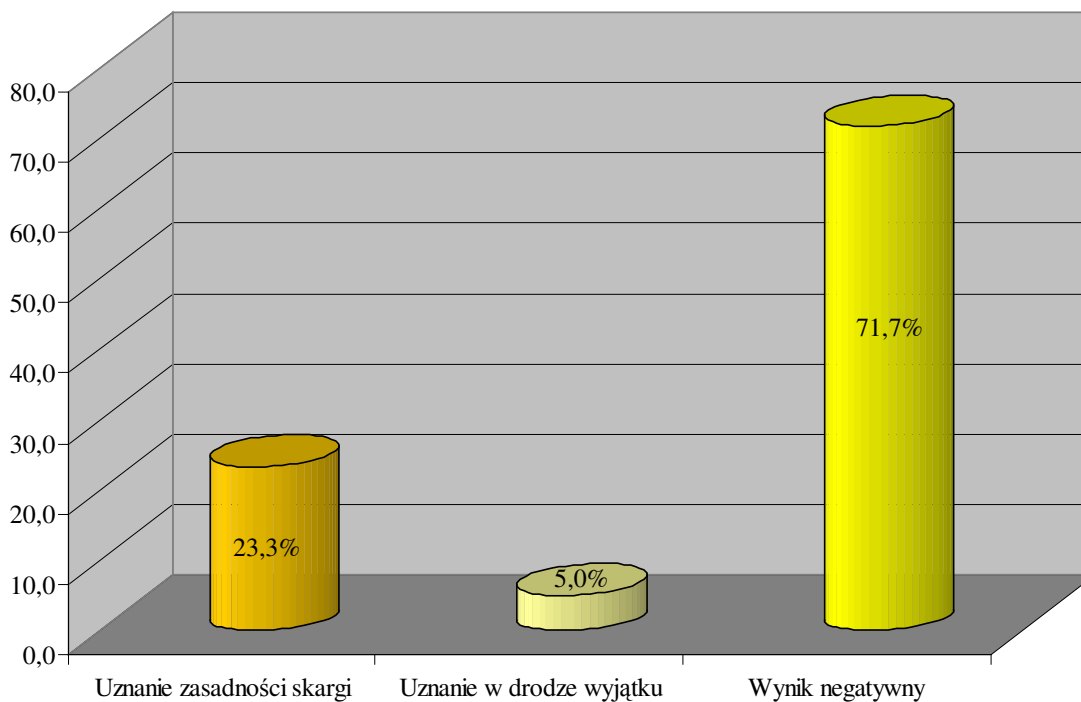


Tabela nr 6

Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych – ogółem wraz ze wskazaniem na skargi z zakresu bancassurance - w porównaniu do ich udziału w rynku w okresie III kwartałów 2007 roku

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu I	Liczba skarg (ogółem)	Procent ogólnej liczby skarg	Liczba skarg z zakresu bancassurance	Procent ogólnej liczby skarg z zakresu bancassurance na dany z.u.	udział z.u. w rynku działu I w % (stan na 30.06.2007r.)*
1.	TU Allianz Życie Polska S.A.	17	2,398	2	11,765	9,668
2.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	33	4,654	6	18,182	7,652
3.	BENEFIA TU na Życie S.A.	1	0,141	1	100,000	0,400
4.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	31	4,372	30	96,774	1,490
5.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	11	1,551	2	18,182	0,829
6.	TU na Życie Europa S.A.	15	2,116	11	73,333	3,415
7.	FinLife TU na Życie S.A.	12	1,693	3	25,000	0,272
8.	Gerling Polska TU na Życie S.A.	10	1,410	1	10,000	1,235
9.	TU na Życie ING Nationale-Niederlanden Polska S.A.	15	2,116	3	20,000	5,383
10.	MetLife TU na Życie S.A.	8	1,128	6	75,000	0,489
11.	PZU Życie S.A.	414	58,392	1	0,242	28,426
12.	Royal Polska TU na Życie S.A.	3	0,423	1	33,333	1,523
13.	TU SKOK Życie S.A.	1	0,141	1	100,000	0,226
14.	TUnŻ WARTA S.A.	21	2,962	7	33,333	1,697

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 2/2007

Tabela nr 7

Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych – ogółem wraz ze wskazaniem na skargi z zakresu bancassurance - w porównaniu do ich udziału w rynku w okresie III kwartałów 2007 roku

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu II	Liczba skarg (ogółem)	Procent ogólnej liczby skarg	Liczba skarg z zakresu bancassurance	Procent ogólnej liczby skarg z zakresu bancassurance na dany z.u.	udział z.u. w rynku działu II w % (stan na 30.06.2007r.)*
1.	TU Allianz Polska S.A.	179	4,293	1	0,559	7,394
2.	Generali TU S.A.	92	2,206	1	1,087	2,079
3.	PZU S.A.	1480	35,492	2	0,135	45,401
4.	TUiR WARTA S.A.	697	16,715	2	0,287	10,236

* Udział w rynku mierzony składką przypisana brutto w dziale II
 Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 2/200