



Nieprawidłowości w ogólnych warunkach ubezpieczenia

Raport Rzecznika Ubezpieczonych

(ubezpieczenia na życie - dział I)

I. Ogólne informacje dotyczące wzorców umownych w ubezpieczeniach

Ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) stanowią tzw. wzorzec umowny, który jest tworzony na potrzeby funkcjonowania danego rodzaju ubezpieczenia. Stanowią one integralną część umowy ubezpieczenia, kształtując jej treść.

Ogólne warunki ubezpieczenia jako wzorce umowne podlegają podobnie jak inne wzorce umów kodeksowej regulacji wzorców umownych oraz dodatkowo regulacjom kodeksu cywilnego w zakresie umowy ubezpieczenia oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

W obrocie ubezpieczeniowym wzorce umowne muszą być tworzone w sposób jasny i zrozumiały. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie należy interpretować na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

W przypadku ogólnych warunków ubezpieczenia na życie minimalną treść o.w.u. określono jednak znacznie szerzej niż w przypadku ubezpieczeń majątkowych w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Oprócz regulacji zawartej w art. 12a tej ustawy, wspólnej dla ubezpieczeń życiowych i majątkowych, zgodnie z wymogami dyrektyw unijnych w art. 13 ust. 1 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej określono dodatkowy zakres obowiązkowej treści umowy ubezpieczenia na życie oraz w szczególowy sposób - treść umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Ogólne warunki ubezpieczenia muszą określać w szczególności:

- 1) rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot;
- 2) warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują;
- 3) prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia;
- 4) zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- 5) przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody;
- 6) sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych;
- 7) sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej;

- 8) metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują;
- 9) tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony;
- 10) przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Ponadto stosownie do wymogów art. 13 ust. 1 ustawy w odniesieniu do ubezpieczeń na życie, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń;
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń;
- 4) opisu tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń;
- 5) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.

Z kolei zgodnie z art. 13 ust. 4 ustawy w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia;
- 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Z analiz ogólnych warunków ubezpieczenia przeprowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych wynika, że ogólne warunki ubezpieczenia zawierają postanowienia, które mogą być uznane za niezgodne z przepisami obowiązującego prawa. Do charakterystycznych kwestii budzących wątpliwości zaliczyć należy:

- sprzeczność postanowień wzorca z przepisami kodeksu cywilnego i innych ustaw,
- występowanie niedozwolonych postanowień umownych, czyli postanowień naruszających prawa i interesy konsumentów usług ubezpieczeniowych,
- nieprecyzyjność postanowień wzorców, brak przejrzystości tekstu oraz wadliwość konstrukcji o.w.u. od strony formalnej.

Z punktu widzenia ochrony interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych ważne jest aby wskazywane w niniejszym raporcie nieprawidłowości zostały przeanalizowane i możliwie szybko zmienione.

Rzecznik Ubezpieczonych na podstawie kompetencji ustawowych określonych w art. 26 ust. 4 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153 ze zm.) w przypadku stwierdzenia, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia są niekorzystne, naruszają interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, ma możliwość występowania do zakładów ubezpieczeń z wnioskiem o weryfikację postanowień budzących wątpliwości.

Działania te od strony formalnej ułatwia art. 27 wskazanej ustawy, zgodnie z którym zakłady ubezpieczeń przekazują Rzecznikowi Ubezpieczonych teksty ogólnych warunków ubezpieczeń, wzory umów i wniosków o ubezpieczenie oraz innych dokumentów i formularzy stosowanych przy zawieraniu tych umów.

Rzecznik zadania te realizuje poprzez sprawdzanie treści wzorców umownych w zakresie występowania nieprawidłowości oraz wnioskowanie do podmiotów rynkowych o dokonanie stosownych zmian.

II. Cel i zasady sporządzenia raportu

W raporcie Rzecznik Ubezpieczonych prezentuje przykłady nieprawidłowości dostrzeżonych w wyniku analiz o.w.u. na życie. Celem raportu jest zasygnalizowanie rynkowi oraz skłonienie do dalszej analizy prawnej stosowanych wzorców umownych.

Ilekrót w tekście opracowania jest mowa o kodeksie cywilnym, ustawie o działalności ubezpieczeniowej, rozumieć należy przez to:

- ustawę z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16 poz. 93 z późn. zm.)
- ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.)

III. Prezentacja dostrzeżonych naruszeń przepisów prawa, przykładów postanowień, które mogłyby być uznane za niedozwolone postanowienia umowne oraz innych postanowień w ocenie Rzecznika niekorzystnych dla konsumenta

Dostrzeżone w wyniku analiz dokonywanych przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych nieprawidłowości w formułowaniu postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia polegały w szczególności na:

- zastrzeżeniu możliwości potrącenia raty składki z kwoty świadczenia w sytuacji, gdy ubezpieczający i ubezpieczony są różnymi osobami;
- nakładaniu dodatkowych obowiązków na ubezpieczonego, na którego rachunek inny podmiot zawarł umowę ubezpieczenia na życie;
- przyznaniu ubezpieczycielowi uprawnienia do odstąpienia od umowy w sytuacji podania przez ubezpieczającego nieprawdziwych informacji oraz niezgodnych z ustawą ograniczeń odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- wprowadzeniu możliwości potrącenia składki ubezpieczeniowej w sytuacji, gdy nie zachodziła przesłanka jej wymagalności;
- określeniu sposobu rozliczania składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia niezgodnie z ustawą;
- wprowadzeniu notyfikacji ryzyka w czasie trwania umowy;

- zniekształcające prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia określone w art. 814 § 4 k.c.;
- odwoływaniu się do postanowień umownych, z którymi konsument nie miał możliwości się zapoznać;
- dopuszczaniu zawarcia umowy ubezpieczenia w formie umowy ramowej;
- uzależnianiu zawarcia umowy od wcześniejszej zapłaty składki;
- wprowadzeniu zapisu, który zwalnia ubezpieczyciela z odpowiedzialności w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo;
- niewłaściwym określeniu terminu spełnienia świadczenia;
- skracaniu terminu przedawnienia roszczeń;
- zastrzeżeniu prawa zmiany warunków umowy ubezpieczenia na życie z ważnych przyczyn;
- zastrzeżeniu prawa wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela w sytuacjach wskazanych w o.w.u., lecz niewymienionych w przepisach ustawy;
- wprowadzaniu obowiązku zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności, w sytuacji, gdy przepisy nie zastrzegają takiej formy;
- niezgodnym z ustawą określeniu udziału uposażonego w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego;
- nadmiernych wymogach formalnych dotyczących wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
- nieprecyzyjnym formułowaniu warunków umowy, w tym definicji;
- stosowaniu postanowień pozostających w sprzeczności z ogólnymi zasadami prawa cywilnego oraz niedozwolonych postanowień umownych.

1. Nieprawidłowości dostrzeżone w analizach dokonanych przed nowelizacją przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia

a) Naruszenia przepisów Kodeksu cywilnego w o.w.u. stosowanych przed 10 sierpnia 2007 r.

- art. 498 § 1 k.c.

Niezgodne z przywołanym przepisem było postanowienie o.w.u. zastrzegające dla zakładu ubezpieczeń w przypadku opłacania składki w ratach prawa do potrącenia z kwoty świadczenia raty składki, która nie była wymagalna.

Potrącenie raty składki jest także niedopuszczalne w przypadku, gdy ubezpieczony i ubezpieczający są dwiema różnymi osobami, ponieważ wierzytelność może zostać potrącona tylko wówczas, gdy obie strony są jednocześnie dłużnikami i wierzycielami względem siebie.

- art. 808 § 2 k.c.

Postanowienia o.w.u. nakładające obowiązki nie tylko na Ubezpieczającego, ale również na Ubezpieczonego, na rzecz którego została zawarta umowa ubezpieczenia pozostawały w sprzeczności z przepisem, stanowiącym, iż obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia obciążają wyłącznie ubezpieczającego.

- art. 812 § 2 pkt 6 k.c.

Przed nowelizacją kodeksu cywilnego ten właśnie przepis zawierał enumeratywne wyliczenie elementów niezbędnych, które powinny znaleźć się w o.w.u. (obecnie regulacja ta znajduje się w art. 12a ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

W analizowanych o.w.u. Rzecznik spotykał się z brakiem określenia sposobu ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej. Brak uregulowania kwestii zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia był również sprzeczny z tym przepisem, gdyż nie czynił zadość wymaganiom ustawy.

- art. 812 § 4 k.c.

Postanowienie o.w.u. przewidujące prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni dla osób fizycznych oraz w terminie 7 dni dla osób prawnych. Tymczasem przepis k.c. przewiduje co do zasady możliwość odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego w terminie 30 dni, natomiast w przypadku, gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą termin ten skraca do 7 dni. Regulacja kodeksowa nie używa jednak pojęcia osoba prawna. Zatem, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przez przedsiębiorcę - mogą pojawić się uzasadnione wątpliwości oraz rozbieżności interpretacyjne, co do terminu odstąpienia od umowy przez przedsiębiorcę.

- art. 813 § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym w razie niezapłacenia należnej składki, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu do momentu opłacenia wszystkich zaległych składek, a więc także składek, które przypadają za okres zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych takie

rozwiązanie jest sprzeczne z normą stanowiącą, że składka ubezpieczeniowa jest obliczana za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

- art. 815 § 2 k.c.

Postanowienia o.w.u. zobowiązujące ubezpieczającego do informowania zakładu ubezpieczeń o zmianie wszelkich danych dotyczących ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz uposażonych. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych nałożenie takiego obowiązku informacyjnego jest niedopuszczalne w świetle powyższego przepisu kodeksu cywilnego.

- art. 815 § 3 k.c.

Zapisy o.w.u. przyznające zakładom ubezpieczeń prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy ubezpieczający, ubezpieczony podał informacje niezgodne ze stanem faktycznym. Należy wskazać, że ww. przepis kodeksu cywilnego w brzmieniu sprzed ostatniej jego nowelizacji nie przewidywał uprawnienia do odstąpienia przez zakład ubezpieczeń od umowy ubezpieczenia, lecz zwolnienie zakładu ubezpieczeń od odpowiedzialności, w przypadku gdy ubezpieczający podał niezgodne z prawdą okoliczności, o które zakład zapytywał w formularzu oferty albo w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ponadto, dodatkową przesłanką był fakt, że okoliczności te miały mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową ubezpieczenia.

b) Klauzule niedozwolone w o.w.u. stosowanych przed 10 sierpnia 2007 r.

- art. 385³ k.c.

Występowały przypadki, w których w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie brakowało informacji na temat treści, czy też sposobu zapoznania się ze wzmiankowanymi w o.w.u. taryfami składek oraz minimalną wysokością składki ubezpieczeniowej. Zawieranie umowy ubezpieczenia na podstawie postanowień, z którymi konsument nie miał możliwości się zapoznać przed jej zawarciem mogło być uznane za sprzeczne z ww. przepisem.

2. Nieprawidłowości dostrzeżone w analizach dokonanych po nowelizacji przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia

a) Naruszenia przepisów Kodeksu cywilnego po nowelizacji przepisów dotyczących umowy ubezpieczenia

- art. 353¹ k.c.

W umowie ubezpieczenia na życie dotyczącej życia konkretnej osoby, niedopuszczalne jest ubezpieczenie anonimowego ryzyka. Zmiana ubezpieczonego w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, w której ryzyko nie ma charakteru anonimowego oznaczałoby w konsekwencji zmianę interesu ubezpieczeniowego, czyli odpadnięcia dotychczasowego interesu i powstanie nowego. Powinno to prowadzić do rozwiązania dotychczasowej umowy i zawarcia nowej. Tylko w ubezpieczeniach majątkowych ubezpieczający może wskazywać kolejno ubezpieczonych, o ile będą oni podmiotami interesu majątkowego, który stanowi przedmiot ubezpieczenia.

W analizowanych o.w.u. pojawiały się postanowienia dające ubezpieczającemu możliwość zmiany ubezpieczonego w każdym czasie. Zmiana miałaby polegać bądź to na zamianie osoby dotychczasowego ubezpieczonego, bądź to na wstąpieniu w miejsce ubezpieczonego osoby będącej dotychczas wyłącznie ubezpieczającym w wyniku, czego będzie on występować jednocześnie w roli ubezpieczającego i ubezpieczonego.

Rozwiązanie takie wydaje się nie do pogodzenia z konstrukcją umowy ubezpieczenia na życie znanej polskiemu ustawodawcy. W umowie jednostkowego ubezpieczenia na życie zmiana ubezpieczonego dopuszczalna jest jedynie poprzez rozwiązanie dotychczasowej i zawarcie nowej umowy ubezpieczenia. Zmiana taka godzi w istotę umowy ubezpieczenia na życie i może zostać zakwestionowana na gruncie zasady swobody umów.

- art. 805 k.c.

Niezgodności dotyczące kwestii definicji umowy ubezpieczenia w przypadku umów zawieranych na cudzy rachunek przejawiają się w postanowieniach o.w.u. zgodnie, z którymi umowa ubezpieczenia może mieć charakter umowy ramowej. Przepisy kodeksu cywilnego zawierają definicję legalną umowy ubezpieczenia. Ponadto w o.w.u. występowały nieścisłości dotyczące możliwości wpłaty składek dodatkowych przez ubezpieczonego. Nie posiada on takiego uprawnienia, bowiem z treści umowy ubezpieczenia, wynika, że w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony jest podmiotem stosunku prawnego, a nie stroną umowy.

- art. 805 § 1 k.c.

Zajście wypadku ubezpieczeniowego jest korelatorem obowiązku wypłaty świadczenia przewidzianego w razie jego zajścia pod warunkiem zapłacenia składki

ubezpieczeniowej (art. 805 § 1 k.c.). Nie do pogodzenia z definicją umowy ubezpieczenia jest takie kształtowanie umowy ubezpieczenia, która wyklucza wypłatę świadczenia pomimo pobrania składki ubezpieczeniowej. Niestety przykłady takich postanowień możemy znaleźć w o.w.u., jak np. zapis, zgodnie z którym ubezpieczyciel redukuje wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci (albo wypłaca tylko wartość polisy), jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, tj. śmierć ubezpieczonego, nastąpi w ciągu 180 dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania.

- art. 805 § 2 pkt 2 k.c.

W o.w.u. stosowanych w ubezpieczeniach na życie za nieuprawnione można uznać stosowanie pojęcia „odszkodowania” w kontekście ubezpieczeń osobowych. W tego rodzaju ubezpieczeniach wypłacane jest świadczenie.

- art. 805 § 1 w zw. z art. 813 § 2 oraz 814 § 1 k.c.

Dla powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela konieczne jest zapłacenie składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia obejmującej ryzyko określone w jej treści (art. 805 § 1 w zw. z art. 813 § 2 oraz 814 § 1 k.c.). Uzależnienie powstania odpowiedzialności nie tylko od zapłacenia składki z umowy dodatkowej, ale także od uiszczenia składki z innej umowy ubezpieczenia pozostaje w sprzeczności z przytoczonymi artykułami Kodeksu cywilnego.

- art. 805 § 1 k.c.

Postanowienia o.w.u. pozwalające ubezpieczycielowi na dokonywanie redukcji wysokości skumulowanego świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli łączna kwota świadczeń wynikających z zajścia poszczególnych zdarzeń losowych przekracza 200% sumy ubezpieczenia. Natomiast w przypadku, gdy ubezpieczony uprawniony jest do świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego i całkowitego, ubezpieczyciel wypłaca większą z kwot. Zarówno w przypadku redukcji skumulowanego świadczenia, jak i w przypadku wypłaty świadczenia większego, umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu z mocy umowy.

W praktyce może się zdarzyć, że ten sam nieszczęśliwy wypadek lub następujące po sobie nieszczęśliwe wypadki doprowadzą do powstania kombinacji częściowego i całkowitego trwałego inwalidztwa, a wartość świadczenia ubezpieczeniowego przekroczy 200% sumy ubezpieczenia.

Skoro zasadą jest to, że składka stanowi świadczenie pieniężne odpowiadające ponoszeniu, określonego rodzaju ryzyka ubezpieczeniowego (wypadku ubezpieczeniowego) w określonym zakresie, to jego wystąpienie skutkuje obowiązkiem wypłacenia świadczenia.

Institucja redukcji świadczenia ubezpieczeniowego nie znajduje uzasadnienia zarówno w definicji umowy ubezpieczenia, jak i w treści umowy ubezpieczenia. Postanowienie takie wydają się być niezgodne z art. 805 § 1 k.c., mogłyby też stanowić przykład niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.).

- art. 805 § 1 w zw. art. 808 § 2 k.c.

Zgodne z brzmieniem art. 805 § 1 oraz art. 808 § 2 k.c., obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w tym obowiązek zapłacenia składki ubezpieczeniowej, obciążają ubezpieczającego. Konstrukcja umowy ubezpieczenia, w której kto inny jest ubezpieczającym, a kto inny ubezpieczonym, nie uprawnia do nałożenia na ubezpieczonego obowiązku zapłacenia składki, np. w postaci zapisu, zgodnie z którym składka jest opłacana jest przez ubezpieczonego i przekazywana przez ubezpieczającego.

Rozwiązanie takie jest nie tylko sprzeczne z brzmieniem wskazanych powyżej artykułów, ale także narusza istotę zobowiązania (art. 353 § 1 k.c.) zakazującą stronom umowy nakładania obowiązków na osoby trzecie bez ich zgody: *alterius contractu nemo obligatur* – umowa nie zobowiązuje osoby trzeciej (por. M. Krajewski, Umowa ubezpieczenia. Komentarz, Warszawa 2004, s. 84).

- art. 808 § 3 k.c.

Postanowienie w o.w.u. dotyczące wypłaty świadczenia w umowie na cudzy rachunek w przypadku, zgodnie z którym uprawnionym do wypłaty świadczenia może być ubezpieczający jest niezgodne ze wskazanym przepisem. Ubezpieczenie na cudzy rachunek jest szczególnym typem ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, które charakteryzuje się tym, że na rzecz osoby trzeciej wypłacane jest nie tylko świadczenie pieniężne zakładu ubezpieczeń, ale także na jej rzecz świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa. Dopuszczalne jest więc zawarcie umowy ubezpieczenia, w której przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest życie lub sytuacja życiowa innej osoby. W sytuacji takiej ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia we własnym imieniu, lecz na cudzy rachunek – ubezpieczonego. Uprawnionym do świadczenia w tym przypadku jest ubezpieczony. Powszechnie uważa się, że zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, w której uprawnionym do świadczenia jest

ubezpieczający lub osoba przez niego wskazana jest niedopuszczalne (por. także uwagi w zakresie postanowień niezgodnych z art. 831 § 1 k.c.).

- art. 808 § 3 k.c.

Postanowienie o.w.u. definiujące wartość wykupu jako kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom oraz postanowienie przyznające prawo do wartości wykupu ubezpieczającemu w przypadku, gdy ubezpieczenie ma charakter ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczenie na cudzy rachunek jest szczególnym typem ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, charakteryzującym się tym, że na rzecz osoby trzeciej wypłacane jest nie tylko pieniężne świadczenie zakładu ubezpieczeń, ale również na jej rzecz świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa.

Zgodnie z art. 808 § 3 k.c., ubezpieczony uprawniony jest do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony postanowią inaczej. Jednak w sytuacji, gdy strony wyłączą prawo ubezpieczonego do dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela, prawo do świadczenia dochodzone będzie przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczonego, jako podmiotu uprawnionego do oznaczonej w umowie kwoty pieniężnej.

Wskazane postanowienie wydaje się być niezgodne z brzmieniem art. 808 § 3 k.c.

- art. 809 § 2 k.c.

Zapisy w o.w.u. określające, iż umowę uważa się za zawartą z dniem początku okresu ubezpieczenia. Jest to sprzeczne z przytoczonym przepisem k.c., w myśl którego umowa jest zawarta z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.

- art. 811 § 1 k.c.

Zastrzeżenie w o.w.u., zobowiązujące wprowadzić ubezpieczyciela do przedstawienia ubezpieczającemu na piśmie różnic między postanowieniami o.w.u. a umową, jednak nie wskazujące terminu, w którym ubezpieczający może wyrazić sprzeciw dotyczący kontroferty naruszają postanowienia dotyczące obowiązku ubezpieczyciela, który musi ubezpieczającemu zwrócić uwagę na powyższe zmiany w formie pisemnej, wyznaczając mu przy tym co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

Obowiązujące reguły w odniesieniu do sytuacji, gdy w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia odbiegające na niekorzyść od złożonej oferty powodują, że stają się sprzeczne z postanowieniami o.w.u.

Ponadto niezgodne z przytoczonym przepisem kodeksu cywilnego są postanowienia o.w.u., które wskazują że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka wynikającego ze zwiększonego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn, odroczyć podjęcie decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, zaproponować odroczenie terminu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, podwyższyć składkę ubezpieczeniową, zmienić sumę ubezpieczenia lub zaproponować inną ofertę ubezpieczenia. Naruszenie wynika z faktu, że ubezpieczyciel nie wyznaczył ubezpieczającemu, co najmniej siedmiodniowego terminu, przewidzianego w ww. przepisie k.c. O.w.u. niejednokrotnie stanowią, że w razie, gdy w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręczy ubezpieczającemu polisę ubezpieczeniową zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ochrona ubezpieczeniowa – do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia – udzielana jest na warunkach zaproponowanych przez ubezpieczyciela.

Postanowienie takie narusza przepis art. 811 k.c., bowiem do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa, która *de facto* jest świadczeniem, nie może być udzielana.

- art. 811 oraz art. 812 k.c.

Postanowienie o.w.u. pozwalające ubezpieczycielowi na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych, w szczególności w przypadku ponadstandardowego ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższych okolicznościach ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego na piśmie.

Przepisy poświęcone umowie ubezpieczenia przewidują dwie sytuacje, w których ubezpieczyciel obowiązany jest poinformować ubezpieczającego o odmiennych warunkach ubezpieczenia niż pierwotnie wnioskowane. Pierwsza dotyczy tzw. kontroferty (art. 811 § 1 k.c.), druga, gdy treść umowy ubezpieczenia odbiega od treści ogólnych warunków ubezpieczenia (812 § 8 k.c.). Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku brzmienie postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia znacząco odbiega od treści przepisów prawa. Ze względu na okoliczność, że przepisy te mają na celu ochronę interesów klientów ubezpieczyciela, postanowienia wzorca umowy powinny zostać odpowiednio uzupełnione.

- art. 812 § 4 k.c.

Postanowienia o.w.u. nakładające obowiązek zachowania formy pisemnej ad solemnitatem dla odstąpienia od umowy są niezgodnie z ww. przepisem, który nie wskazuje żadnej szczególnej formy dla oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

Ponadto nie prawidłowe są postanowienia o.w.u. przewidujące trzydziestodniowy termin odstąpienia od umowy, od momentu zawarcia umowy wyłącznie dla osób fizycznych. W przepisie kodeksu cywilnego termin taki jest przewidziany dla ubezpieczających, którzy nie są przedsiębiorcami.

- art. 813 § 1 k.c.

Zgodnie z brzmieniem tego przepisu składka powinna stanowić ekwiwalent czasu ponoszenia przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, stąd też skrócenie ochrony powinno prowadzić do zwrotu adekwatnej jej części. Zapisy o.w.u. wprowadzające zasady rozliczenia składki według innych kryteriów prowadzą do naruszenia bezwzględnie obowiązującego przepisu k.c.

Przykładem może być postanowienie o.w.u. wyłączające zwrot składki za czas nieudzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli jest ona konsekwencją zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Regulacja ogólnych warunków ubezpieczenia ogranicza zatem prawo do zwrotu składki przyznane w przywołanym przepisie.

- art. 813 § 2 k.c.

Postanowienie w o.w.u., zgodnie z którym pierwsza składka płatna jest w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub nie później niż w okresie 3 dni od tej daty, można uznać za niegodne z przywołanym przepisem mając jednocześnie na uwadze fakt, iż nie określono, czy moment podpisania wniosku o zawarcie umowy jest tożsamy z momentem zawarcia umowy, zapis taki budzi wątpliwości co do zgodności z normą k.c., która stanowi, że składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku - przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia - w ciągu czternastu dni od jego doręczenia.

Zapisy, które zobowiązują ubezpieczającego do zapłaty składki podstawowej przed zawarciem umowy są niezgodne z ww. przepisem.

- art. 815 § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u. stwierdzające, że podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest prawidłowo wypełniony wniosek ubezpieczeniowy. Pomijając kwestię, co mieści się w

zakresie prawidłowości wypełnienia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, należy zauważyć, że ustawodawca dopuszcza skuteczne zawarcie umowy pomimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte we wniosku o ubezpieczenie. Wynika z tego, że może dojść do zawarcia umowy zgodnie z prawem w oparciu o niekompletny wniosek ubezpieczeniowy.

Należy zauważyć, że system kwestionariuszy medycznych przerzuca na ubezpieczyciela obowiązek dotyczący zdiagnozowania stanu zdrowia ubezpieczonego. Jedynym sposobem na uwolnienie się od tego obowiązku przez ubezpieczyciela może być zawarcie umowy bez oceny zdrowia ubezpieczenia. Nie jest dopuszczalne takie sformułowanie treści umowy, które zwalniałoby ubezpieczyciela od przeprowadzenia procesu oceny ryzyka i wyłączenia odpowiedzialności za wypadki ubezpieczeniowe, których przyczyny tkwiły przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. A więc celem deklaracji ryzyka jest zdiagnozowanie stanu zdrowia ubezpieczonego m.in. na podstawie kwestionariusza medycznego, a co za tym idzie określenia poziomu ryzyka ubezpieczeniowego. W takim kontekście zastosowanie takiego wyłączenia odpowiedzialności stanowi obejście prawa. Zgodnie z przepisami znajdującymi się w części ogólnej kodeksu cywilnego, co do zasady czynność prawna mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Regulacja ta naraża taką umowę ubezpieczenia na zarzut kształtowania jej treści wbrew istocie (naturze) stosunku prawnego.

- art. 815 § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym naruszenie obowiązku notyfikacji zwalnia ubezpieczyciela z odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. Takie przeniesienie brzmienia art. 815 § 1 k.c. wprowadza w błąd, co do rzeczywistych przesłanek uwolnienia się ubezpieczyciela od obowiązku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

Postanowienie takie jest sprzeczne z brzmieniem art. 815 § 1 k.c. i na mocy art. 807 § 1 k.c. powinno być uznane za nieważne.

- art. 815 § 2 k.c.

Postanowienia o.w.u. zobowiązujące ubezpieczającego do informowania zakładu ubezpieczeń o zmianie wszelkich danych dotyczących ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz uposażonych. W przypadku umów ubezpieczenia na życie nie jest dopuszczalne zastrzeżenie w treści umowy obowiązku notyfikacji zmiany okoliczności podanych do

wiadomości ubezpieczyciela w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach.

- art. 817 § 1 k.c.

Zgodnie z tym przepisem ubezpieczyciel obowiązany jest do spełnienia świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, sprzeczne więc są zapisy w o.w.u. które stanowią że wypłata świadczenia ubezpieczeniowego nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wymaganych dokumentów.

- art. 817 § 2 k.c.

Postanowienie o.w.u. określające termin wypłaty świadczenia w razie gdyby wyjaśnienie w terminie 30 dni od daty zgłoszenia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe jako termin czternastodniowy od wyjaśnienia tych okoliczności. Stanowi to sprzeczność z przepisem, który daje termin czternastodniowy, lecz liczony od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Sprzeczne z regulacją kodeksową jest również postanowienie o.w.u. stanowiące niepełną transpozycję art. 817 k.c., w szczególności pomijające drugie zdanie § 2, które nakazuje wypłatę części bezspornej świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w § 1, tj. w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

- art. 819 § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym nieprzesłanie w terminie określonym przez ubezpieczyciela dokumentów potwierdzających dalsze trwanie inwalidztwa skutkować będzie odmową wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w postaci przejęcia opłacania składek lub zaprzestaniem dalszego jej opłacania.

Należy mieć na uwadze, że tak, jak nieprzedstawienie dokumentów niezbędnych do oceny zasadności roszczenia ubezpieczeniowego skutkować może odmową wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, tak zwłoka w ich przedstawieniu nie może prowadzić do definitywnej utraty prawa do świadczenia. Tak długo, jak długo świadczenie z umowy ubezpieczenia nie ulegnie przedawnieniu, tak długo prawo do jego domagania się (roszczenie) pozostaje skutecznie egzekwowalne.

Postanowienie takie wydaje się być niezgodne z art. 819 § 1 k.c.

- art. 829 § 2 k.c.

Postanowienia o.w.u. przewidują, że warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek jest złożenie przez ubezpieczonego oświadczenia woli, zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy. Zgodnie z ogólnymi regułami dotyczącymi czynności prawnych, jeżeli do dokonania czynności prawnych potrzebna jest zgoda osoby trzeciej, osoba ta może ją wyrazić przed złożeniem oświadczeń przez osoby dokonywające czynności albo po ich złożeniu. Jednakże ta ogólna zasada na gruncie ubezpieczeń na życie została wyłączona przepisem, który w razie zawierania tej umowy na cudzy rachunek wyraźnie wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego.

- art. 830 § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u. wskazujące, iż w każdym czasie trwania umowy ubezpieczający może złożyć pisemne oświadczenie o rozwiązaniu umowy, natomiast nie określono terminu tego wypowiedzenia.

Zapis taki narusza przepis kodeksu cywilnego, który stanowi, że przy ubezpieczeniu osobowym, ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub o.w.u., w przypadku jego braku – ze skutkiem natychmiastowym.

Co więcej naruszenie tego przepisu wynika z faktu, że w przypadku wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia ulega ona rozwiązaniu z ostatnim dniem miesiąca polisy, następującego po miesiącu polisy, w którym Towarzystwo otrzymało wypowiedzenie. Wynika z tego, że umowa nie jest wypowiedziana ze skutkiem natychmiastowym, w konsekwencji obciąża ubezpieczającego składką za dodatkowy miesiąc.

- art. 830 § 4 w zw. z art. 830 § 3 k.c.

Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany tabeli limitów i opłat, dodając, że zmiana ta może nastąpić wyłącznie z ważnych przyczyn. W dalszych postanowieniach, wskazuje się, że jedną z ważnych przyczyn jest zmiana warunków ochrony ubezpieczeniowej w wyniku wydania orzeczenia m.in. przez sąd powszechny bądź też zmiana wskaźników ekonomicznych: wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa, wzrost stopy referencyjnej, spadek indeksu giełdy warszawskiej.

Zgodnie z art. 830 § 4 w zw. z art. 830 § 3 k.c., zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia na życie może nastąpić wyłącznie w przypadkach wskazanych w ustawie. Ustawa nie określa, że ww. okoliczności stanowią podstawę do zmiany wzorca umowy.

Postanowienia takie jak przytoczone wyżej wydają się być sprzeczne z art. 830 § 4 w zw. z art. 830 § 3 k.c.

- art. 830 § 4 w zw. z § 3 k.c.,

Postanowienie o.w.u. dopuszczające zmianę wzorca umowy (ogólnych warunków ubezpieczenia) w trakcie trwania umowy ubezpieczenia i prawo wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela w sytuacjach wskazanych w o.w.u., lecz niewymienionych w przepisach ustawy.

Za sprzeczne z ww. przepisami można by uznać zapis, w myśl którego ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku zmiany lub wprowadzenia nowych przepisów prawa, o ile mają one wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym umową ubezpieczenia oraz zapis określający okoliczności, w których ubezpieczyciel może zmienić ogólne warunki ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 830 § 4 w zw. z art. 830 § 3 k.c., zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia na życie może nastąpić wyłącznie w przypadkach wskazanych w ustawie.

- art. 831 § 1 k.c.

Zgodnie z tym przepisem ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej, przy czym ustawodawca nie zastrzega dla tego typu czynności prawnej szczególnej formy, tak więc w takim przypadku mają zastosowanie przepisy ogólne mianowicie art. 60 k.c. Stanowi on, że oświadczeniem woli jest każde zachowanie się osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny (zasada swobody formy).

Wobec tego należy kwestionować postanowienie o.w.u., które uzależnia realizację prawa do wskazania lub zmiany uposażonego od zachowania formy pisemnej ad solemnitatem. Co więcej o.w.u. wskazują, że skuteczność takiego pisemnego oświadczenia woli, została uwarunkowana od złożenia go w postaci formularza przygotowanego wcześniej przez ubezpieczyciela oraz od spełnienia warunku poprawnego go wypełnienia, w tym również opatrzenia go datą. Przepisy prawa nie przewidują wymogu opatrzenia datą

oświadczenia o wskazaniu osoby uprawnionej do świadczenia ubezpieczeniowego. Brak takiego elementu oświadczenia woli nie może skutkować uznaniem jego nieskuteczności.

- art. 831 § 1 k.c.

Postanowienia o.w.u., zgodnie z którymi w przypadku śmierci ubezpieczonego, gdy ubezpieczony nie był jednocześnie ubezpieczającym, ubezpieczyciel wypłaca uposażonym świadczenie w wysokości 1000 zł, jeżeli ubezpieczony nie ukończył 66 lat, albo kwotę stanowiącą 1% wartości rachunku rentowego, jeżeli ukończył on 66 lat. Środki zgromadzone na rachunku rentowym wypłacane są ubezpieczającemu zarówno wtedy, gdy odpowiedzialność ubezpieczyciela była pełna, jak i wtedy, gdy ubezpieczyciel uwolnił się od odpowiedzialności w konsekwencji wystąpienia okoliczności wyłączającej jego odpowiedzialność.

Postanowienia o.w.u. przyznające ubezpieczającemu prawa do świadczenia w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek i jednocześnie na rzecz osoby trzeciej są sprzeczne z zasadą wyrażoną w art. 831 § 1 k.c. Podmiotem uprawnionym do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej jest osoba wskazana przez ubezpieczającego lub samodzielnie przez ubezpieczonego (beneficjent).

- art. 831 § 2 k.c.

Sprzeczny z przywołanym przepisem wydaje się być wymóg o.w.u. nakazujący określenie z dokładnością, co do 1 % udziału każdego z uposażonych, wydaje się nie mieć oparcia w przepisach powszechnie obowiązującego prawa.

Z brzmienia tego przepisu można wywnioskować o dopuszczalności zastrzeżenia udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym w częściach równych, co oznacza zarówno brak wymogu ustawowego do jakiegokolwiek określenia udziałów w świadczeniu jak i określenia ich z większą dokładnością aniżeli jednoprocetową. Co więcej, zastosowanie takiego przepisu w przypadku gdy zostaną wskazane trzy osoby, bez liczbowego oznaczenia ich udziałów i tak wymaga bardziej precyzyjnego określenia kwoty świadczenia.

Brak jest również podstaw prawnych do tego, żeby twierdzić, że jeżeli ubezpieczający wskazał kilku uposażonych i określił udziały wszystkich w taki sposób, że nie sumują się do 100 % to należy uznać, że różnica pomiędzy sumą udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym a jego całością powiększa udział pierwszego uposażonego. Słusznym sposobem rozwiązania takiego przypadku wydaje się zastosowania takiej proporcji: udziały w

nieoznaczonej części świadczenia rozkładają się w proporcji do ich udziałów, a w przypadku braku ich oznaczenia – w stopniu równym.

Zgodnie z art. 831 § 2 k.c. dopuszczalność równego podziału sumy ubezpieczenia na wszystkich uprawnionych do świadczenia dopuszczalna jest tylko wtedy, gdy nie został oznaczony udział żadnego z nich. Tym samym, skoro nierozdzielona część świadczenia nie może być podzielona na części równe, to podzielona może być wyłącznie w proporcji do udziałów już określonych. Odmienne postanowienia o.w.u. wydają się być niezgodne z art. 831 § 2 k.c.

- art. 833 k.c.

Zapis o.w.u. stanowiący, że ubezpieczyciel ogranicza swoją odpowiedzialność do wartości rachunków udziałów w przypadku, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa, w okresie dwóch lat od początku ponoszenia w stosunku do niego odpowiedzialności wydaje się być niezgodny z treścią ww. regulacji kodeksowej.

Zgodnie bowiem z art. 833 k.c. termin, w ciągu którego ubezpieczyciel może uchylić się od odpowiedzialności liczony jest od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a nie od początku odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.

- art. 834 k.c.

Wątpliwości budzi zastrzeżenie w o.w.u., które wskazuje jako okoliczność zwalniającą zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności, fakt podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego niezgodnych z prawdą okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał we wniosku, jednak zastrzeżenie to nie wskazuje terminu w którym ubezpieczyciel może swoją odpowiedzialność wyłączyć.

Przepisy kodeksu cywilnego stanowią, że jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, to ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.

Występują także postanowienia o.w.u. wskazujące, że ubezpieczyciel nie będzie mógł podnieść przeciwko ubezpieczającemu/ ubezpieczonemu zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę po upływie 3 lat od daty zawarcia umowy, pod warunkiem że ubezpieczenie trwało nieprzerwanie. Jednakże przepis art. 384 k.c. nie uzależnia upływu 3 letniego terminu od tego czy ubezpieczenie trwało nieprzerwanie.

- art. 834 k.c.

Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczyciel ma prawo do zmiany wysokości świadczenia, jeżeli błędnie zostały podane płeć lub wiek ubezpieczonego.

Zapis taki pozostaje w sprzeczności z brzmieniem art. 834 k.c., zgodnie z którym możliwość podniesienia zarzutu podania nieprawdziwych wiadomości została ograniczona do trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na życie. Przywołane postanowienie wzorca umowy nie stanowi adekwatnej transpozycji brzmienia przepisu prawa, przez co wprowadza w błąd, w zakresie dopuszczalności wyłączenia bądź ograniczenia odpowiedzialności za podanie błędnego wieku lub płci.

- art. 834 k.c.

Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego w dowolnym czasie i ze skutkiem natychmiastowym, tzn. z chwilą doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia o wypowiedzeniu, w przypadku podania nieprawdziwych danych o stanie zdrowia.

b) Postanowienia sprzeczne z ogólnymi regułami i zasadami prawa cywilnego

- Postanowienie, w myśl którego osoba uprawniona do świadczenia powinna przedłożyć ubezpieczycielowi zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci ubezpieczonego, wystawiona przez lekarza lub stosowne władze.

Przytoczone postanowienie obarcza uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego ciężarem przeprowadzenia dowodu, co do zajścia okoliczności, której istnienie wpływa na sytuację prawną ubezpieczyciela, tj. na możliwość wyłączenia jego odpowiedzialności za zajście wypadku ubezpieczeniowego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność. Zgodnie z brzmieniem art. 805 § 1 k.c., okolicznościami decydującymi o uprawnieniu do świadczenia ubezpieczeniowego są: zawarcie umowy ubezpieczenia, opłacenie składki oraz zajście wypadku ubezpieczeniowego, którym w przypadku umowy podstawowego ubezpieczenia na życie jest śmierć ubezpieczonego niezależnie od jej przyczyny.

Postanowienia tego typu wydają się być sprzeczne z art. 6 k.c.

- Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym składka ubezpieczeniowa podlega waloryzacji w każdą rocznicę polisy, przy czym ogólne warunki ubezpieczenia nie zawierają klauzuli, w oparciu o którą dokonywana byłaby waloryzacja, w szczególności nie określają sposobu wyliczenia maksymalnego wskaźnika wzrostu składki ubezpieczeniowej, lecz stanowią, że na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy, ubezpieczyciel powiadomi ubezpieczającego o waloryzacji, który będzie mógł z niej zrezygnować, powiadamiając ubezpieczyciela nie później niż na 15 dni przed rocznicą polisy.

Określony przez ubezpieczyciela mechanizm wyrażenia zgody i sprzeciwu na waloryzację składki ubezpieczeniowej pozostaje w sprzeczności ze sposobem wyrażenia zgody na ofertę zmiany umowy. Zgodnie z art. 66 k.c., oferta zawarcia umowy wiąże składającego, a nie tego, w stosunku do którego jest składana; to samo dotyczy związania ofertą zmiany umowy.

Zasadą jest, że brak odpowiedzi na złożoną ofertę nie może prowadzić do jej przyjęcia. Skutek taki mógłby zostać osiągnięty, jeżeli strony umowy w jej treści tak postanowiły. Dopuszczalne jest także milczące przyjęcie oferty poprzez przystąpienie w czasie właściwym do jej wykonania (art. 69 k.c.).

W przedmiotowym przypadku zaproponowana przez ubezpieczyciela wysokość zwaloryzowanej składki ubezpieczeniowej będzie wiązać ubezpieczającego, jeżeli zapłaci on bieżącą składkę ubezpieczeniową w nowej wysokości, tj. bez konieczności składania oświadczenia o przyjęciu oferty jej zmiany.

Postanowienia o.w.u w takim brzmieniu wydają się być niezgodne z treścią art. 66 i 69 k.c.

- Niezgodne z podstawowymi regułami prawa zobowiązań, jest wskazanie, że warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest uprzednia zapłata składki. Obowiązek taki dopiero konkretyzuje się najwcześniej z chwilą zawarcia umowy. Z istoty zobowiązania nie wynika więc, że spełnienie świadczenia powinno nastąpić przed zawarciem umowy. Co więcej sprzeczne z prawem wydają się postanowienia przewidujące, że warunki ochrony ubezpieczeniowej określone umową mogą być zmienione po opłaceniu przez ubezpieczającego związanych z tym składek, a także postanowienia które przewidują zmianę wysokości składki pod warunkiem, że zapłacono składkę uwzględniającą wnioskowaną zmianę. Zgodnie z postanowieniami o.w.u., w przypadku śmierci ubezpieczającego, z mocy umowy w jego prawa i obowiązki wstępuje ubezpieczony.

Utrata podmiotowości prawnej przez ubezpieczającego prowadzi do rozpadnięcia więzi obligacyjnej, a tym samym do wygaśnięcia prawnego stosunku ubezpieczenia. Pozostałe w konsekwencji prawa i obowiązki majątkowe ubezpieczającego (osoby fizycznej), nie pozostające w ścisłym związku z jego osobą przechodzą – w myśl zasady sukcesji uniwersalnej – na spadkobierców (art. 922 k.c.). Dotyczy to w szczególności obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej, jeżeli obowiązek taki powstał jeszcze przed śmiercią ubezpieczonego (w związku z udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej) i prawa do wypłaty środków zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Niemożliwość utrzymania stosunku prawnego pomimo śmierci ubezpieczającego wynika, z faktu, że umowa ubezpieczenia jest stosunkiem prawnym opartym na szczególnym zaufaniu, przez co prawa i obowiązki z niej wynikające mają ścisły związek z ubezpieczającym i nie wchodzi do spadku po ubezpieczającym (zob. E. Skowrońska-Bocian, Prawo spadkowe, wyd. 3, Warszawa 2003, s. 12-13); umowa ubezpieczenia nazywana jest kontraktem najwyższego zaufania (łac. *contractus uberrimae fidei*) ze względu na konieczność polegania przez ubezpieczyciela na okolicznościach przedstawianych przez ubezpieczającego. Również konstrukcja stanowiąca, że uprawnionym do wypłaty całkowitej z rachunku rentowego jest ubezpieczający, jest sprzeczna z istotą umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

- Postanowienie o.w.u., w myśl którego umowa ubezpieczenia zawierana jest na rok, przy czym termin końcowy obowiązywania umowy ulega przedłużeniu na kolejny rok, o ile żadna ze stron „nie postanowi inaczej” daje możliwość uwolnienia się przez ubezpieczyciela od przyjętego przez siebie zobowiązania, co w istocie prowadzi do takiego samego skutku, jakby ubezpieczyciel wypowiedział umowę ubezpieczenia. Zgodnie z art. 830 § 3 k.c., ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na życie jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie. Przepisy prawa nie przewidują okoliczności, w których wypowiedzenie umowy grupowego ubezpieczenia na życie byłoby dopuszczalne.

Wyrażenie woli o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia powinno być dla swojej skuteczności złożone drugiej stronie na piśmie, przed upływem okresu, na który została zawarta umowa.

Powyższa konstrukcja o.w.u. wydaje się mieć na celu obejście ustawy (art. 830 § 3 k.c.), co na gruncie art. 58 § 1 i 3 k.c. czyni nieważnym prawo ubezpieczyciela do uwolnienia się spod działania klauzuli prologacyjnej.

- Postanowienie o.w.u., zgodnie z którym umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez ubezpieczającego 100 lat może sugerować, że do takiej umowy ma zastosowanie art. 365¹ k.c., który stanowi, że umowa kreująca zobowiązanie bezterminowe o charakterze ciągłym wygasa po wypowiedzeniu przez dłużnika lub wierzyciela z zachowaniem terminów umownych, ustawowych lub zwyczajowych, a w razie braku takich terminów niezwłocznie po wypowiedzeniu.

Należy jednak zauważyć, że umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci nie jest zobowiązaniem o bezterminowym charakterze, lecz zobowiązaniem terminowym, w który koniec obowiązywania umowy został określony przez chwilę śmierci ubezpieczonego, tj. zdarzenie, które wprawdzie musi nastąpić, ale nie można z góry podać, kiedy to się stanie (*dies incertus quando*).

- Postanowienie o.w.u. wprowadzające obowiązek poinformowania o zmianie okoliczności objętych deklaracją ryzyka.

Skuteczność obowiązku poinformowania ubezpieczyciela, jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia o zmianie okoliczności objętych deklaracją ryzyka, powinna zostać uwarunkowana obowiązkiem określenia w treści ogólnych warunków ubezpieczenia, chwili uważanej za moment zawarcia umowy ubezpieczenia, jak i wskazaniem, że po wypełnieniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jego kopia pozostaje u ubezpieczającego.

c) Niedozwolone postanowienia umowne

- art. 385¹ § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u., w którym ubezpieczyciel określił, że wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w wyniku zrealizowania się jednego z ryzyk objętych umową ubezpieczenia prowadzi do rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie zawartej na czas określony należy rozpatrywać jako przykład niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.). Za rażąco naruszające interesy ubezpieczonego oraz sprzeczne z dobrymi obyczajami należy uznać zastrzeżenie rozwiązania umowy ubezpieczenia zawartej na czas określony, w sytuacji, gdy wypadek ubezpieczeniowy nie prowadzi do unicestwienia podmiotu, z którym związany jest przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia na życie korzysta z dobrodziejstwa zasady ochrony trwałości stosunku

ubezpieczenia i pogorszenie zdrowia ubezpieczonego nie może skutkować pogorszeniem, czy wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej.

- art. 385¹ § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u. przewidujące, że ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego lub ograniczyć jego wielkość, jeżeli skutkiem zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. wystąpienia poważnego zachorowania, będzie śmierć ubezpieczonego w przedziale od jednego do 180 dni, od dnia jego wystąpienia oznacza redukcję świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Nie ma przesłanek natury jurystycznej, które ograniczałyby prawo do świadczenia ubezpieczeniowego ze względu na zajście innego wypadku ubezpieczeniowego. Należy mieć na uwadze, że zajście wypadku ubezpieczeniowego jest korelatorem obowiązku wypłaty świadczenia przewidzianego w razie jego zajścia pod warunkiem zapłacenia składki ubezpieczeniowej (art. 805 § 1 k.c.). Nie do pogodzenia z definicją umowy ubezpieczenia jest takie ukształtowanie produktu ubezpieczeniowego, który wyklucza wypłatę świadczenia pomimo pobrania składki ubezpieczeniowej.

Postanowienie takie wydaje się być niezgodne z art. 805 § 1 k.c., jak i stanowić przykład niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.).

- art. 385¹ § 1 k.c.

Postanowienie, zgodnie z którym ubezpieczyciel może dokonać likwidacji funduszu, gdy jednocześnie ubezpieczyciel realizuje wykup całkowity i umarza wszystkie udziały w funduszu, a następnie wypłaca ich wartość pieniężną spełnia cechy niedozwolonego postanowienia umownego, tj. takiego postanowienia wzorca umowy, które kształtuje prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (art. 385¹ § 1 k.c.).

Takie zapisy o.w.u. prowadzą do wygaśnięcia w stosunku do ubezpieczonego odpowiedzialności. Tym samym ubezpieczony zostaje pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej na skutek okoliczności uzależnionej wyłącznie od woli ubezpieczyciela. W przypadku, gdyby likwidacja funduszu dotyczyła wszystkich ubezpieczonych, ubezpieczyciel uzyskiwałby dodatkowo efekt tożsamy z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia na życie, co zgodnie z art. 830 § 3 k.c. dopuszczalne jest tylko w przypadkach określonych przez ustawę.

Takie postanowienie umowne powinno zostać zakwalifikowane jako nieważne ze względu na treść art. 58 § 1 k.c., który przewiduje taki właśnie skutek dla czynności prawnej dokonanej w celu obejścia ustawy.

- art. 385¹ § 1 k.c.

Postanowienie o.w.u., w myśl którego ubezpieczający ma prawo do częściowego wykupu tylko raz w ciągu roku polisowego może stanowić przykład niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.). Taka sytuacja ma również miejsce, gdy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, ubezpieczyciel określa, że kwota każdorazowego wykupu nie może być niższa niż 100 zł i nie może przewyższać 90% wartości rachunku, stanowiącej podstawę do jej ustalenia.

Środki pochodzące ze składek tworzą fundusz ubezpieczeniowy, którego wartość przedkłada się bezpośrednio na wysokość świadczenia. Specyfika ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przejawiająca się w gromadzeniu i inwestowaniu środków pieniężnych skłania do twierdzenia, że podlegają one wypłacie w każdym czasie.

Wniosek taki płynie także z konsekwencji wynikającej z wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie. Skoro, zgodnie z art. 830 § 1 k.c., jest ono dopuszczalne w każdej chwili trwania umowy, a konsekwencją jej rozwiązania, zgodnie z zasadą nieprzepadalności składek, jest wypłata zgromadzonego kapitału (J. Łazowski, Wstęp do nauki o ubezpieczeniach, Warszawa 1948, adapt. i red. nauk.: W. W. Mogilski, Sopot 1999, s. 145). Skoro żądanie wypłaty tzw. wykupu całkowitego dopuszczalne jest w każdej chwili trwania umowy ubezpieczenia, o tym samym w każdej chwili dopuszczalne jest dokonanie wypłaty częściowej, skoro jej skutek nie jest tak dalece idący, jak dokonanie wykupu całkowitego, który prowadzi do rozwiązania umowy ubezpieczenia (łac. *argumentum a maiori ad minus*). Domniemanym założeniem powyższej argumentacji jest cel ubezpieczenia na życie z elementem ochronno-kapitałowym, jakim jest długotrwałość stosunku ubezpieczenia.

- art. 385¹ § 1 k.c.

Zapis w o.w.u z którego wynika że, ubezpieczyciel nie będzie realizował dyspozycji dotyczącej częściowej wypłaty, która mogłaby doprowadzić do umniejszenia wartości polisy poniżej wartości minimalnej. Wydaje się, że mechanizm wykupu częściowego powinien w takim przypadku prowadzić do wypłaty największej możliwej kwoty, a nie dyskwalifikować

złożony wniosek o dokonanie wykupu częściowego. Zapis taki powinien być kwalifikowany jako klauzula abuzywna, rażąco naruszająca interesy konsumenta.

- art. 385¹ § 1 k.c.

Wyłączenia odpowiedzialności za wypadki ubezpieczeniowe w postaci śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmiertelny skutek pozostawał w (jakimkolwiek) związku z uprawianiem aktywności ogólnie uznawanej za niebezpieczną, udziałem w zawodach sportowych, wypadkach nie licencjonowanego statku powietrznego, zażywaniem środków odurzających czy trujących, choroby występującej nagle, działaniami wojennymi, udziałem w aktach przemocy, zjawiskami o charakterze masowym (skażenie, epidemia).

Mając jednak na uwadze fakt, że odpowiedzialność ubezpieczyciela powstaje w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego określanego mianem „nieszczęśliwego wypadku”, tylko takie zdarzenia, które charakteryzują się: nagłością wystąpienia, zewnętrżnością przyczyny w stosunku do ubezpieczonego oraz niezależnością od jego woli, a także bezpośrednio skutku, decydują w ostateczności o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.

Na gruncie zasady dotyczącej wolności kontraktowej ubezpieczyciel ma prawo do umownego ograniczenia swojej odpowiedzialności. Uzasadnione jest zatem wyłączenie odpowiedzialności za te zdarzenia, które obiektywnie występują częściej w warunkach uprawiania niebezpiecznego sportu czy też prowadzenia innej ryzykownej aktywności. Jednakże nawet w warunkach podwyższonego ryzyka mają miejsce zdarzenia, których prawdopodobieństwo zajścia jest niezależne od okoliczności, np. uderzenie celowo rzuconym kamieniem.

W tym sensie wyłączenia odpowiedzialności za wypadki ubezpieczeniowe, które dotknęły ubezpieczonego, a których występowanie nie pozostaje w szczególnym związku z jego stanem, czy wykonywaną przez niego aktywnością fizyczną, pomimo, że mają miejsce w ich trakcie, nie powinny prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności, a na gruncie obowiązującego prawa powinny być rozpatrywane w kontekście niedozwolonych postanowień umownych.

- art. 385³ pkt 4 k.c.

Niezamieszczenie w o.w.u. informacji o taryfie składek oraz minimalnej wysokości składki ubezpieczeniowej wydaje się sprzeczne w świetle wskazanej regulacji kodeksowej

W o.w.u. brakuje często informacji we wskazanym zakresie, co skutkuje nierzadko brakiem możliwości zapoznania się z nimi przez konsumenta i zawarciem umowy na podstawie postanowień, z którymi konsument uprzednio nie miał możliwości zapoznania się.

- art. 385³ pkt 10 k.c.

W o.w.u. pojawiają się zapisy przyznające ubezpieczycielowi pełną dowolność co do wyboru dnia wyceny, według którego zostanie ustalona wysokość kwoty wypłaconej ubezpieczającemu tym samym w zapisach o.w.u. przewidziane jest wyłączenie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.

- art. 385³ pkt 10 k.c.

Postanowienia o.w.u. pozwalające ubezpieczycielowi na dokonywanie zmiany programu inwestycyjnego w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku ubezpieczającego o zmianę dają ubezpieczycielowi całkowitą dowolność w wyborze spośród owych 30 dni, w których zmiana nastąpi – rozwiązanie takie jest niekorzystne dla konsumenta, ponieważ zwiększa ryzyko że decyzja o zmianie programu nie będzie trafiona. Jest to również jednoznaczne z tym, że postanowienie to przewiduje wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.

- art. 385³ pkt 10 k.c.

Występują zapisy o.w.u., na podstawie których ubezpieczyciel dopuszcza (o ile umowa ubezpieczenia grupowego tak stanowi) wypłatę ubezpieczającemu wartość rachunku jednostek uczestnictwa. W przypadku gdy ubezpieczony jest inną osobą niż ubezpieczający, mamy do czynienia z umową ubezpieczenia na cudzy rachunek. Jest to specyficzny typ umowy na rzecz osoby trzeciej, która charakteryzuje się zastrzeżeniem, że osobie trzeciej wypłacane jest świadczenie zakładu ubezpieczeń, ale też na jej rzecz świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa. Tak więc dopuszczalne jest zawarcie umowy ubezpieczenia, takiej w której przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest życie czy też sytuacja życiowa innej osoby. W takiej sytuacji ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia we własnym imieniu, lecz na rachunek innej osoby – ubezpieczonego. Powszechnie uważa się, że zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, w której uprawnionym do świadczenia jest ubezpieczający lub osoba przez niego wskazana jest niedopuszczalne – tym samym zawarcie umowy przez

ubezpieczającego ubezpieczenia na życie osoby trzeciej na własny rachunek jest niedopuszczalne.

d) Naruszenia przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej

- art. 12 ust. 3

Wymieniony przepis stanowi, iż ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

Niejednokrotnie stosowanie nowych pojęć dotyczących lokowania środków ze składki oraz umieszczanie ich w rozdziałach o.w.u. dotyczących ograniczenia uprawnień, budzi wątpliwości w zakresie, jakim zapisy te dotyczą kwestii związanych z umową ubezpieczenia oraz jakie uprawnienia ograniczają. W treści o.w.u. często brakuje też skonkretyzowanych informacji, od których ubezpieczyciel uzależnia decyzję, a które mają wpływ na zawarcie umowy ubezpieczenia.

Zdarza się też, że ubezpieczyciele nie wskazują katalogu ryzyk, który powinien znaleźć się w treści o.w.u.

Wątpliwości budzi również kwestia określenia informacji, o jakie czynności i uprawnienia chodzi w przypadku, gdy zaistniał nieszczęśliwy wypadek podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności, których wykonanie wymaga prawem przewidzianych uprawnień, których to ubezpieczony nie posiadał. W takim przypadku, gdy nastąpił zgon ubezpieczonego, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności. W o.w.u również nie jest podane jakie inne dokumenty uzasadniające roszczenie, uprawniony zobowiązany jest złożyć w przypadku zgonu ubezpieczonego.

Występują również wzajemnie sprzeczne zapisy w o.w.u. Pierwsze z nich wskazują, że zmiana sumy ubezpieczenia dochodzi do skutku w dniu pobrania zmienionej składki, drugie zaś, że ma to miejsce w dniu doręczenia ubezpieczającemu potwierdzenia tej zmiany przez ubezpieczyciela.

Występują także postanowienia wskazujące, że ubezpieczyciel nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w następstwie popełnienia przez niego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego. Zapis taki jest nieprecyzyjny i uznanie z tego względu, że pozostawia ubezpieczycielowi dużą swobodę w ocenie danego

przypadku. Wynika to z faktu, że w postępowaniu przygotowawczym niczego się nie wykazuje a jedynie uprawdopodobnia.

Powyższe zarzuty są przykładowe, bowiem w o.w.u wielokrotnie naruszano przepis stanowiący o jednoznacznym i zrozumiałym formułowaniu ogólnych warunków ubezpieczeń.

- art. 12a pkt 8

Przepis ten stanowi, iż o.w.u określają w szczególności metodę i sposób indeksacji składek , jeżeli ogólne warunki ubezpieczeń indeksację przewidują. Natomiast, w o.w.u brak jest określenia metody obliczania wskaźnika indeksacji składki ustalonej przez towarzystwo.

- art. 12a pkt 9 i 10

W ogólnych warunkach ubezpieczeń nie ma również przepisów dotyczących trybu i warunków zmiany umowy ubezpieczenia, a także przesłanek wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela. Natomiast, wskazany przepis ustawy, nakłada na ubezpieczyciela obowiązek zawarcia w o.w.u. zapisów określających: tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony; przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

- art. 13 ust. 1 pkt 3

Zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel zobowiązany jest do określenia w umowie ubezpieczenia wartości wykupu. Powinien to jednak uczynić w taki sposób, aby ubezpieczający znał wysokość kwoty, jaka zostałaby wypłacona w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w poszczególnych latach jej trwania. Wymóg określenia wartości wykupu wynika także z nakazu sformułowania wzorca umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały (art. 385 § 2 k.c.). Postanowienie o.w.u., niepozwalające na kwotowe określenie kwoty wartości wykupu są niegodne z przywołaną regulacją.

- art. 13 ust. 4 pkt 5

Wskazany przepis ustawy stanowi, że w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są one związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia m.in. takich kwestii jak zasad ustalania wysokości kosztów oraz

wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. W funkcjonujących ogólnych warunkach ubezpieczenia zdarza się, że nie wymienia się wszystkich opłat, jakie ubezpieczyciel pobiera z tytułu zawarcia i wykonania umowy. Często wskazywane są rodzaje opłat, jednakże z pominięciem charakterystyki, np. opłaty za konwersję czy opłaty likwidacyjnej. Jest to niezgodne ze wskazaną normą ustawową.

- art. 13 ust. 5 pkt 1

O.w.u., które nie określają terminu wyceny jednostek uczestnictwa wydają się nie spełniać wymogu przepisu ustawy, który nakłada obowiązek dokonywania przez ubezpieczyciela wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie rzadziej niż raz w miesiącu.

Podsumowanie

W przypadku umów ubezpieczenia na życie, chociażby ze względu na fakt, iż dotyczą one życia ludzkiego, jak również ze względu ich złożoność konstrukcja o.w.u. powinna być szczególnie przejrzysta i jasna. W o.w.u. życiowych wskazane jest także posługiwanie się językiem pozbawionym skomplikowanego słownictwa, niebudzącym wątpliwości interpretacyjnych, ewentualnie wyjaśnianie trudnych pojęć.

Niestety mimo pewnej poprawy na przestrzeni ostatnich lat wymóg ten nie jest w dalszym ciągu realizowany w pełni.

Stronami umowy ubezpieczenia na życie są: zakład ubezpieczeń oraz ubezpieczający. Ubezpieczającym jest osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia i zobowiązuje się do zapłaty składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie we własnym imieniu i na własny rachunek (wówczas jest on jednocześnie ubezpieczającym i ubezpieczonym, tj. osobą, której życie lub zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową) lub na rachunek innej osoby (wówczas ubezpieczonym jest inna osoba, której życie lub zdrowie ubezpieczający uczynił przedmiotem ubezpieczenia). Ubezpieczenia na życie zawierane na cudzy rachunek są obecnie bardzo popularne i stanowią znaczną grupę umów. W ubezpieczeniach na życie występuje również instytucja uposażonego, którego wskazuje ubezpieczony.

Należy zdać sobie sprawę, że ze względu na tę wielość podmiotów konstrukcja umowy ubezpieczenia na życie czasami nie jest łatwa. Analizy o.w.u. dokonywane przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych uwidaczniają trudności z prawidłowym redagowaniem treści tej umowy. Problemy w tym zakresie powodują, że spotykamy wiele postanowień, które można by uznać za niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Prowadzi to do wniosku, że regulacje dotyczące umowy ubezpieczenia na życie trudno przenieść na grunt postanowień umownych.

Dokonując oceny wzorców umownych, w szczególności tych wprowadzonych do obrotu po 10 sierpnia 2007 r., uznać należy, że wiele stosowanych zapisów wymaga ewidentnej zmiany, bądź też dopracowywania.

Ze sporządzonego przez Rzecznika Ubezpieczonych raportu wynika, że nieprawidłowości w konstruowaniu wzorców umownych w ubezpieczeniach na życie jest bardzo wiele i na pierwszy rzut oka trudno je wychwycić. Jest ich zdecydowanie więcej niż w przypadku o.w.u. majątkowych. Niepokojące jest także to, że wśród tych naruszeń odnajdujemy takie, które mogą naruszać rażąco interesy ubezpieczających i ubezpieczonych. Często zdarza się także, że w jednym wzorcu jednocześnie występuje kilka nieprawidłowych postanowień.

W dalszym ciągu ubezpieczyciele stosują postanowienia mogące mieć negatywne skutki dla ubezpieczających i ubezpieczonych. Przejawy tego odnaleźć można również w postanowieniach niedookreślonych, nieprecyzyjnych. Dostrzec można także próby wprowadzania na mocy postanowień umownych nieobowiązujących już zasad, które w ramach nowelizacji przepisów zostały przez ustawodawcę usunięte, jak również w określonych przypadkach niedostosowanie obowiązującej terminologii i stosowanie pojęć używanych w poprzednio obowiązującym stanie prawnym.

W świetle ustaleń wynikających z dokonanych analiz wzorców umownych Rzecznik Ubezpieczonych zwracał się i jest w trakcie przygotowania kolejnych wystąpień do zakładów ubezpieczeń działu I, wnioskując o modyfikację treści wzorców mającą na celu ich dostosowanie do obowiązujących regulacji prawnych.

Co jest pozytywne większość spośród zakładów ubezpieczeń, do których występuje Rzecznik deklaruje dokonanie szczegółowej analizy i dokonanie stosownych zmian w stosowanych wzorcach umownych.

Stanowisko i zapewnienia ubezpieczycieli w tym zakresie Rzecznik Ubezpieczonych przyjmuje z satysfakcją, gdyż powyższe uwagi do o.w.u. mają charakter merytoryczny i w opinii Rzecznika Ubezpieczonych działania prowadzone w tym zakresie z jednej strony

wpływać będą na poprawę jakościową oferowanych produktów, a z drugiej poprawę w oczach polskiego społeczeństwa wizerunku branży ubezpieczeniowej.

Rzecznik wyraża nadzieję, że niniejsze opracowanie będzie wykorzystywane przez zakłady ubezpieczeń w pracach nad zmianą oferowanych produktów oraz przygotowaniem nowych wzorców umownych, jak również jako materiał analityczny dla instytucji stojących na straży interesów konsumenta usług finansowych.