



Spis treści:

I. ZAGADNIENIA Z ZAKRESU PRAWA	3
II. UMOWA UBEZPIECZENIA	12
III. WSTĘP DO OPISU PRODUKTÓW UBEZPIECZENIOWYCH	18
IV. ZAGADNIENIA AKTUARIATU	28



I. ZAGADNIENIA Z ZAKRESU PRAWA

PRAWO CYWILNE jest to zespół przepisów (norm) regulujących stosunki cywilno-prawne.

STOSUNKI CYWILNO-PRAWNE są to stosunki społeczne między osobami fizycznymi, prawnymi, które są uregulowane przez przepisy prawa cywilnego.

Cechy stosunków cywilno-prawnych:

przyznanie podmiotom prawa tzw. autonomii prywatnej, która polega na tym, że podmioty prawa mogą poprzez własne działanie kształtować stosunki prawne, równorzędność podmiotów – co oznacza, że żaden z podmiotów nie ma możliwości władczego wkroczenia w sferę autonomii prywatnej innego podmiotu prawa.

Przeciwieństwem zasady równorzędności podmiotów jest zasada władczego podporządkowania, charakterystyczna dla prawa administracyjnego.

1. PODMIOTY PRAWA CYWILNEGO

Podmiotami prawa cywilnego są: **osoby fizyczne** oraz osoby prawne, a także inne jednostki organizacyjne, którym ustawa przyznaje zdolność prawną.

W nauce prawa i w praktyce, te ostatnie nazywa się niekiedy tzw. **ułamnymi osobami prawnymi**.

OSOBY PRAWNE

W przepisach prawa brakuje definicji osoby prawnej. Osobami prawnymi są Skarb Państwa oraz jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególne przyznają osobowość prawną. Osobami prawnymi są, m.in. *Skarb Państwa, gminy, powiaty, województwa, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, kapitałowe spółki handlowe: z ograniczoną odpowiedzialnością i akcyjną, spółdzielnie, przedsiębiorstwa państwowe itp.*

Do jednostek organizacyjnych nie będących osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, stosuje się odpowiednio przepisy o osobach prawnych.

Do jednostek tych zalicza się m.in. *spółki kapitałowe w organizacji oraz osobowe spółki handlowe (wpisane do rejestru przedsiębiorców): jawną, partnerską, komandytową oraz komandytowo-akcyjną*. Osoby prawne oraz ww. jednostki organizacyjne są uczestnikami obrotu cywilnoprawnego, co oznacza, że mogą być podmiotem praw i obowiązków z zakresu prawa cywilnego, mogą mieć majątek, rozporządzać swoimi prawami w imieniu własnym, zaś

za niewykonanie czy nienależyte wykonanie zobowiązań odpowiadają całym swoim majątkiem. Osoba prawna dokonuje czynności prawnych poprzez swoje organy, czyli przez ludzi. Działanie organu traktuje się jako działanie osoby prawnej.

KONSUMENT to osoba fizyczna dokonująca czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

PRZEDSIĘBIORCA to osoba fizyczna, osoba prawna i wyżej opisana jednostka organizacyjna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową.

Przedsiębiorca działa pod FIRMĄ. Jest to oznaczenie przedsiębiorcy, które ujawnia się we właściwym rejestrze, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej, przy czym firma Przedsiębiorcy powinna się odróżniać dostatecznie od firm innych przedsiębiorców prowadzących działalność na tym samym rynku. Firma nie może wprowadzać w błąd, w szczególności co do osoby przedsiębiorcy, przedmiotu działalności przedsiębiorcy, miejsca działalności, źródeł zaopatrzenia.

Firmą osoby fizycznej jest jej imię i nazwisko; można włączyć do firmy także pseudonim lub określenia wskazujące na przedmiot działalności przedsiębiorcy, miejsce jej prowadzenia oraz inne określenia dowolnie obrane.

Firmą osoby prawnej jest jej nazwa, przy czym przedsiębiorca może posługiwać się także skrótem firmy; zawiera określenie formy prawnej osoby prawnej, które może być podane w skrócie, a ponadto może wskazywać na przedmiot działalności, siedzibę tej osoby oraz inne określenia dowolnie obrane.

ZOBOWIĄZANIE to stosunek prawny między dwiema lub więcej osobami, na mocy którego jedna osoba (wierzyciel) może żądać od drugiej osoby (dłużnika) określonego działania lub zaniechania (świadczenia), zaś dłużnik jest zobowiązany świadczenie to spełnić.

ŚWIADCZENIE to określone zachowanie się dłużnika (działanie lub zaniechanie). Uprawnienie wierzyciela do żądania spełnienia świadczenia przez dłużnika nazywa się **wierzytelnością**, zaś obowiązek spełnienia świadczenia przez dłużnika to **dług**.

Głównymi źródłami zobowiązań są czynności prawne (głównie umowy), czyny niedozwolone oraz bezpodstawne wzbogacenie.

W zobowiązaniu, tak jak w każdym stosunku prawnym, wyróżnia się trzy elementy: podmioty (wierzyciel i dłużnik), przedmiot – świadczenie, czyli określone działanie, zachowanie się dłużnika, którego może żądać wierzyciel, treść zobowiązania – uprawnienia wierzyciela i obowiązki dłużnika.

ZDOLNOŚĆ PRAWNA to zdolność do bycia podmiotem praw i obowiązków z zakresu prawa cywilnego. Posiadanie zdolności oznacza, że podmiot prawa może posiadać majątek, nabywać dla siebie prawa i zaciągać w swoim imieniu zobowiązania oraz ponosić odpowiedzialność za zaciągnięte zobowiązania.

CZYNNOŚĆ PRAWNA to zachowanie się osoby fizycznej, prawnej lub ułamnej osoby prawnej zmierzające do powstania, zmiany lub zniesienia stosunku prawnego.

Czynności prawne dzielą się na: czynności prawne jednostronne – dochodzą do skutku przez złożenie jednego oświadczenia woli, np. wypowiedzenie umowy, testament, umowy – do zawarcia umowy wymagane jest złożenie zgodnych oświadczeń woli wszystkich stron tej czynności prawnej, np. umowa sprzedaży, umowa ubezpieczenia na życie. Nie jest przy tym wymagane, by zgodne oświadczenia woli stron zostały złożone jednocześnie, uchwały – podejmowane przez organy kolegialne dochodzą do skutku, jeżeli zostały podjęte wymaganą większością głosów, np. uchwały walnego zgromadzenia akcjonariuszy.

Zdolność do czynności prawnych jest to zdolność do tego, by poprzez własne działanie nabywać prawa i zaciągać zobowiązania z zakresu prawa cywilnego.

Konstrukcja zdolności do czynności prawnych osób fizycznych jest konstrukcją złożoną. Zakres zdolności do czynności prawnych zależy od dwóch czynników: wieku oraz stopnia ubezwłasnowolnienia.

W związku z tym osoba fizyczna może:

1. nie mieć zdolności do czynności prawnych,
2. mieć ograniczoną zdolność do czynności prawnych,
3. mieć pełną zdolność do czynności prawnych.

Ad. 1 BRAK ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH

Zdolności do czynności prawnych nie mają: osoby fizyczne, które nie ukończyły lat 13, osoby ubezwłasnowolnione całkowicie przez sąd (jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie są w stanie kierować swym postępowaniem samodzielnie).

Zasadą jest, że czynność prawna dokonana przez osobę ubezwłasnowolnioną całkowicie jest nieważna. Od zasady tej jest tylko jeden wyjątek i dotyczy umów należących do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego (np. zakupy w sklepie), umowa taka staje się ważna z chwilą jej wykonania, o ile nie pociąga za sobą rażącego pokrzywdzenia osoby niezdolnej do czynności prawnych.

W świetle powyższych uwag nieważna będzie umowa ubezpieczenia zawarta przez osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną lub małe dziecko. Nie ma nawet możliwości potwierdzenia tak zawartych umów przez rodziców czy opiekunów. Jeżeli jednak osoba nie mająca zdolności do czynności prawnych kupi w sklepie np. bułkę czy przybory szkolne, to umowa taka będzie ważna, chyba że będzie to czynność pociągająca za sobą rażące pokrzywdzenie tej osoby, np. sprzedawca wykorzystując to, że ma do czynienia z osobą małoletnią lub upośledzoną umyślowo sprzeda mu tę rzecz za nadmiernie wygórowaną cenę.

Osoba, która jest całkowicie niezdolna do czynności prawnych nie może nabywać praw i zaciągać zobowiązań z zakresu prawa cywilnego osobiście, co nie oznacza, że nie może nabywać ich w ogóle. W imieniu i na rzecz tych osób działają przedstawiciele ustawowi: w przypadku osób małoletnich rodzice (przysposabiający, czyli osoby, które adoptowały dziecko), zaś w przypadku osób całkowicie ubezwłasnowolnionych, opiekun ustanowiony przez sąd.

Ad. 2 OGRANICZONĄ ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH mają: osoby fizyczne, które ukończyły lat 13, a nie są jeszcze pełnoletnie i nie zostały ubezwłasnowolnione całkowicie, osoby częściowo ubezwłasnowolnione (z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest takiej osobie pomoc do prowadzenia jej spraw).

Ad. 3 PEŁNĄ ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH mają osoby pełnoletnie, o ile nie zostały ubezwłasnowolnione. Co do zasady pełnoletnią jest osoba, która ukończyła lat 18. Wyjątkowo przed ukończeniem 18 roku życia pełnoletniość uzyskuje kobieta poprzez zawarcie małżeństwa po ukończeniu 16 roku życia. Osoby, które mają pełną zdolność do czynności prawnych mogą dokonywać czynności prawnych w swoim imieniu, czyli swobodnie kształtować swoją sytuację prawną.

FORMA CZYNNOŚCI PRAWNYCH

Zasadą w polskim prawie cywilnym jest, że czynność prawna może być dokonana bez konieczności zachowania formy szczególnej, zaś konieczność zachowania formy szczególnej może wynikać z przepisów prawa lub też z umowy stron.

Kodeks cywilny przewiduje różne formy szczególne dla dokonania czynności prawnych, z których najważniejsze to:

forma pisemna (zwykła) – do jej zachowania wystarczy złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie zawierającym treść oświadczenia woli; do zawarcia umowy wystarcza wymiana dokumentów obejmujących treść oświadczeń woli, z których każdy jest podpisany przez jedną ze stron, lub dokumentów, z których każdy obejmuje treść oświadczenia woli jednej ze stron

i jest przez nią podpisany. Oświadczenie woli złożone w postaci elektronicznej opatrzone bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu jest równoznaczne z oświadczeniem woli złożonym w formie pisemnej, forma pisemna z podpisem urzędowo poświadczonym – podpis jest poświadczony przez notariusza, zaś w tych miejscowościach, w których nie ma kancelarii notarialnej do poświadczenia własnoręczności podpisu w zakresie niektórych czynności prawnych są upoważnieni przewodniczący zarządów gmin oraz banki, forma pisemna z urzędowym poświadczaniem daty – tzw. pismo z datą pewną.

Poświadczenie daty polega na stwierdzeniu wiążącym także inne osoby, które nie uczestniczą w danej czynności prawnej, że czynność została dokonana w określonym czasie.

Czynność prawna ma datę pewną: – w razie stwierdzenia dokonania czynności w jakimkolwiek dokumencie urzędowym – od daty dokumentu urzędowego, a w razie umieszczenia na obejmującym czynność dokumencie jakiegokolwiek wzmianki przez organ państwowy, organ jednostki samorządu terytorialnego albo przez notariusza – od daty tej wzmianki, ponadto w przypadku śmierci jednej z osób podpisanych na dokumencie, datę złożenia przez tę osobę podpisu uważa się za pewną od daty śmierci tej osoby.

OŚWIADCZENIE WOLI

Niezbędnym elementem każdej czynności prawnej jest oświadczenie woli. Oświadczenie woli jest to uzewnętrzniiony przejaw woli. Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej.

BRAK ŚWIADOMOŚCI LUB SWOBODY

Oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli, jest bezwzględnie nieważne. Powody i rodzaj stanu wyłączającego świadomość są bez znaczenia, najczęściej będą to: choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy, działanie alkoholu, narkotyków lub środków farmakologicznych.

Przyczyna braku świadomości i swobody może być trwała lub przemijająca, ale brak świadomości i swobody w chwili dokonania czynności prawnej musi być zupełny.

Czynność prawna jest również bezwzględnie nieważna, jeżeli dokonana została przez osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną. Ubezwłasnowolnienie całkowite powoduje utratę zdolności do czynności prawnych – czynność prawna jest z tego powodu nieważna.

POZORNOŚĆ

Czynność prawna jest pozorna, jeżeli oświadczenie woli zostało złożone drugiej stronie za jej zgodą dla pozorów.

BŁĄD

Błąd jest to mylne wyobrażenie o istniejącym stanie rzeczy lub o treści składanego oświadczenia.

W przypadku czynności prawnej dokonanej pod wpływem błędu zachodzi względna nieważność, tzn. oświadczenie woli jest ważne ale wzruszalne, co oznacza, że osoba, która złożyła oświadczenie woli pod wpływem błędu może uchylić się od skutków prawnych swego oświadczenia, jeżeli błąd dotyczy treści czynności prawnej i jest to błąd istotny.

PRZEDSTAWICIELSTWO

W obrocie cywilnoprawnym z reguły czynności prawne dokonywane są przez osobę, której mają dotyczyć bezpośrednio skutki prawne tej czynności. Czynność prawna może być jednak dokonana również przez przedstawiciela, który działa wówczas w imieniu drugiej osoby (mocodawcy), jeżeli czynność prawna zostanie dokonana w granicach umocowania pociąga za sobą skutki bezpośrednio dla reprezentowanego. Przedstawicielstwo oznacza więc zawieranie umów oraz dokonywanie innych czynności prawnych w imieniu i na rzecz innej osoby.

Przedstawicielstwo jest pojęciem, które obejmuje swym zasięgiem przedstawicielstwo ustawowe oraz pełnomocnictwo.

PRZEDSTAWICIELSTWO USTAWOWE

W tym wypadku umocowanie do działania w imieniu drugiej osoby wynika z przepisów prawa. Osoby fizyczne, które nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych mogą dokonywać czynności prawnych przez przedstawiciela ustawowego.

PEŁNOMOCNICTWO

W przypadku pełnomocnictwa umocowanie do działania w cudzym imieniu opiera się na oświadczeniu reprezentowanego. Pełnomocnictwo jest czynnością prawną jednostronną, nie zaś umową, a zatem nie jest wymagana zgoda pełnomocnika. Z pełnomocnictwa wynika jedynie możliwość działania w imieniu mocodawcy, nie zaś obowiązek działania.

Wyróżnia się trzy rodzaje pełnomocnictwa:

- **pełnomocnictwo ogólne** – jest to pełnomocnictwo do dokonywania wszelkich czynności zwykłego zarządu (typowe prowadzenie zwykłych spraw mocodawcy); pełnomocnictwo ogólne musi być pod rygorem nieważności udzielone na piśmie.

- **pełnomocnictwo rodzajowe** – jest ono wymagane do czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu; czynnościami przekraczającymi zakres zwykłego zarządu są czynności nietypowe oraz takie, które pociągają za sobą poważne skutki prawne dla mocodawcy (np. zaciągnięcie zobowiązań znacznej wartości),
- **pełnomocnictwo do dokonania określonej czynności** (pełnomocnictwo szczególne)
- dotyczy konkretnie oznaczonej czynności prawnej, np. sprzedaży ściśle oznaczonej nieruchomości.

Specyficzną formą pełnomocnictwa jest także prokura - jest pełnomocnictwem (pod rygorem nieważności udzielonym na piśmie) udzielonym przez przedsiębiorcę podlegającego obowiązkowi wpisu do rejestru przedsiębiorców, które obejmuje umocowanie do czynności sądowych i pozasądowych, jakie są związane z prowadzeniem przedsiębiorstwa.

W przypadku braku potwierdzenia umowy zawartej bez umocowania lub z przekroczeniem jego zakresu, ten kto zawarł umowę w cudzym imieniu, obowiązany jest do zwrotu tego, co otrzymał od drugiej strony w wykonaniu umowy oraz do naprawienia szkody, którą druga strona poniosła przez to, że zawarła umowę nie wiedząc o braku umocowania lub o przekroczeniu jego zakresu.

ZASADA SWOBODY UMÓW

Jedną z podstawowych zasad obowiązujących w prawie zobowiązań jest zasada swobody umów.

Zasada swobody umów oznacza:

- swobodę zawarcia lub nie zawarcia umowy,
- możliwość swobodnego wyboru kontrahenta,
- treści umowy decydują co do zasady obie jej strony,
- forma umowy co do zasady zależy od woli stron.

FUNKCJONOWANIE WZORCÓW UMOWNYCH

W przypadku umów, w których jedną ze stron jest profesjonalista, który zawiera umowy o charakterze masowym (z reguły jednorodnjowe), nie jest celowe indywidualne negocjowanie treści umów z każdym klientem osobno. Dlatego stosowane są tzw. **wzorce umowne** (ogólne warunki, wzory umów, szablony, formularze) – do wzorców umownych należą ogólne warunki ubezpieczeń (OWU). Stosowanie wzorców umów stanowi pewne odchylenie od zasady swobody umów, gdyż faktycznie to jedna ze stron decyduje o treści umowy, zaś druga strona może jedynie wyrazić zgodę na zawarcie umowy.

Do zawarcia umowy dochodzi poprzez wyrażenie zgody na warunki umowy przez drugą stronę, czyli faktycznie przez przystąpienie (adhezja) do umowy.

Umowy, które zawiera się na podstawie wzorców umownych określa się jako umowy adhezyjne (zawierane przez przystąpienie).

Zgodnie z art. 384 § 1 k.c. ustalony przez jedną ze stron wzorec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Natomiast w świetle art. 384 § 2, w razie, gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Nie dotyczy to jednak umów zawieranych z udziałem konsumentów, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego.

NIEDOZWOLONE POSTANOWIENIA UMOWNE

Art. 3851 § 1 k.c. stanowi, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (**niedozwolone postanowienia umowne**).

Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

PRZEDAWNIE NIE ROSZCZEŃ

Przedawnienie polega na tym, że po upływie określonego w ustawie okresu ten, przeciwko komu kieruje się roszczenie (np. żądanie wypłaty świadczenia od zakładu ubezpieczeń), może uchylić się od jego zaspokojenia (odmówić wypłaty świadczenia).

Okres ten w przypadku umowy ubezpieczenia wynosi 3 lata i rozpoczyna swój bieg w dniu, w którym roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego stałoby się wymagalne, gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniejszym możliwym terminie.

W przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej roszczenie poszkodowanego do zakładu ubezpieczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania.

Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie zakładu ubezpieczeń przerywa się przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie zakładu ubezpieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

SZKODA jest to każdy uszczerbek w dobrach lub interesach prawnie chronionych, jakiego doznał poszkodowany wbrew swojej woli. Uszczerbek ten może być dwojakiego rodzaju: niemajątkowy lub majątkowy.

Szkoda niemajątkowa, czyli krzywda podlega naprawieniu tylko wtedy, gdy stanowi tak przepis szczególny. W przypadku wyrządzenia krzywdy sąd zasądzi od sprawcy na rzecz osoby pokrzywdzonej odpowiednią kwotę tytułem zadośćuczynienia za krzywdę. Zadośćuczynienie za krzywdę zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego zostanie zasądzone przez sąd od osoby odpowiedzialnej za wyrządzenie krzywdy w przypadku:

1. uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia,
2. bezprawnego pozbawienia wolności,
3. skłonienia za pomocą podstępów, gwałtu lub nadużycia stosunku zależności, do poddania się czynowi niezgodnemu,
4. naruszenia dóbr osobistych innej osoby (np. znieważenia).

Ponieważ zadośćuczynienia za krzywdę można żądać jedynie w ściśle określonych przez przepisy przypadkach, sąd oddali powództwo (odmówi zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę) osoby, która żąda zadośćuczynienia za krzywdę w sytuacji, gdy żadna szkoda majątkowa nie została wyrządzona, a jednocześnie nie występuje krzywda w rozumieniu przepisów prawa.

Szkoda majątkowa podlega natomiast naprawieniu w każdym przypadku jej wyrządzenia.

Może mieć postać szkody na mieniu (np. zniszczenie rzeczy) i szkody na osobie, np. złamanie nogi osobie poszkodowanej stanowi uszkodzenie ciała, co uzasadnia zasądzenie przez sąd nie tylko zadośćuczynienia za krzywdę od osoby odpowiedzialnej za szkodę, ale również odszkodowania za szkodę majątkową, tj. koszty leczenia, utracony zarobek spowodowany nieobecnością w pracy.

Szkoda majątkowa może mieć postać szkody rzeczywistej, która polega na zmniejszeniu się majątku poszkodowanego lub utraconej korzyści, czyli utraconego zysku, jaki osiągnąłby poszkodowany, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

II. UMOWA UBEZPIECZENIA

Art. 805 § 1 k.c. definiuje umowę ubezpieczenia w następujący sposób: **„Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę”.**

STRONY UMOWY UBEZPIECZENIA:

1. ubezpieczyciel (zwany również zakładem/towarzystwem ubezpieczeń), tj. jednostka organizacyjna uprawniona do wykonywania działalności ubezpieczeniowej (zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej ubezpieczyciel może mieć formę spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych),
2. ubezpieczający, czyli osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która ponosi ciężar uiszczania składek ubezpieczeniowych.

W stosunku prawnym ubezpieczenia występują również inne podmioty, takie jak:

1. ubezpieczony, tj. osoba, której mienia albo życia lub zdolności do pracy (zdrowia) dotyczy określone w umowie ubezpieczenia zdarzenie losowe (wypadek ubezpieczeniowy). W praktyce ubezpieczający i ubezpieczony to bardzo często jedna i ta sama osoba, jednakże może również dochodzić do sytuacji, w której ubezpieczający nie jest jednocześnie ubezpieczonym, wówczas mamy do czynienia z zawarciem umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony jest wówczas podmiotem stosunku prawnego ubezpieczenia, ale nie stroną umowy ubezpieczenia.
2. uprawniony (uposażony), tj. osoba uprawniona do otrzymania określonej w ubezpieczeniu osobowym sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci. Może być to osoba imiennie wskazana w umowie ubezpieczenia lub okaziciel polisy ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Zawarcie umowy ubezpieczenia, co do zasady, następuje poprzez złożenie zgodnego oświadczenia woli przez strony umowy (ubezpieczający i ubezpieczyciel). W praktyce stosuje się tzw. ofertowy tryb zawierania umów (uregulowany w art. 66–70 k.c.), tzn. nie ma obowiązku złożenia podpisów stron na tym samym dokumencie, jak również opatrywania go datą.

W trybie ofertowym ubezpieczający jest traktowany jako składający ofertę (oferent), zaś ubezpieczyciel jest przyjmującym ofertę. W przypadku umowy ubezpieczenia oferta ma

z reguły formę formularza (**wniosku**), który opracowywany jest przez ubezpieczyciela. Przekazanie ubezpieczycielowi wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego wniosku jest jego oświadczeniem woli zawarcia umowy ubezpieczenia. Takie oświadczenie jest dla towarzystwa wiążące i nie wymaga już ponownej akceptacji w postaci podpisu. Złożenie przez ubezpieczyciela oświadczenia woli o przyjęciu oferty ubezpieczającego powoduje zawarcie umowy ubezpieczenia, co z reguły następuje przez wydanie i wręczenie ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej lub też innego dokumentu ubezpieczenia (art. 809 § 1 k.c.). Polisa ubezpieczeniowej nie należy przy tym utożsamiać z umową ubezpieczenia, gdyż polisa jest jedynie dokumentem potwierdzającym zawarcie tej umowy.

Data zawarcia umowy ubezpieczenia jest, co do zasady, dzień doręczenia ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela polisy ubezpieczeniowej lub innego dokumentu ubezpieczenia. W tym miejscu konieczne jest zwrócenie uwagi na to, aby polisa ubezpieczeniowa zawsze była wręczana osobie będącej ubezpieczającym lub też osobą upoważnioną do działania w imieniu ubezpieczającego (może być to przedstawiciel ustawowy ubezpieczającego lub też inna osoba mająca jego upoważnienie do odebrania polisy).

Kodeks cywilny przewiduje również sytuacje, w których data zawarcia umowy ubezpieczenia jest ustalana w sposób odmienny.

Z pierwszym tego typu przypadkiem mamy do czynienia wówczas, gdy dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty (wniosek o ubezpieczenie) lub od ogólnych warunków ubezpieczenia, a postanowienia te nie zostały wcześniej uzgodnione w drodze modyfikacji wniosku Ubezpieczającego przez szczególne warunki umowy ubezpieczenia wskazane w liście loadingowym.

W takiej sytuacji ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, przy doręczaniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W braku sprzeciwu uważa się, że umowa została zawarta zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu. W razie niewykonania powyższego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego są nieważne.

Umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w niej wypadku nie jest możliwe (np. ubezpieczony zmarł w okresie pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie na zawarciem umowy ubezpieczenia) (art. 806 § 1 k.c.).

Możliwe jest objęcie ochroną ubezpieczeniową okresu poprzedzającego zawarcie umowy ubezpieczenia.

Data rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń będzie wówczas wcześniejsza od daty zawarcia umowy. Jednakże objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie (art. 806 § 2 k.c.).

Oznacza to, że umowa ubezpieczenia jest ważna, ale ubezpieczyciel nie ma obowiązku zapłaty świadczenia, a ubezpieczający obowiązku zapłaty składki za okres poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia.

FORMA UMOWY UBEZPIECZENIA

Co do zasady zawarcie umowy ubezpieczenia nie wymaga jakiejś szczególnej formy. Jednakże z reguły umowa taka zawierana jest w formie pisemnej, co wynika z omawianych już wcześniej przepisów nakazujących potwierdzanie przez ubezpieczyciela pismem (polisa ubezpieczeniowa, inny dokument) faktu zawarcia umowy ubezpieczenia.

Należy jednak podkreślić, że forma pisemna umowy ubezpieczenia nie została nigdzie zastrzeżona „pod rygorem nieważności”, co oznacza, że niezachowanie tej formy nie będzie skutkowało nieważnością umowy.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZEŃ

Ogólne warunki ubezpieczenia ustalane są przez zakłady ubezpieczeń. Jedynie w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych ogólne warunki ubezpieczeń określane są przez Ministra Finansów w drodze rozporządzenia. Zgodnie z art. 12a ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.) ogólne warunki ubezpieczenia określają 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.

Ogólny przepis mający zastosowanie do ogółu ubezpieczeń (art. 812 § 5 k.c.) stanowi, że jeżeli umowa zawarta jest na czas określony, ubezpieczyciel może ją wypowiedzieć jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Jednakże umowę ubezpieczenia na życie Ubezpieczyciel może wypowiedzieć jedynie w wypadkach wskazanych w ustawie (art. 830 § 3 k.c.).

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

Do podstawowych praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia możemy zaliczyć:

Po stronie ubezpieczającego:

- 1.** Obowiązek zapłacenia składki ubezpieczeniowej (jeżeli nie umówiono się inaczej, składka ubezpieczeniowa 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).
- 2.** Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości zakładu ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty (wniosek o ubezpieczenie) albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone powyżej spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
- 3.** Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w punkcie poprzednim, ubezpieczający obowiązany jest zawiadomić o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na konsekwencje niedochowania przez ubezpieczającego obowiązków, o których mowa w punktach 2 i 3. Otóż **Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem reguł opisanych w punktach 2 i 3 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości.**

Jeżeli do naruszenia tych obowiązków doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

4. Zawiadomienie ubezpieczyciela o wypadku ubezpieczeniowym w terminie ustalonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia lub w polisie oraz dostarczenie dokumentów i materiałów niezbędnych do ustalenia rozmiaru szkody, okoliczności jej powstania i in.
5. W razie zajścia wypadku, skorzystanie z wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody oraz w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia (ubezpieczenie majątkowe).
6. W przypadku umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczeń grupowych, ubezpieczający obowiązany jest do przekazania ubezpieczonemu pisemnych informacji o zmianie umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, o (b) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie rzadziej niż raz w roku, a w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, nie rzadziej niż raz w roku.
7. Inne obowiązki założone przez strony w drodze ustalania warunków umowy.

Po stronie zakładu ubezpieczeń:

1. Wypłata świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby jednak wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Wydanie polisy ubezpieczeniowej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Wskazanie różnic pomiędzy dokumentem ubezpieczenia, a wnioskiem o ubezpieczenie i wyznaczenie odpowiedniego terminu na zgłoszenie sprzeciwu przez ubezpieczającego.
4. Doręczenie ubezpieczającemu ogólnych warunków ubezpieczenia podpisanych przez, co najmniej dwóch członków zarządu przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
5. Ustalenie odpowiedzialności zakładu, rozmiaru i wysokości szkody. (Odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia majątkowego nie może być wyższe od poniesionej szkody, chyba że umowa stanowi inaczej. W przypadku zbiegu świadczeń z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń majątkowych z tego samego zdarzenia, odszkodowanie wypłaca się do wysokości szkody

w granicach sumy ubezpieczenia w ramach każdego ze stosunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem odszkodowań już wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia).

6. Zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczającego, wynikających z zastosowania przez niego środków zmierzających do zmniejszenia rozmiaru szkody.

7. Pisemne informowanie ubezpieczającego o zmianie umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu,

Jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie rzadziej niż raz w roku, a w przypadku, gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, nie rzadziej niż raz w roku.

8. Ubezpieczyciel musi uzyskać uprzednią zgodę ubezpieczonego w razie zawierania na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie, a także w celu jej zmiany; zgoda powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw.

9. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje od ubezpieczyciela zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto, zgodnie z art. 13a ustawy o działalności ubezpieczeniowej ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeń), przed zawarciem umowy ubezpieczenia, obowiązany jest udzielić **ubezpieczającemu, będącemu osobą fizyczną, informacji** dotyczących:

- 1) prawa właściwego dla umowy w razie, gdy strony nie mają swobody wyboru prawa;
- 2) prawa właściwego, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń, gdy strony mają swobodę wyboru prawa;
- 3) sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także organu właściwego do ich rozpatrzenia.

Z punktu widzenia odpowiedzialności ubezpieczyciela i obowiązków ubezpieczającego podkreślenia wymaga obowiązek ubezpieczającego podania do wiadomości ubezpieczyciela wszystkich znanych sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty (wniosek o ubezpieczenie) albo przed zawarciem umowy w innych pismach. W przypadku podania przez ubezpieczającego nieprawdziwych informacji ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności zatajone lub podane nieprawdziwie przez klienta nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego.

W przypadku ubezpieczeń na życie ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczający podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zataił chorobę osoby ubezpieczonej, jeżeli od zawarcia umowy ubezpieczenia upłynęło **trzy lata**. Ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY, JEJ WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE

Zgodnie z art. 812 § 4 k.c. jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie **30 dni**, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie **7 dni**, od dnia zawarcia umowy.

Odstąpienie od umowy nie zwalnia jednak ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

III. WSTĘP DO OPISU PRODUKTÓW UBEZPIECZENIOWYCH

Pierwotne formy ubezpieczeń pojawiły się w starożytności i wywodzą się z różnych źródeł. Podstawowym źródłem były różne formy **pomocy wzajemnej** organizowane wśród członków zrzeszeń zawodowych lub religijnych. Tego rodzaju wzajemną pomoc można było spotkać 2500 p.n.e. wśród egipskich kamieniarzy budujących olbrzymie świątynie i grobowce dla ówczesnych faraonów.

W starożytnym Rzymie istniały zrzeszenia oparte na wspólnocie zawodu lub kultu religii, które oferowały również pomoc materialną swoim członkom w przypadku różnych nieszczęśliwych zdarzeń. Do najbardziej aktywnych należały kolegia wojskowe, które pokrywały koszty pogrzebu, wypłacały zasiłki w przypadku choroby lub zwolnienia ze służby wojskowej.

Pierwszą znaną historykom polisę ubezpieczeniową sprzedano 18 czerwca 1583 roku Williamowi Gybbonsowi. Suma ubezpieczenia wynosiła 32 funty 6 szylingów i 8 pensów i byłaby wypłacona, gdyby pan Gybbons zmarł w ciągu 12 miesięcy od zawarcia ubezpieczenia. Składka za to ubezpieczenie wynosiła 8% sumy ubezpieczenia i jak można sądzić, była oparta na intuicyjnej ocenie prawdopodobieństwa śmierci. Dziś ubezpieczenie takie nazywamy ubezpieczeniem terminowym na życie.

W Polsce pierwsze formy ubezpieczeń od wypadków i organizowania pomocy opartej na wzajemności pojawiły się w XV wieku. W środowiskach górniczych, związanych głównie z kopalniami węgla i soli, powstawały tzw. kasy puszkowe i półki brackie – prywatne

stowarzyszenia oparte na zasadzie wzajemności, których działalność była związana z ogromnym ryzykiem występującym w ówczesnych kopalniach. W Złotym Stoku na Śląsku działała kasa bracka, która została powołana w celu niesienia pomocy materialnej ubogim, chorym i niezdolnym do pracy górnikom i robotnikom. Na rzecz kasy pobierano regularne składki (dwa halerze od każdego zarobionego guldena). Ze względu na dużą ilość wypadków, dobrowolne składki z czasem przekształciły się w obowiązkowe ubezpieczenie.

Na koniec grudnia 2005 działalność prowadziły 32 zakłady ubezpieczeń na życie. Dwa towarzystwa były w stanie likwidacji: Garda Life S.A oraz Wüstenrot Życie TU S.A. Z dniem 14 grudnia 2005 r. zakład ubezpieczeń Nationwide Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmienił nazwę na AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Z dniem 26 września 2005 r. zakład ubezpieczeń CitiInsurance Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmienił nazwę na MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Zakład ubezpieczeń Credit Suisse Life & Pensions Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmienił nazwę na Winterthur Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. a zakład ubezpieczeń Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA VITA S.A. zmienił nazwę na Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A.

W 2005 r. największy udział w składce przypisanej brutto towarzystw ubezpieczeń na życie (ubezpieczenia indywidualne oraz grupowe) osiągnęło PZU Życie (39,75%). Drugie miejsce zajęło Commercial Union Życie (12,36%), trzecie – Amplico Life (7,98%), zaś czwarte AEGON (Nationwide) 6,62% oraz piąte ING USŁUGI FINANSOWE (6,55%). AEGON (Nationwide) jest liderem na rynku produktów ze składką jednorazową, która stanowi 92,19% udziału w łącznej składce towarzystwa. Pomimo rosnącego udziału TU nienależące do liderów utrzymuje się tendencja wysokiej koncentracji rynku ubezpieczeń na życie. Trzy największe towarzystwa ubezpieczeń posiadały łącznie na koniec 2005 r. 60,1% udział w rynku ubezpieczeń na życie a pięć największych 72,27%.

DEFINICJE I RODZAJE UBEZPIECZEŃ

W literaturze fachowej brak jest definicji pojęcia ubezpieczenia, która zwięźle przedstawiałaby jego istotę i objęłaby całość tej problematyki. Problematyka ubezpieczeniowa łączy w sobie aspekty ekonomiczne, prawne i finansowe, dlatego też w literaturze można znaleźć wiele definicji ubezpieczenia, które choć określają to samo, kładą akcent na różne elementy tego pojęcia.

Ubezpieczenie stanowi urządzenie gospodarcze, zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych wywołanych u poszczególnych jednostek przez oznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w drodze rozłożenia tego ciężaru na wiele jednostek, którym te same zdarzenia zagrażają.

Ubezpieczenie to forma repartycji strat w dwóch wymiarach: w przestrzeni, gdyż fundusz, z którego pokrywana jest strata, tworzony jest ze składek wielu osób, i w czasie, gdyż składki te są płacone z reguły przez długi okres, często w ratach.

Ubezpieczenie jest instytucją ekonomiczną, która redukuje ryzyko przez poddanie wspólnemu zarządzaniu grupy przedmiotów, rozłożonych w taki sposób, że suma przypadkowych szkód im zagrażających jest możliwa do określenia w wąskich granicach.

Istotą ubezpieczenia jest rozłożenie (repartycja) strat lub konieczność finansowego pokrycia nadzwyczajnych potrzeb na większą liczbę podmiotów uiszczających składki na fundusz ubezpieczeniowy; chodzi tu o podmioty zagrożone takim samym lub podobnym niebezpieczeństwem, organizacja funduszu związana jest ściśle z jego przeznaczeniem i rodzajem ubezpieczenia.

Ubezpieczenie jest urządzeniem gospodarczym, które pozwala zakładowi ubezpieczeń, dzięki opłacie składki, przejąć od ubezpieczającego ryzyko negatywnych, ekonomicznych skutków określonego zdarzenia losowego.

Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy zdarzeń losowych, których z góry nie da się przewidzieć, a fundusz ubezpieczeniowy – niezależnie od metody tworzenia – jest przeznaczony wyłącznie na wyrównanie szkód powstałych wskutek tych zdarzeń. **Zdarzenie losowe** musi następować niezależnie lub wbrew woli osoby dotkniętej skutkami tego zdarzenia. Zwane również przypadkowymi, powstają w wyniku działania przyczyn ubocznych, działających odmiennie w każdym indywidualnym zjawisku w przeciwieństwie do przyczyn głównych, które działają zawsze i w ten sam sposób w każdym poszczególnym zjawisku. Zdarzenia losowe są to obiektywne (realne) stany świata zewnętrznego, będące skutkiem urzeczywistnienia się określonych ryzyk, powodujące straty bądź zwiększone potrzeby finansowe u osoby w stosunku, do której dane zdarzenie się realizuje.

Wypadek losowy stanowi zdarzenie losowe powodujące bądź szkodę majątkową bądź utratę życia, zdrowia lub zdolności do pracy człowieka. **Szkoda losowa** traktowana jest jako szkoda majątkowa powstała w wyniku wypadku losowego.

Podział ubezpieczeń

1. Ubezpieczenia społeczne

2. Ubezpieczenia gospodarcze: Majątkowe (mienia, OC), Osobowe (życie, NW)

1. Pierwsza podstawowa różnica między ubezpieczeniami społecznymi a gospodarczymi to fakt, że każdy z tych rodzajów ubezpieczeń jest prowadzony przez inny zakład ubezpieczeń działający na mocy wyodrębnionych przepisów prawa i posiadający całkowicie odmienny w stosunku do siebie system finansowy.

2. Kolejne różnice wynikają z przedmiotu ubezpieczenia, sposobu powstania stosunku ubezpieczenia i charakteru świadczeń ubezpieczeniowych.

3. Ubezpieczenia gospodarcze mają dalszy podział na ubezpieczenia majątkowe i osobowe, natomiast ubezpieczenia społeczne mają charakter tylko i wyłącznie ubezpieczeń osobowych, gdyż ich przedmiotem ubezpieczenia zawsze jest życie, zdrowie i zdolność do pracy człowieka.

4. Ubezpieczenia gospodarcze mogą powstać na mocy umowy lub na mocy prawa, podczas gdy społeczne powstają z mocy ustawy.

5. W ubezpieczeniach gospodarczych zaspokajanie roszczeń odbywa się w formie wypłat pieniężnych, natomiast w szeroko rozumianych ubezpieczeniach społecznych, oprócz świadczeń pieniężnych (zasiłki, renty, emerytury), w ramach ubezpieczenia zdrowotnego szeroko są stosowane świadczenia rzeczowe np.: w formie bezpłatnego leczenia, zaopatrzenia w protezy, aparaty ortopedyczne.

Połączenie środków finansowych dostatecznej liczby podmiotów daje możliwość wystarczającej kompensaty strat, lub pokrycia potrzeb losowych.

Taka solidarność jest znana od zarania dziejów i miała postać wspólnot ludzkich. Formy takich wspólnot ewaluowały przez tysiąclecia. Także państwa próbowały tworzyć warunki kompensowania ważniejszych społecznie strat, ale przede wszystkim wykształciły się instytucje gospodarcze oferujące usługi w tym zakresie. Każdy z zakładów ubezpieczeń funkcjonuje opierając się na podobnych rozwiązaniach, nazywanych przez Ubezpieczeniowców **urządzeniem gospodarczym**, lub urządzeniem ubezpieczeniowym. „Urządzenie” to zastępuje niepewność poniesienia znacznych strat (ryzyko), pewnym, ale stosunkowo niewielkim kosztem – składką.

Jednostka, czyli Ubezpieczony, przenosi (transferuje) ryzyko na instytucję, czyli zakład ubezpieczeń. Składka wielu (fundusz ubezpieczeniowy), kompensuje straty niewielu (odszkodowania). Nazywane jest to **dzieleniem ryzyka**.



Ochrona ubezpieczeniowa jest podstawową funkcją zakładu ubezpieczeń.

Ubezpieczony, dzięki ubezpieczeniu zastępuje niepewność dużych obciążeń (koszty poniesionej szkody), pewnością małych obciążeń (składka). Ubezpieczony musi mieć również pewność uzyskania odszkodowania, tak rozumiana pewność określana jest jako „**realność ochrony ubezpieczeniowej**”. Jest to jedna z zasad ochrony ubezpieczeniowej.

Zasada realności ochrony ubezpieczeniowej, oznacza, że Ubezpieczony ma pewność uzyskania należnego świadczenia. Zasada ta wymaga gwarancji **prawnych i ekonomicznych** realizacji słusznych roszczeń Ubezpieczonego.

Szkoda może wystąpić w postaci:

- bezpośredniej (rzeczywiste uszczerpienie majątku)
- pośredniej (szkoda przyszła, utrata osiąganego dochodu, utrata spodziewanego zysku)

Ryzyko jest to możliwość nastąpienia określonego zdarzenia, wypadku lub szkody losowej. Ryzyko może oznaczać ilościową ocenę stopnia możliwości (szans) nastąpienia szkody losowej w danym obiekcie lub nieszczęśliwego wypadku z tym, że wielkość ryzyka zależy również od oczekiwanej intensywności działania danego zdarzenia losowego. Termin „ryzyko” jest często utożsamiany z wielkim niebezpieczeństwem zagrażającym danym obiektom lub osobom. A prawdopodobieństwo nastąpienia takiego niebezpieczeństwa oraz oczekiwaną intensywność jego działania można w jakiś sposób – najczęściej za pomocą metod statystycznych – ilościowo ocenić. Pojęcie „ryzyko” można stosować również do określania zespołu obiektów lub osób, które wskutek jednego wypadku losowego mogą ulec zniszczeniu lub uszkodzeniu. Podział obiektów objętych danym ubezpieczeniem (polisą) na „oddzielne rodzaje ryzyka” ma istotne znaczenie przy taryfowaniu ubezpieczeń oraz podejmowaniu decyzji dotyczących reasekuracji danego ubezpieczenia.

Ryzyko czyste – występuje w momencie, gdy realizacja tegoż ryzyka powoduje stratę majątkową a brak realizacji nie daje żadnych korzyści. Przykładem tego ryzyka może być sytuacja, gdy konsument dokonuje zakupu samochodu. W momencie realizacji ryzyka czyli uszkodzenia samochodu konsument ponosi określoną stratę materialną, natomiast w przypadku nie wystąpienia ryzyka nie odnosi żadnych korzyści.

Ryzyko osobiste – jest to ryzyko związane z utratą możliwości zarobkowania, np.: w skutek przedwczesnej śmierci, choroby, inwalidztwa, bezrobocia.

Ryzyko własności – jest związane z posiadaniem mienia, np.: posiadając dom jesteśmy narażeni na jego zniszczenie przez pożar, co wiąże się z stratą materialną. Wyróżniamy dwa rodzaje strat:

- **stratę bezpośrednią** – która jest związana z samą szkodą. Jeżeli dom zostaje zniszczony pożarem, wówczas właściciel traci jego wartość. Strata bezpośrednia może być zminimalizowana poprzez ubezpieczenie
- **stratę pośrednią** – występująca jako konsekwencja straty bezpośredniej. Właściciel zniszczonego domu musi zapewnić sobie i rodzinie zastępcze miejsce zamieszkania.

Ryzyko odpowiedzialności – występuje w sytuacji, kiedy strata materialna jest wynikiem nieumyślnego bądź zamierzonego działania osób trzecich. Z ryzykiem tym związany jest system ubezpieczeń obowiązkowych np.: ubezpieczenie obowiązkowe pojazdów.

Ryzyko „z winy innych” – obejmuje sytuacje, kiedy to my, przez działanie niezamierzone, powodujemy szkodę materialną dotyczącą kogoś innego. Przykładem tego ryzyka może być nieumyślne spowodowanie wypadku drogowego.

Ryzyko finansowe – powoduje straty dające się ująć finansowo, występują przede wszystkim w ubezpieczeniach majątkowych.

Ryzyko niefinansowe – powodują straty niedające się ująć finansowo, pośrednim skutkiem tych ryzyk mogą być wydatki o charakterze finansowym (np.: urodzenie dziecka powoduje zwiększenie wydatków, czyli zmniejszenie dochodów).

Ryzyko osobiste – powoduje stratę w dobrach osobistych (np.: nieszczęśliwy wypadek powodujący brak zdolności do zarobkowania)

Ryzyko majątkowe – jest to ryzyko, które zagraża dobrom majątkowym np.: ryzyko pożaru domu, kradzieży.

Ryzyko niepewności faktu realizacji – charakteryzuje się tym, że mamy do czynienia z niepewnością dotyczącą samego faktu wystąpienia danego ryzyka (np.: nie ma pewności, czy zaistnieje wypadek samochodowy, czy nie)

Ryzyko niepewności czasu – charakteryzuje się pewnością, co do realizacji ryzyka, lecz nieznanym jest czas tej realizacji (np.: ryzyko śmierci; śmierć jest zdarzeniem pewnym, lecz nikt nie jest w stanie określić dokładnie jej czasu)

Ryzyko niepewności skutku – występuje w sytuacji, kiedy jesteśmy w stanie określić czas i fakt realizacji ryzyka, ale nie mamy pewności, co do jego skutku (np.: meteorolodzy mogą określić czas i miejsce huraganu, nie mogą jednak określić jego skutków).

Ryzyko niepewności miejsca – dotyczy sytuacji, kiedy nie można określić miejsca realizacji danego ryzyka.

Podstawowe pojęcia związane z funkcjonowaniem produktów ubezpieczeniowych

Ocena ryzyka

Na podstawie cech ilościowych można wycenić usługę ubezpieczeniową i określić granicę zobowiązań zakładu ubezpieczeń. Do cech ilościowych ryzyka ubezpieczeniowego, z punktu widzenia statystyki ubezpieczeń, zalicza się:

- 1) sumę ubezpieczenia,
- 2) składkę ubezpieczeniową należną za ubezpieczenie.

Suma ubezpieczenia

Jest kwotą pieniężną, określającą wysokość maksymalnego świadczenia, jakie może otrzymać Ubezpieczający w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Wysokość sumy ubezpieczenia określa się zazwyczaj w stosunku do wartości ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wypłacane odszkodowanie nie może być od niej wyższe. Suma ubezpieczenia stanowi również podstawę do naliczenia składki ubezpieczeniowej. W ubezpieczeniach osobowych sumę ubezpieczenia określa zwykle Ubezpieczający w zależności od możliwości finansowych w zakresie płatności składki. W ubezpieczeniach następstw nieszczęśliwych wypadków ustala się zazwyczaj dwie sumy ubezpieczenia. Pierwsza dotyczy zdarzenia powodującego śmierć Ubezpieczonego, druga – trwałe inwalidztwo. Suma wypłacana w momencie śmierci jest zazwyczaj niższa. W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej ustalona suma ubezpieczenia określa granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W ubezpieczeniach majątkowych suma ubezpieczenia odpowiada zwykle wartości ubezpieczonego mienia. Wartość ta, w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych jest podawana przez Ubezpieczającego w granicach dopuszczalnych przez zakład ubezpieczeń, natomiast w ubezpieczeniach obowiązkowych jest z góry ustalona przez firmę ubezpieczeniową.

Składka ubezpieczeniowa

Odnosi się do okresu ubezpieczenia danego ryzyka. Jeśli więc okres ubezpieczenia jest krótszy od okresu rocznego, wówczas składka bieżąca będzie odpowiednio niższa od składki rocznej. Przy stałej stopie składki netto, składka wprost proporcjonalnie zmienia się do zmiany sumy ubezpieczenia. Wyznaczenie wpływu wielkości prawdopodobieństwa wystąpienia wypadku

ubezpieczeniowego, czyli ubezpieczonego ryzyka, następuje przez wyznaczenie właściwej stopy składki. Chodzi tu o uwzględnienie wszystkich najistotniejszych cech ubezpieczonego obiektu lub osoby, mających wpływ na wielkość tego prawdopodobieństwa i tym samym na wielkości stopy składki, z drugiej jednak strony uwzględnianie wielkości indywidualnego ryzyka jest w praktyce niemożliwe i z tego powodu, do ustalenia stopy składki stosuje się wielkość przeciętnego ryzyka danego portfela ubezpieczeń. Następnym czynnikiem określającym wysokość indywidualnej składki ubezpieczeniowej jest długość okresu ubezpieczeniowego, z tego względu wyróżniamy dwa systemy składek:

- 1) składka rośnie wprost proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia,
- 2) ustalane na podstawie tabel frakcyjnych – w miarę skracania długości okresu ubezpieczenia następuje zmniejszenie wysokości składki, ale mniej niż proporcjonalnie (w przypadku okresu krótszego niż rok).

Sposób kalkulacji składek oraz ich wielkość zawarte są w tzw. **taryfach składek**. Zbiór taryf składek jest to dokument zatwierdzony przez zakład ubezpieczeń, zawierający:

ogólne warunki ubezpieczenia poszczególnych ryzyk, zbiór stóp składek, odpowiadający ubezpieczanym ryzykom – stopa składki stanowi należność dla zakładu ubezpieczeń od 100 lub 1000 jednostek pieniężnych sumy ubezpieczenia, wysokość bonusów – odliczenia pomniejszające wielkość składki, wysokość malusów – są doliczane do składki w przypadku ryzyka większego niż przeciętne, sposoby kalkulacji składek w przypadku ubezpieczeń krótkoterminowych.

Wartość ubezpieczenia

Jest to wartość przedmiotu ubezpieczenia ustalona za zgodą firmy ubezpieczeniowej i Ubezpieczającego. Pojęcie to występuje wyłącznie w ubezpieczeniach majątkowych. W praktyce ubezpieczeniowej używa się pojęcia **przedmiot ubezpieczenia**. W ubezpieczeniach osobowych przedmiot ubezpieczenia ma charakter niematerialny, przez co ustalenie jego wartości staje się praktycznie niemożliwe (np. nie można ustalić wartości życia ludzkiego). Ustalenie wartości ubezpieczeniowej ma wpływ na wysokość przyszłego świadczenia.

Odszkodowanie i świadczenia

Są to kolejne cechy techniczne ryzyka ubezpieczeniowego. Terminu odszkodowanie używa się w odniesieniu do ubezpieczeń majątkowych, a świadczenie w przypadku ubezpieczeń osobowych. Odszkodowanie czy świadczenie jest więc wypłatą określonej sumy pieniężnej przez zakład ubezpieczeń na rzecz Ubezpieczonego. Jednym z najważniejszych czynników determinujących poziom odszkodowania jest przyjęty system odpowiedzialności danego zakładu ubezpieczeń.

Udział własny ubezpieczonego

Jest to element polegający na wyłączeniu z ubezpieczenia określonych ryzyk. Wykorzystując franszyzę redukcyjną i udział własny, zakład ubezpieczeń może optymalizować strukturę portfela ubezpieczeń poprzez rezygnację z ryzyk niekorzystnych. Głównym zadaniem wymienionych powyżej narzędzi jest **prewencja ubezpieczeniowa**. Z założenia powinny one eliminować niekorzystne czynniki ryzyka takie jak hazard fizyczny, moralny oraz duchowy.

Ubezpieczenia społeczne

W trakcie historycznego rozwoju ubezpieczeń społecznych jak i podejmowanych reform systemu zabezpieczenia społecznego, w wielu krajach na świecie, ukształtował się wielofilarowy, głównie trójfilarowy model zabezpieczenia emerytalnego. Do najważniejszych kryteriów wyodrębnienia filarów należy zaliczyć zmniejszającą się rolę państwa w zabezpieczaniu dochodów na starość, odmienny sposób finansowania świadczeń oraz zakres gwarancji państwa. Zarówno proporcje między filarami, kryteria wyróżniania tych filarów jak i rodzaj instytucji finansowych je obsługujących i zarządzających zgromadzonym kapitałem wynika głównie z historii, tradycji, przyjętej drogi reformowania oraz doświadczeń innych krajów w tym zakresie. Również forma realizowania systemu emerytalnego, obowiązkowość czy też dobrowolność uzupełniającego II filaru, wybór instytucji finansowych (banki, pracodawcy, fundusze emerytalne, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych) uzależnione są od specyfiki danego kraju, rysu historycznego zabezpieczenia społecznego w danym kraju, postaw społeczeństwa w zakresie indywidualnego oszczędzania na starość. Zmniejszanie się znaczenia filaru pierwszego (repartycyjnego) oznacza wzrost uzupełniającej części systemu emerytalnego, opartego głównie na kapitalizacji składek płaconych przez uczestników, co w konsekwencji wywołuje większe zainteresowanie państwa tworzeniem ostrożnościowych regulacji dotyczących funkcjonowania instytucji prowadzących system drugiego filaru. Do jednych z najbardziej popularnych form realizowania II filaru systemu emerytalnego należą systemy emerytur zakładowych (Niemcy, Szwecja, Japonia, USA, Belgia) realizowane poprzez rozwiązania w ramach przedsiębiorstw (finansowanie wewnętrzne) lub też poprzez tworzenie funduszy emerytalnych i jednoznaczne oddzielenie funduszy przedsiębiorstw od spraw emerytalnych. W ostatnich latach powstało wiele regulacji krajowych, także dyrektywa EWG przymuszająca przedsiębiorstwa do stosowania precyzyjnych rozwiązań finansowych w zakresie systemu emerytalnego. W niektórych krajach przykładowo w Szwajcarii, Japonii i Australii zakładowe fundusze emerytalne stały się elementem obowiązkowego systemu zabezpieczenia na okres starości.

Realizowana w naszym kraju reforma zakłada oparcie systemu zabezpieczenia dochodów na wypadek starości, inwalidztwa i utraty żywiciela rodziny na trzech filarach. Każdy z nich pełni ściśle określoną rolę w zakresie zabezpieczenia dochodów oraz posiada odrębny system finansowania świadczeń. Inaczej jest określona rola państwa i zakres gwarancji oraz



preferencje w postaci ulg podatkowych. W ramach funkcjonującego systemu ubezpieczeń społecznych – od 1 stycznia 1999 roku - zostały wyodrębnione cztery rodzaje ubezpieczeń:

- emerytalne, z podziałem na I filar (ewidencja przekazywanych składek na koncie ubezpieczonego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych) i II filar (pomnażanie przekazywanych składek przez Otwarte Fundusze Emerytalne),
- rentowe, obejmujące ryzyko zaistnienia całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego (renta z tytułu niezdolności do pracy) oraz ryzyko śmierci żywiciela (renta rodzinna),
- z tytułu choroby i macierzyństwa, tzw. chorobowe, obejmujące ryzyko czasowej niezdolności do pracy (zasiłki chorobowe, macierzyńskie, świadczenia rehabilitacyjne),
- z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, tzw. wypadkowe, obejmujące ryzyko niezdolności do pracy z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne wynosi:

na ubezpieczenie emerytalne - 19,52% podstawy wymiaru,

na ubezpieczenia rentowe - 13,00% podstawy wymiaru,

na ubezpieczenie chorobowe - 2,45% podstawy wymiaru,

na ubezpieczenie wypadkowe:

- do 31.12.2002 - 1,62% podstawy wymiaru. - od 1.01.2003 do 31.03.2006 – od 0,97% do 3,86%; wysokość składki zróżnicowana w zależności od kategorii ryzyka w wyodrębnionych 29 grupach działalności, zgodnym z rejestrem REGON. - od 1.04.2006 – od 0,90% do 3,60%. Najwyższą stopę składki ustalono dla górnictwa i kopalnictwa na poziomie 3,86%.

Finansowanie składek

Składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe finansują z własnych środków w równych częściach pracodawca (płatnik) i pracownik. Składkę na ubezpieczenie chorobowe finansuje w całości pracownik, natomiast na ubezpieczenie wypadkowe w całości z własnych środków finansuje pracodawca. Pracodawca finansuje ponadto w całości z własnych środków składkę na Fundusz Pracy w wysokości 2,45% oraz składkę na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, jeżeli do danego pracodawcy stosuje się przepisy ustawy z 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. 1994 nr 1, poz. 1 z późn. zm.). Płatnik składek (pracodawca, osoba prowadząca działalność gospodarczą) jest zobligowany do terminowego przekazywania składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Prawo do świadczeń

Podstawową cechą charakterystyczną dla stosunków ubezpieczeń społecznych: emerytalnych, rentowych, rodzinnych, chorobowych jest okoliczność, że warunki nabywania uprawnień do



świadczeń oraz zasady korzystania z tych świadczeń są dokładnie określone we właściwych przepisach prawa ubezpieczeń społecznych. Z tytułu każdego rodzaju ubezpieczeń społecznych ubezpieczonemu przysługuje prawo do określonych świadczeń, po spełnieniu określonych ustawowo warunków, dotyczących okresu ubezpieczenia, momentu zaistnienia ryzyka i wieku osoby ubezpieczonej.

Wysokość świadczeń uzależniona jest ściśle od wysokości osiąganych zarobków, podlegających obowiązkowi odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne (podstawa wymiaru składki) oraz okresu podlegania ubezpieczeniom społecznym. Państwo jest gwarantem wypłaty świadczeń. W przypadku, gdy uwzględniając warunki osoby ubezpieczonej (okres ubezpieczenia i osiągnięte dochody podlegające obowiązkowi ubezpieczeń społecznych) obliczona wysokość nie zapewnia wypłaty w wysokości minimalnej, świadczenie jest podwyższane do tej wysokości.

IV. ZAGADNIENIA AKTUARIATU

Rezerwa matematyczna

Jak wynika z tablic śmiertelności, 40 letni mężczyzna kupujący ubezpieczenie na życie na sumę ubezpieczenia 100.000 zł powinien zapłacić 335,3 zł składki za ochronę ubezpieczeniową w pierwszym roku trwania ubezpieczenia (prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku x suma ubezpieczenia). Po upływie pierwszego roku trwania umowy mężczyzna ten jest już w wieku 41 lat, czyli jego składka na pokrycie ryzyka śmierci powinna wzrosnąć do 366,2 zł w drugim roku ubezpieczenia. W praktyce ubezpieczenie jest zawierane na kilka lat, a składka wyznaczona przez aktuarusza jest stała przez cały okres trwania umowy.

Wyznaczony poziom składki jest ustalany na średnim poziomie, który w początkowym okresie umowy jest wyższy od składki jaką ubezpieczony musiałby zapłacić za pokrycie faktycznego ryzyka śmierci, ale za to składka w końcowym okresie trwania umowy ubezpieczenia jest niższa od tej jaka wynika z rzeczywistego ryzyka ponoszonego przez ubezpieczyciela. W takiej sytuacji od początku ubezpieczenia część składki, pozostająca po pokryciu bieżącego ryzyka śmierci, jest inwestowana w celu zarobienia środków niezbędnych do pokrycia ryzyka śmierci w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia. Rezerwa matematyczna, tworzona ze składek, stanowi zabezpieczenie wypłacalności zobowiązania, jakie ubezpieczyciel ma w związku z zawartymi umowami ubezpieczenia.

Przy ocenie wypłacalności ubezpieczyciela należy zwrócić uwagę nie tylko na wartość funduszu ubezpieczeniowego tworzonego z rezerwy matematycznej, ale przede wszystkim należy

porównać wartość funduszu ubezpieczeniowego z wartością przyszłych zobowiązań. Kształtowanie się rezerwy matematycznej w kolejnych latach umowy ubezpieczenia zależy od rodzaju umowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia zobowiązuje ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia przewidzianej w umowie, a ubezpieczającego do opłacania składek w wysokości wyznaczonej przez ubezpieczyciela regularnie przez cały okres opłacania składek lub jednorazowo. Składka opłacana przez klienta jest składką brutto, której wysokość jest uzależniona od trzech czynników:

- a) prawdopodobieństwa śmierci,
- b) wysokości technicznej stopy procentowej,
- c) wysokości narzutu na koszty.

Ad. a) Prawdopodobieństwo śmierci określa, ile osób spośród np. 100.000 osób ubezpieczonych umrze w kolejnych latach ubezpieczenia. Określenie tej liczby jest o tyle ważne, że śmierć osoby ubezpieczonej wiąże się z pewnymi konsekwencjami dla ubezpieczyciela tj. zaprzestaniem opłacania składek oraz wypłatą świadczenia pośmiertnego.

Ad. b) Techniczna stopa procentowa jest brana pod uwagę przy kalkulowaniu składki ubezpieczeniowej. Zakładamy, że fundusz ubezpieczeniowy, który tworzony jest ze składek po potrąceniu kosztów ubezpieczenia, będzie przynosił zysk w wysokości technicznej stopy procentowej i w oparciu o to założenie wyliczamy składkę. Wysokość technicznej stopy procentowej jest zazwyczaj ustalana na bezpiecznym poziomie, ponieważ jest gwarantowana przez ubezpieczyciela przez cały okres trwania umowy, czyli np. 20 lub 30 lat.

Lokując aktywa funduszu ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel musi mieć pewność, że w długim okresie będzie w stanie zrealizować procent zysku w wysokości równej co najmniej technicznej stopie procentowej. W przeciwnym przypadku ubezpieczyciel poniesie straty, które będzie musiał sfinansować ze środków własnych. Uwzględnienie w kalkulacjach składki technicznej stopy procentowej powoduje obniżenie wysokości składki. Jeśli w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia lokowane aktywa funduszu ubezpieczeniowego przynoszą większe zyski niż zakładane podczas kalkulacji składki, ubezpieczyciel zazwyczaj dzieli się nadwyżką z ubezpieczonym (udział w zysku).

Ad. c) Koszty związane z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej są rozkładane na okres trwania ubezpieczenia i każda składka opłacana przez ubezpieczającego zawiera narzut, który pokrywa koszty początkowe związane ze sprzedażą polisy oraz koszty odnawialne związane z jej bieżącą obsługą. Podsumowując można powiedzieć, że składka brutto zawiera w sobie składkę za ryzyko śmierci, składkę oszczędnościową oraz składkę pobieraną w celu pokrycia kosztów związanych z danym produktem ubezpieczeniowym. Oprócz wyżej wymienionych czynników aktuariusz przy wyznaczaniu wysokości składki brutto bierze pod uwagę założoną zyskowność, jaką ma przynieść wyceniany produkt firmie ubezpieczeniowej.

Wartość wykupu

W przypadku, kiedy ubezpieczający chce rozwiązać zawartą umowę ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca mu wartość wykupu polisy (jeżeli polisa taką wartość posiada).

Z wcześniejszych rozważań wiemy, że ze składek opłacanych przez ubezpieczającego część jest przeznaczona na pokrycie bieżącego ryzyka śmierci, część na pokrycie kosztów, w związku z tym ubezpieczający nie może się spodziewać, że w momencie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia będzie mógł odzyskać całą sumę wpłaconych składek. Z pewnością jednak ubezpieczający ma prawo do rezerwy matematycznej, jaka została zgromadzona dla jego polisy na pokrycie przyszłych świadczeń, ponieważ wypłata tych świadczeń już nie nastąpi. Jak z tego wynika wartość wykupu nie powinna przewyższać wartości rezerw dla danej polisy, a nawet może być od niej niższa z następujących powodów: część kosztów związanych ze sprzedażą polisy rozłożona została na cały okres trwania umowy i nie zostanie już odzyskana, ubezpieczyciel ponosi koszty wypłaty wartości wykupu. Ogólnie można powiedzieć, że wysoka stopa wypowiedzeń jest bardzo niekorzystna dla portfela ubezpieczeń ze względu na koszty związane z wypowiedzeniem, jak również dlatego, że nadmierne wypowiedzanie umów ubezpieczenia powoduje zmniejszenie wartości funduszu ubezpieczeniowego, a także może spowodować podwyższenie wskaźnika śmiertelności w populacji ludzi pozostających w ubezpieczeniu (gdyż odchodzą ludzie zdrowsi).

Ubezpieczenie bezskładkowe

Często się zdarza, że ubezpieczający nie chce opłacać składek z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, ale jednocześnie nie chce rozwiązać umowy ubezpieczenia. W tej sytuacji może kontynuować zawartą umowę ubezpieczenia na zasadzie umowy bezskładkowej. Bezskładkowa umowa ubezpieczenia ma taki sam charakter jak umowa podstawowa, ale zazwyczaj ubezpieczyciel proponuje jeden z dwóch wariantów kontynuacji: umowa bezskładkowa z obniżoną sumą ubezpieczenia, umowa bezskładkowa ze skróconym okresem trwania. Najczęściej ubezpieczyciel nie umożliwia dokupienia i kontynuacji umów dodatkowych do ubezpieczenia bezskładkowego.

Podstawowe rodzaje produktów ubezpieczeniowych na życie

Ubezpieczenie terminowe na życie

Umowa ubezpieczenia terminowego zawierana jest na określony czas np. na 5, 10 lub 15 lat. Okres opłacania składek w przypadku produktu tego typu jest taki sam jak okres trwania umowy ubezpieczenia. Umowa przewiduje wypłatę świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w okresie trwania ubezpieczenia. Po zakończeniu umowy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa. Świadczenie na wypadek śmierci jest wypłacane w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczenie terminowe nie ma prawa do udziału w zysku, nie posiada również wartości wykupu.



Ubezpieczenie terminowe może zapewnić ochronę w najmniej bezpiecznym okresie życia, np. w okresie, kiedy przypada spłata wysokiego kredytu lub innego zobowiązania finansowego. Produkt tego typu znajduje się w ofercie Towarzystwa.

Ubezpieczenie terminowe na życie ze zwrotem składki

Umowa ubezpieczenia taka jak poprzednio, przewiduje jednak po zakończeniu umowy ubezpieczenia zwrot wszystkich składek wpłaconych przez ubezpieczającego lub określonej procentowo ich części. Taka umowa również zazwyczaj nie posiada prawa do udziału w zysku.

Ubezpieczenie na całe życie

Umowa tego typu zawierana jest do końca życia ubezpieczonego. Okres opłacania składek w tym ubezpieczeniu może być następujący:

- a)** do śmierci osoby ubezpieczonej, czyli do końca trwania umowy,
- b)** skrócony okres opłacania składek, gdzie okres opłacania składek kończy się w określonym wieku np. 65 lat lub do śmierci w zależności co wystąpi wcześniej. Istnieje również możliwość opłacenia składki jednorazowej. Umowa ubezpieczenia przewiduje wypłatę świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego, tj. wypłata tego świadczenia, w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie, jest w tym ubezpieczeniu zdarzeniem pewnym. Umowa ta zazwyczaj posiada prawo do udziału w zysku. Zawierając umowę ubezpieczenia na całe życie można zabezpieczyć rodzinę na wypadek dodatkowych zobowiązań i kosztów związanych ze śmiercią członka rodziny takich jak koszty pogrzebu, czy spłata zaciągniętych zobowiązań, można umożliwić zabezpieczenie rodzinie ubezpieczonego utrzymanie dotychczasowego standardu życia.

Ubezpieczenie mieszane

W ubezpieczeniu mieszanym umowa ubezpieczenia zawierana jest na określony czas, po upływie, którego umowa wygasa. Okres opłacania składek jest zazwyczaj równy okresowi trwania umowy ubezpieczenia, ale istnieje możliwość opłacenia składki jednorazowo w momencie zawierania kontraktu. Umowa ubezpieczenia przewiduje następujące rodzaje świadczeń:

świadczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, świadczenie za dożycie ubezpieczonego do końca trwania umowy ubezpieczenia.

Mimo, że umowa ubezpieczenia jest zawierana tylko na pewien okres, to ze względu na rodzaje świadczeń jest to umowa z pewną wypłatą. Wysokość świadczenia za dożycie jest zazwyczaj nominalnie równa wysokości świadczenia wypłacanego w momencie śmierci ubezpieczonego. W niektórych wypadkach wysokość świadczenia za dożycie może być określona jako procent wysokości świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci lub odwrotnie. Produkt ten posiada silny element oszczędnościowy i jego posiadacz ma prawo do udziału w zysku. Zawarcie umowy ubezpieczenia mieszanego pozwala na zaoszczędzenie środków umożliwiających

zapewnianie dotychczasowego standardu życia po osiągnięciu wieku emerytalnego (jedną z możliwości jest wykupienie za otrzymane świadczenie kolejnej umowy ubezpieczenia tj. renty kapitałowej). Towarzystwo oferuje dwa warianty tego typu umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenie posagowe

Okres trwania ubezpieczenia jest zazwyczaj określony przez osiągnięcie przez dziecko określonego wieku np. 18, 21 lub 25 lat. Przez cały ten okres opłacana jest składka regularna, inną możliwością jest opłacenie składki jednorazowej w momencie zawierania umowy ubezpieczenia. W momencie śmierci rodzica opłacającego składkę, ubezpieczyciel może przejąć na siebie obowiązek opłacenia składki lub rozpocząć wypłatę świadczenia rentowego. W przypadku dożycia przez dziecko wieku określonego w umowie ubezpieczenia zostanie mu wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia. Produkt ten zazwyczaj posiada prawo do udziału w zysku. Ubezpieczenie tego typu pozwala zabezpieczyć się przed wysokimi kosztami kształcenia dzieci, kosztami związanymi z zawarciem przez dziecko związku małżeńskiego, itp.

Renta życiowa odroczonej

W umowie ubezpieczenia renty odroczonej określony jest moment, od jakiego nastąpi wypłata renty życiowej. Renta może być wypłacana od pewnego wieku np. po osiągnięciu 65 roku życia lub po upływie zdefiniowanego w umowie okresu odroczenia renty np. 20 lat. Zazwyczaj okres odroczenia renty jest zarazem okresem opłacania składki (w przypadku umowy ubezpieczenia ze składką regularną). Istnieje również możliwość opłacenia składki jednorazowej w momencie zawierania umowy. W umowie ubezpieczenia jest zdefiniowana wysokość świadczenia rentowego oraz częstotliwość, z jaką będzie ono wypłacane.

Określone w umowie świadczenie rentowe będzie wypłacane, po upływie okresu odroczenia, do momentu śmierci osoby ubezpieczonej.

Renta życiowa natychmiast płatna

W momencie zawarcia tego typu umowy ubezpieczenia ubezpieczający opłaca składkę jednorazową, następnie ubezpieczyciel wypłaca świadczenie emerytalne do końca trwania życia ubezpieczonego w wysokości określonej w umowie oraz zgodnie z wyznaczoną częstotliwością.

Renta pewna

Renta pewna różni się od renty życiowej okresem, przez jaki jest wypłacane świadczenie emerytalne. W przypadku renty pewnej świadczenie jest wypłacane przez gwarantowany okres w określonej wysokości np. 1000 zł miesięcznie przez 5 lat. Okres ubezpieczenia kończy się w momencie wypłaty ostatniego świadczenia emerytalnego. W przypadku śmierci osoby ubezpieczonej w okresie wypłacania renty pewnej, osoba uposażona otrzyma świadczenie



w wysokości bieżącej wartości pozostałych do wypłaty świadczeń emerytalnych lub będzie mogła kontynuować wypłatę świadczenia do końca okresu gwarantowanego.

Renta mieszana

Renta mieszana jest połączeniem renty pewnej i życiowej, co oznacza, że świadczenie emerytalne będzie wypłacane przynajmniej przez określony czas np. 5 lat, a po upływie tego okresu, do końca trwania życia ubezpieczonego. Jeżeli ubezpieczony umrze w okresie płatności renty pewnej, osoba uposażona otrzyma świadczenie w wysokości bieżącej wartości pozostałych do wypłacenia świadczeń emerytalnych w okresie gwarantowanym lub może kontynuować wypłatę świadczeń do końca okresu gwarantowanego. Jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpi po zakończeniu okresu gwarantowanego, umowa ubezpieczenia wygasa i ubezpieczyciel zaprzestaje wypłacania świadczeń emerytalnych. Renta mieszana pozwala zabezpieczyć się przed dużą stratą świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego tuż po rozpoczęciu wypłaty świadczenia emerytalnego oraz pozwala zabezpieczyć się przed znacznym spadkiem standardu życia po przejściu na emeryturę.

Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest najczęściej zawierana na całe życie. Okres opłacania składek regularnych jest zazwyczaj równy okresowi trwania umowy. Umowa przewiduje wypłatę świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia. Wysokość świadczenia pośmiertnego jest równa określonej sumie ubezpieczenia wyznaczonej w umowie lub wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na funduszu w zależności od tego, która z tych wielkości jest większa. Klient ma gwarancję, że niezależnie od wartości zgromadzonych jednostek, wartość wypłacanego świadczenia w przypadku jego śmierci nie będzie niższa od wybranej przez niego sumy ubezpieczenia. Umowa nie przewiduje żadnego świadczenia na wypadek dożycia, ale w momencie, kiedy ubezpieczony chce wykorzystać kapitał zgromadzony na funduszu może rozwiązać umowę ubezpieczenia, otrzymując wówczas wartość wykupu. Jej wartość jest uzależniona od ceny sprzedaży jednostek, obowiązującej w danym momencie oraz od liczby posiadanych jednostek na koncie. W tej sytuacji wysokość wartości wykupu nie jest w żaden sposób gwarantowana przez Towarzystwo. Wysokość sumy ubezpieczenia gwarantowanej na wypadek śmierci ubezpieczonego jest uzależniona od kwoty składki regularnej oraz od stopnia ochrony wybranego przez klienta w momencie zawarcia umowy. Ubezpieczający poprzez wybór wysokości sumy ubezpieczenia, której minimalna i maksymalna wartość jest zależna od płci, wieku, wariantu umowy i zadeklarowanej składki regularnej, decyduje o poziomie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli przy zakupie kontraktu ubezpieczający kładzie nacisk na inwestycyjny charakter umowy, wtedy decyduje się na minimalny poziom ochrony i wybiera minimalną wysokość sumy ubezpieczenia gwarantowanej na wypadek śmierci. Jeśli ubezpieczający



w momencie zawarcia umowy potrzebuje wysokiej ochrony ubezpieczeniowej, to wybiera maksymalną sumę ubezpieczenia gwarantowaną na wypadek śmierci. Wysokość sumy ubezpieczenia gwarantowanej na wypadek śmierci ma wpływ na kształtowanie się wartości funduszu, a przez to na wartość wykupu polisy która przy maksymalnej ochronie ubezpieczeniowej jest niższa niż przy minimalnym poziomie ochrony. Składki regularne opłacane przez ubezpieczającego są przeznaczone w całości lub w określonej części na zakup jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Zakup jednostek dokonywany jest zgodnie z ceną zakupu jednostek. Ubezpieczający ma również prawo do dokonywania dodatkowych wpłat składek jednorazowych, które są w całości przeznaczone na zakup jednostek uczestnictwa.

W celu pokrycia kosztów związanych z funkcjonowaniem umowy ubezpieczenia określone są odpowiednie rodzaje opłat: Opłata za ryzyko śmierci ubezpieczonego, jakie ponosi ubezpieczyciel, jest zazwyczaj pobierana poprzez potrącenie jednostek uczestnictwa z funduszu. Potrącanie jednostek odbywa się zgodnie z ustaloną przez ubezpieczyciela częstotliwością niezależną od częstotliwości opłacania składek przez ubezpieczającego.

Koszt ubezpieczenia ryzyka śmierci jest uzależniony od wieku, płci, sumy na ryzyku, prawdopodobieństwa śmierci określonego dla aktualnego wieku ubezpieczonego i innych czynników, które mają wpływ na powiększenie tego prawdopodobieństwa. Suma na ryzyku jest różnicą pomiędzy sumą ubezpieczenia gwarantowaną na wypadek śmierci a wartością jednostek uczestnictwa zgromadzonych na funduszu wyliczoną wg ceny sprzedaży jednostek. Kwota kosztu ubezpieczenia ryzyka śmierci jest przeliczana na liczbę jednostek, jaką należy potrącić z funduszu, według ceny sprzedaży jednostek. Im wyższa suma na ryzyku, tym wyższy koszt ubezpieczenia. Należy tu zauważyć, że opłata za ryzyko śmierci wzrasta wraz z wiekiem, zgodnie z obserwacjami prawdopodobieństwa śmierci zawartymi w tablicach śmiertelności, a jednocześnie spada, ponieważ wraz ze wzrostem wartości funduszu spada suma na ryzyku. Na pokrycie kosztów administracyjnych pobierana jest opłata określona kwotowo, która jest przeliczana na liczbę jednostek według ceny sprzedaży, a następnie wyliczona liczba jednostek odpisywana jest z funduszu. Oprócz wyżej wymienionych opłat pobierana jest również opłata za zarządzanie funduszem, określona jako ustalony procent od wartości szacowanych aktywów funduszu. Pobieranie opłaty za zarządzanie funduszem nie wpływa na liczbę jednostek, na jaką został podzielony fundusz, lecz na wysokość ceny jednostki tego funduszu. Są dwa sposoby ustalenia opłaty na pokrycie kosztów początkowych związanych z wystawieniem polisy. Opłata taka może być ustalona jako: określony procent składki pierwszorocznej, co powoduje zredukowanie składki alokowanej do funduszu, określony procent liczby jednostek uczestnictwa zakupionych w pierwszym roku polisowym, co powoduje potrącenie odpowiedniej liczby tych jednostek z funduszu na koniec każdego roku polisowego przez zdefiniowany okres.

Wszelkie transakcje związane z zakupem jednostek uczestnictwa do funduszu lub ich potrącaniem z funduszu, wymagają znajomości cen jednostki. Najczęściej ustalane są dwie ceny jednostek: cena zakupu i cena sprzedaży. Aby określić cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa należy dokonać wyceny wartości aktywów funduszu. Cena sprzedaży jest ustalana poprzez podzielenie wartości aktywów przez aktualną liczbę jednostek uczestnictwa, jakie się na niego składają. Różnica pomiędzy ceną zakupu a ceną sprzedaży jest ustalana procentowo. Ryzyko kształtowania się cen całkowicie ponosi ubezpieczony, dlatego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy pamiętać, że ceny jednostek uczestnictwa mogą zarówno rosnąć jak i spadać. Ubezpieczenie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zapewnia ochronę ubezpieczeniową przez cały czas trwania umowy, a jednocześnie daje możliwość dostępu do zgromadzonego w funduszu kapitału np. w momencie osiągnięcia wieku emerytalnego. W ofercie Towarzystwa znajdują się również produkty tego typu.

Ubezpieczenie emerytalne

Umowa ubezpieczenia emerytalnego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest najczęściej zawierana na całe życie. Umowa przewiduje wypłatę świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia oraz przewiduje wypłatę świadczenia emerytalnego w przypadku dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego.

Wysokość świadczenia na wypadek śmierci jest równa nominalnej wartości wpłaconych składek lub wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na funduszu, w zależności od tego, która z tych wielkości jest większa. Klient ma gwarancję, że niezależnie od wartości zgromadzonych jednostek, wartość wypłacanego świadczenia w przypadku jego śmierci nie będzie niższa od nominalnej wartości wpłaconych przez niego składek regularnych. Umowa przewiduje świadczenie na wypadek dożycia wieku emerytalnego. Kiedy ubezpieczony dożyje tego wieku może wykorzystać kapitał zgromadzony na funduszu poprzez: wykupienie umowy ubezpieczenia i otrzymanie wartości wykupu lub ustalenie regularnych wypłat, wypłacanych do czasu wyczerpania zgromadzonych na funduszu środków. Wartość wykupu jest uzależniona od ceny sprzedaży jednostek obowiązującej w danym momencie oraz od liczby posiadanych jednostek. W tej sytuacji wysokość wartości wykupu nie jest w żaden sposób gwarantowana przez Towarzystwo. Składki regularne opłacane przez ubezpieczonego są przeznaczone w całości lub w określonej części na zakup jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Zakup jednostek dokonywany jest zgodnie z ceną zakupu jednostek. Ubezpieczający ma również prawo do dokonywania dodatkowych wpłat składek jednorazowych, które są w całości przeznaczone na zakup jednostek uczestnictwa. W celu pokrycia kosztów związanych z funkcjonowaniem umowy ubezpieczenia określone są odpowiednie rodzaje opłat: Na pokrycie kosztów administracyjnych pobierana jest opłata określona kwotowo, która jest przeliczana na liczbę jednostek według ceny sprzedaży, a następnie wyliczona liczba jednostek

odpisywana jest z funduszu. Oprócz wyżej wymienionych opłat pobierana jest również opłata za zarządzanie funduszem, określona jako ustalony procent od wartości szacowanych aktywów funduszu.

Pobieranie opłaty za zarządzanie funduszem odbywa się na podobnych zasadach jak w innych umowach z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Ubezpieczenia majątkowe

Ubezpieczenie majątku

Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:

budynki i budowle, budynki i budowle w budowie, mienie ruchome, wartości pieniężne, nakłady inwestycyjne, mienie osób trzecich przekazane w celu wykonania usługi (np. do naprawy, remontu, przeróbki, czyszczenia, farbowania, prania) oraz do używania, przechowywania bądź sprzedaży, mienie pracowników.

Zakres ubezpieczenia

Ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony:

- w zakresie podstawowym – ochrona obejmuje mienie od pożaru, uderzenia pioruna, wybuchu, upadku statku powietrznego oraz pokrycia kosztów akcji ratowniczej prowadzonej w związku z tymi zdarzeniami
- w zakresie pełnym – ochrona obejmuje mienie od pożaru, uderzenia pioruna, wybuchu, upadku statku powietrznego, powodzi, huraganu, deszczu nawalnego, śniegu, gradu, lawiny, obsunięcia się ziemi, trzęsienia ziemi, dymu, huku ponaddzwiękowego, uderzenia pojazdu, wydostania się wody z urządzeń wodno-kanalizacyjnych oraz pokrycia kosztów akcji ratowniczej prowadzonej w związku z tymi zdarzeniami.

Na wniosek ubezpieczającego, ubezpieczenie może być rozszerzone o liczne klauzule, np.: ubezpieczenie maszyn elektrycznych od szkód elektrycznych, ubezpieczenie maszyn poza miejscem ubezpieczenia, ubezpieczenie kosztów dodatkowych, ubezpieczenie zwiększonych kosztów działalności, ubezpieczenie od ryzyka dewastacji, ubezpieczenie od ryzyka pośredniego uderzenia pioruna.

Wyłączenia

Z odpowiedzialności wyłączone są, m.in. szkody powstałe wskutek umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczającego/ubezpieczonego bądź osób, z którymi ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, w namiotach i straganach oraz znajdującym się w nim mieniu powstałe wskutek powodzi, deszczu nawalnego, śniegu,

huraganu i gradu, w budynkach przeznaczonych do rozbiórki na podstawie ostatecznych decyzji właściwych organów, powstałe w wyniku zabrudzenia, poplamienia lub zamalowania (graffiti – w odniesieniu do ryzyka dewastacji budynków i budowli). Ochrona ubezpieczeniowa nie dotyczy ponadto szkód będących następstwem deszczu nawalnego lub wydostania się wody z urządzeń wodno-kanalizacyjnych, jeżeli są to m.in. szkody: polegające na zapadaniu i osuwaniu się ziemi, powstałe wskutek zalania mienia znajdującego się w pomieszczeniach położonych poniżej poziomu gruntu, jeżeli było ono składowane niżej niż 15 cm nad podłogą i niezachowanie tego warunku mogło mieć wpływ na powstanie szkody, powstałe wskutek systematycznego zawilgocenia pomieszczeń z powodu nieszczelności urządzeń wodno-kanalizacyjnych, pocenia się rur, tworzenia się grzyba itp., powstałe wskutek deszczu nawalnego, działania gradu lub śniegu, jeżeli zalanie nastąpiło z powodu złego stanu technicznego dachu, nie zabezpieczenia lub nieprawidłowego zabezpieczenia otworów dachowych, rynien lub innych elementów budynku.

Ubezpieczenie szyb i przedmiotów szklanych

Przedmiotem umowy ubezpieczenia mogą być:

szyby okienne i drzwiowe, oszklenia ścienne i dachowe, meble szklane oraz płyty szklane stanowiące składowe części mebli, stołów, lad sklepowych oraz gablot reklamowych, szklane przegrody ścienne oraz osłony kantorów, boksów i kabin, lustra wiszące, stojące i wmontowane w ścianach, szyldy i transparenty oraz szklane wykładziny ścian, słupów, filarów, witraże, rurki neonowe, tablice świetlne i elektroniczne, wykładziny kamienne i ceramiczne ścian, słupów i filarów. Umową ubezpieczenia mogą być objęte również koszty ustawienia rusztowań umożliwiających zamontowanie bądź zainstalowanie ubezpieczonych przedmiotów. Ubezpieczone przedmioty objęte są ochroną od ryzyka stłuczenia (rozbicia).

Z odpowiedzialności wyłączone są m.in. szkody: powstałe przy wymianie lub wymontowywaniu ubezpieczonego przedmiotu, w czasie prac konserwacyjnych bądź naprawczych, lub w czasie przewozu, będące następstwem niewłaściwego działania lub wady urządzeń neonowych, powstałe wskutek zadrapania, porysowania, poplamienia bądź zmiany barwy lub odprysnięcia kawałków powierzchni ubezpieczonych przedmiotów, wynikłe ze złego montażu i niewłaściwej technologii wykonawstwa.

Suma ubezpieczenia

Sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający oddzielnie dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia. Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na sumy stałe lub na pierwsze ryzyko.

Składka ubezpieczeniowa

Wysokość składki uzależniona jest od okresu ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia, systemu ubezpieczenia i przebiegu szkodowości. Składka może zostać rozłożona na dwie lub cztery raty. Składka minimalna z jednej polisy wynosi 30 zł.

Ubezpieczenia techniczne

Ubezpieczenia techniczne są przeznaczone dla firm świadczących usługi budowlano-montażowe, zleceniodawców tego typu usług, a także przedsiębiorstw posiadających parki maszynowe, urządzenia i linie technologiczne oraz wyposażenie w postaci sprzętu elektronicznego. Zapewniają kompleksową ochronę właścicielowi jak i użytkownikowi urządzeń elektronicznych w przypadku szkody powstałej w wyniku nagłych, nieprzewidzianych zdarzeń. Chronią wszystkie ryzyka awarii i uszkodzeń maszyn i urządzeń.

Ubezpieczenia techniczne zapewniają kompleksową ochronę zarówno inwestorom, wykonawcom jak i podwykonawcom, producentom oraz dostawcom. Chronią obiekty budowlane oraz zaplecze techniczne od wszelkich ryzyk mogących zakłócić realizację inwestycji.

Ubezpieczenia obowiązkowe

Podstawowym dokumentem regulującym ten rynek jest USTAWA Z 22 MAJA 2003 R. O UBEZPIECZENIACH OBOWIĄZKOWYCH, UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZU GWARANCYJNYM I POLSKIM BIURZE UBEZPIECZYCIELI KOMUNIKACYJNYCH

Ustawa określa:

1. zasady zawierania i wykonywania umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego i obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych,
2. sposób kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczeń, o których mowa w pkt 1, oraz konsekwencje niespełnienia tego obowiązku,
3. podstawowe zasady, jakim powinny odpowiadać inne, niż określone w pkt 1, umowy ubezpieczeń obowiązkowych,
4. zadania i zasady działania **Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.**

Wybrane określenia użyte w ustawie i niniejszym materiale oznaczają:

budynek wchodzący w skład gospodarstwa rolnego – obiekt budowlany o powierzchni powyżej 20 m² określony w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2000 r. Nr 106, poz. 1126, z późn. zm.1)), będący w posiadaniu rolnika;

gospodarstwo rolne – obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne gruntów pod zabudowaniami, przekraczający łącznie powierzchnię 1,0 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;

pojazd mechaniczny:

a) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

b) pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym, z wyłączeniem pojazdów wolnobieżnych będących w posiadaniu rolników posiadających gospodarstwo rolne i użytkowanych w związku z posiadaniem tego gospodarstwa; pojazd historyczny:

a) pojazd zabytkowy w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

b) pojazd wpisany do księgi inwentarza muzealiów zgodnie z przepisami dotyczącymi ewidencjonowania dóbr kultury w muzeach,

c) pojazd mający co najmniej 40 lat,

d) pojazd mający co najmniej 25 lat i uznany przez uprawnionego rzeczoznawcę samochodowego za pojazd unikatowy lub mający szczególne znaczenie dla udokumentowania

historii motoryzacji;

rolnik – osobę fizyczną, w której posiadaniu lub współposiadaniu jest gospodarstwo rolne; ubezpieczenie graniczne – ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, którego umowa jest zawierana w przypadku, gdy posiadacz pojazdu mechanicznego zarejestrowanego za granicą nie posiada ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych lub ważnej Zielonej Karty; Zielona Karta – międzynarodowy certyfikat ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, wystawiony w imieniu biura narodowego rozumianego jako organizacja zakładów ubezpieczeń na terytorium danego państwa, które prowadzą działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Istota, zakres i podstawowe zasady ubezpieczeń obowiązkowych

Ubezpieczeniem obowiązkowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu lub ubezpieczenie mienia, jeżeli ustawa lub ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polską umowa międzynarodowa nakłada obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczeniami obowiązkowymi są:

- 1) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, zwane dalej „ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych”;
- 2) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego, zwane dalej „ubezpieczeniem OC rolników”;
- 3) ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych, zwane dalej „ubezpieczeniem budynków rolniczych”;
- 4) ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia obowiązkowego z wybranym zakładem ubezpieczeń, wykonującym działalność ubezpieczeniową w zakresie tego ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, jeżeli w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej zawiera takie umowy ubezpieczenia. Jeżeli taki zakład ubezpieczeń, otrzymał ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, brak odpowiedzi w terminie 14 dni poczytuje się za jej przyjęcie. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego określa sumę gwarancyjną lub sumę ubezpieczenia stanowiącą górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Taryfy oraz wysokość składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe ustala zakład ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym oraz wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, o ile nie sprzeciwia się to ustawie lub właściwości (naturze) danego rodzaju stosunków. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów i rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego obejmuje również szkody wyrządzone umyślnie lub w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczającego lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody o jakich mowa wyżej będące następstwem zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. Obowiązkowymi ubezpieczeniami wynikającymi z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez

Rzeczpospolitą Polską, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia, jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotów objętych ubezpieczeniem za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności, wykonywaniu zawodu albo prowadzeniu działalności lub będące następstwem wad produktu, określona w ustawie wprowadzającej dany obowiązek lub umowie międzynarodowej ratyfikowanej przez Rzeczpospolitą Polską.

Zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

W obowiązkowych ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej odszkodowanie wypłaca się w granicach odpowiedzialności cywilnej podmiotów objętych ubezpieczeniem, nie wyżej jednak niż do wysokości sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie. W obowiązkowych ubezpieczeniach mienia odszkodowanie wypłaca się w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, nie większej jednak od sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie.

Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Posiadacz pojazdu mechanicznego jest obowiązany zawrzeć umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem posiadanego przez niego pojazdu. Przepisy dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

stosuje się także do posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, przed jego rejestracją, jak również do posiadacza lub kierującego pojazdem zarejestrowanym za granicą, niedopuszczonym do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz do posiadacza lub kierującego pojazdem historycznym, od chwili wprowadzenia tych pojazdów do ruchu. Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje zdarzenia powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a także, na zasadzie wzajemności, również zdarzenia powstałe na terytoriach państw, których biura narodowe są sygnatariuszami Jednolitego Porozumienia między Biurami Narodowymi – Regulaminu Wewnętrznego. Umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawiera się na okres 12 miesięcy. Umowę na czas krótszy niż 12 miesięcy można zawrzeć, jeżeli pojazd mechaniczny jest:

- 1) zarejestrowany na stałe – umowę ubezpieczenia krótkoterminowego na czas nie krótszy niż 30 dni, w odniesieniu do pojazdów mechanicznych zarejestrowanych na stałe, może zawrzeć podmiot prowadzący działalność gospodarczą polegającą na pośredniczeniu w kupnie i sprzedaży pojazdów mechanicznych w zakresie pojazdów przeznaczonych do kupna lub sprzedaży lub polegającą na kupnie i sprzedaży pojazdów mechanicznych;
- 2) zarejestrowany czasowo;
- 3) zarejestrowany za granicą;
- 4) pojazdem wolnobieżnym;
- 5) pojazdem historycznym.



Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy. Zawarcie następnej umowy nie następuje, pomimo braku powiadomienia, jeżeli:

1) nie została opłacona w całości określona w umowie składka za mijający okres 12 miesięcy lub w przypadku cofnięcia zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

albo

2) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, ogłoszenia lub zarządzenia likwidacji zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego.

Posiadacz pojazdu jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych:

mechanicznych:

- 1) najpóźniej w dniu rejestracji pojazdu mechanicznego, z wyjątkiem pojazdów historycznych;
- 2) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów wolnobieżnych oraz pojazdów historycznych;
- 3) przed przekroczeniem granicy, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym wprowadzanym do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie posiada ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- 4) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów samochodowych, ciągników rolniczych, motorowerów i przyczep, które nie zostały zarejestrowane;
- 5) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów wolnobieżnych oraz pojazdów historycznych, które nie zostały dopuszczone do ruchu;
- 6) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów zarejestrowanych za granicą, niedopuszczonych do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) najpóźniej w dniu ustania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w określonych przypadkach;
- 8) najpóźniej w dniu rozwiązania się dotychczasowej umowy w określonych przypadkach.

W razie zbycia pojazdu mechanicznego, którego posiadacz zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, na nabywcę pojazdu przechodzą prawa i obowiązki zbywcy wynikające z tej umowy. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, chyba że nabywca wypowie ją przed upływem 30 dni od dnia nabycia pojazdu mechanicznego. W przypadku wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z upływem 30 dni następujących po dniu nabycia pojazdu mechanicznego. Posiadacz pojazdu

mechanicznego wypowiedzący umowę jest obowiązany do zawarcia nowej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych najpóźniej w ostatnim dniu przed rozwiązaniem się umowy wypowiedzianej. Z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia. Za szkodę powstałą w związku z ruchem pojazdu mechanicznego uważa się również szkodę powstałą:

- 1) przy wsiadaniu do pojazdu mechanicznego i wysiadaniu z niego;
- 2) bezpośrednio przy załadunku i rozładunku pojazdu mechanicznego;
- 3) podczas zatrzymania, postoju lub garażowania.

Ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu.

Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody:

- 1) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona;
- 2) wynikłe w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu, chyba że odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż pojazd przewożący te przedmioty;
- 3) polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych;
- 4) polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

Zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym

zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania,

jeżeli kierujący:

- 1) wyrządził szkodę umyślnie lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 2) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;

3) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa;

4) zbiegł z miejsca zdarzenia.

Ubezpieczenie OC rolników

Rolnik jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego.

Umowę ubezpieczenia OC rolników zawiera się na okres 12 miesięcy.

Jeżeli rolnik nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC rolników została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy. Zawarcie następnej umowy nie następuje pomimo braku powiadomienia, jeżeli:

1) nie została opłacona określona w umowie składka za mijający okres 12 miesięcy lub w przypadku cofnięcia zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników albo

2) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, ogłoszenia lub zarządzenia likwidacji zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego.

Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC rolników powstaje w dniu objęcia w posiadanie gospodarstwa rolnego.

Jeżeli po zawarciu przez rolnika umowy ubezpieczenia OC rolników posiadanie gospodarstwa rolnego przeszło na inną osobę, prawa i obowiązki rolnika wynikające z umowy ubezpieczenia OC rolników przechodzą na tę osobę. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 12 miesięcy, na które została zawarta, chyba że osoba obejmująca gospodarstwo rolne w posiadanie wypowie ją przed upływem 30 dni od dnia objęcia gospodarstwa rolnego w posiadanie. W przypadku wypowiedzenia umowy rozwiązuje się ona z upływem 30 dni następujących po dniu objęcia gospodarstwa rolnego w posiadanie. Rolnik wypowiadający umowę jest obowiązany do zawarcia nowej umowy ubezpieczenia OC rolników najpóźniej w ostatnim dniu przed rozwiązaniem się umowy wypowiedzianej.

Z ubezpieczenia OC rolników przysługuje odszkodowanie, jeżeli:

1) rolnik, osoba pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub osoba pracująca w gospodarstwie rolnym rolnika są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z posiadaniem przez rolnika tego gospodarstwa rolnego szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia.

2) szkoda powstała w związku z ruchem pojazdów wolnobieżnych w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, będących w posiadaniu rolników posiadających gospodarstwo rolne i użytkowanych w związku z posiadaniem tego gospodarstwa rolnego.

Ubezpieczeniem OC rolników jest objęta odpowiedzialność cywilna rolnika oraz każdej osoby, która pracując w gospodarstwie rolnym w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wyrządziła szkodę w związku z posiadaniem przez rolnika tego gospodarstwa rolnego.

Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody:

1) w mieniu, wyrządzone rolnikowi przez osoby pracujące w jego gospodarstwie rolnym lub pozostające z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym albo osobom pozostającym z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub pracującym w jego gospodarstwie rolnym;

2) spowodowane przeniesieniem chorób zakaźnych nie pochodzących od zwierząt;

3) w mieniu, spowodowane wadą towarów dostarczonych przez osobę objętą ubezpieczeniem albo wykonywaniem usług; jeżeli skutek tych wad nastąpiła szkoda na osobie, zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności tylko wtedy, gdy osoba objęta ubezpieczeniem wiedziała o tych wadach;

4) powstałe wskutek uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub zaginięcia rzeczy wypożyczonych lub przyjętych przez osobę objętą ubezpieczeniem OC rolników do użytkowania, przechowania lub naprawy;

5) polegające na utracie gotówki, biżuterii, dzieł sztuki, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i innych;

6) polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska;

7) wynikłe z kar pieniężnych, grzywn sądowych i administracyjnych, a także kar lub grzywn związanych z należnościami wobec budżetu państwa.

Zakładowi ubezpieczeń przysługuje uprawnienie do dochodzenia od sprawcy szkody zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC rolników odszkodowania, jeżeli wyrządził on szkodę umyślnie lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

Ubezpieczenie budynków rolniczych

Rolnik jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych. Obowiązek ubezpieczenia powstaje z dniem pokrycia budynku dachem.

Umowę ubezpieczenia budynków rolniczych zawiera się na okres 12 miesięcy. Jeżeli rolnik posiadający budynki rolnicze nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia budynków rolniczych, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na

kolejne 12 miesięcy. Zawarcie następnej umowy nie następuje, pomimo braku powiadomienia, jeżeli:

1) nie została opłacona w całości określona w umowie składka za mijający okres 12 miesięcy lub w przypadku cofnięcia zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych albo w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, ogłoszenia lub zarządzenia likwidacji zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego.

Jeżeli po zawarciu umowy ubezpieczenia budynków rolniczych posiadanie gospodarstwa rolnego, w skład którego wchodzi te budynki, przeszło na inną osobę, prawa i obowiązki wynikające umowy ubezpieczenia budynków rolniczych przechodzą na tę osobę. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 12 miesięcy, na które została zawarta, chyba że osoba obejmująca gospodarstwo rolne w posiadanie wypowie ją przed upływem 30 dni od dnia objęcia gospodarstwa rolnego w posiadanie. W przypadku wypowiedzenia umowy rozwiązuje się ona z upływem 30 dni następujących po dniu objęcia gospodarstwa rolnego w posiadanie. Posiadacz budynków rolniczych wypowiadający umowę jest obowiązany do zawarcia nowej umowy ubezpieczenia budynków rolniczych najpóźniej w ostatnim dniu przed rozwiązaniem się umowy wypowiedzianej. Z tytułu ubezpieczenia budynków rolniczych przysługuje odszkodowanie za szkody powstałe w budynkach na skutek zdarzeń losowych w postaci: ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego.

Nie są objęte ubezpieczeniem w gospodarstwach rolnych:

- 1) budynki, których stan techniczny osiągnął 100 % normy zużycia;
- 2) budynki przeznaczone do rozbiórki na podstawie ostatecznych decyzji właściwych organów;
- 3) namioty i tunele foliowe.

Zakład ubezpieczeń **nie odpowiada** za zaistniałe w budynkach rolniczych szkody:

- 1) wyrządzone umyślnie przez ubezpieczającego lub przez osobę, za którą ubezpieczający Poniosi odpowiedzialność lub która pozostaje z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 2) wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa przez osoby, o których mowa w pkt 1 powyżej;
- 3) górnicze w rozumieniu przepisów prawa geologicznego i górniczego;
- 4) powstałe wskutek trzęsienia ziemi.

Reprezentant do spraw roszczeń

Zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w zakresie działu II grupa 10, określonej w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej („ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika”), z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika, ustanawia w każdym państwie członkowskim Unii Europejskiej reprezentanta do spraw roszczeń.

Reprezentant do spraw roszczeń może wykonywać czynności na rzecz jednego lub wielu Zakładów ubezpieczeń.

Zadaniem reprezentanta do spraw roszczeń jest likwidacja szkód będących następstwem zdarzeń, które miały miejsce na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, innego niż państwo, w którym poszkodowany ma miejsce zamieszkania lub siedzibę, lub na terytorium państw trzecich.

Reprezentant do spraw roszczeń podejmuje działanie na wniosek poszkodowanego lub uprawnionego, a także reprezentowanego zakładu ubezpieczeń.

Kontrola spełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC Posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników i budynków rolniczych oraz opłaty za niespełnienie tego obowiązku

Do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych:

- 1) są obowiązane:
 - a) Policja,
 - b) organy celne,
 - c) Straż Graniczna,
 - d) organy właściwe w sprawach rejestracji pojazdów,
 - e) Inspekcja Transportu Drogowego;
- 2) są uprawnione:
 - a) Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny,
 - b) inne organy uprawnione do kontroli ruchu drogowego,
 - c) Inspekcja Ochrony Środowiska.

Do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC rolników:

- 1) jest obowiązany wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika;
- 2) są uprawnione:

a) starosta właściwy ze względu na położenie gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika,

b) Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

Do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia budynków rolniczych:

1) jest obowiązany wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia

gospodarstwa rolnego lub miejsca zamieszkania rolnika;

2) jest uprawniony starosta właściwy ze względu na położenie gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika.

Spełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego ustala się na podstawie polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, potwierdzającego zawarcie umowy tego ubezpieczenia, wystawionego ubezpieczającemu przez zakład ubezpieczeń. Osoba kontrolowana jest obowiązana okazać na żądanie organu obowiązanego lub uprawnionego do kontroli dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązkowego lub dowód opłacenia składki za to ubezpieczenie.

Osoba, która nie spełniła obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego jest obowiązana wnieść określoną opłatę.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, zwany dalej „Funduszem”, jest instytucją właściwą w zakresie egzekucji administracyjnej należności pieniężnych w związku z kontrolą spełnienia obowiązku zawierania umów obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej:

- posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów,
- rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego. Fundusz ma osobowość prawną. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa. Organami Funduszu są:

1) Zgromadzenie Członków Funduszu;

2) Rada Funduszu;

3) Zarząd Funduszu.

Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw instytucji finansowych.

Członkiem Funduszu jest zakład ubezpieczeń posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe: posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego.

Zakład ubezpieczeń staje się członkiem Funduszu z chwilą zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa wyżej.

Członkiem Funduszu jest również zagraniczny zakład ubezpieczeń, działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami prawa polskiego, i posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe, o których mowa wyżej.

Zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność ubezpieczeniową w dziale I (ubezpieczenia na życie), zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, stają się członkami Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 98 ust. 2 ustawy („2. W przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika oczywiście nie wystarcza nawet na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego albo w przypadku zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń, jeżeli roszczenia osób uprawnionych nie mogą być pokryte z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, do zadań Funduszu należy również zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych z:

- 1) umów ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 1–3, za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w granicach określonych na podstawie przepisów
- 2) umów ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 4, oraz umów ubezpieczenia na życie, w wysokości 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.”).

Do zadań Funduszu należy zaspokajanie roszczeń z tytułu następujących ubezpieczeń obowiązkowych:

- ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych,
- ubezpieczenie OC rolników,

za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) na osobie, gdy szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości;
- 2) w mieniu, w przypadku szkody, w której równocześnie u któregośkolwiek uczestnika zdarzenia nastąpiła śmierć, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwający dłużej niż 14 dni, a szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości. W przypadku szkody w pojeździe mechanicznym świadczenie

Funduszu podlega zmniejszeniu o kwotę stanowiącą równowartość 300 euro, ustalaną przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania;

3) w mieniu i na osobie, gdy:

a) posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządzono, nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych,

b) posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządzono, zarejestrowanego za granicą na terytorium państwa, którego biuro narodowe jest sygnatariuszem Jednolitego Porozumienia między Biurami Narodowymi – Regulaminu Wewnętrznego, nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy

pojazdów mechanicznych, a pojazd mechaniczny był pozbawiony znaków rejestracyjnych, bądź znaki te nie były, w momencie zdarzenia, przydzielone temu pojazdowi przez właściwe władze,

c) rolnik, osoba pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub osoba pracująca w jego gospodarstwie rolnym wyrządzili szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia, a rolnik nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC rolników.

W przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika oczywiście nie wystarcza nawet na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego albo w przypadku zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń, jeżeli roszczenia osób uprawnionych nie mogą być pokryte z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, do zadań Funduszu należy również zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych z:

1) następujących umów ubezpieczeń obowiązkowych: ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie OC rolników, ubezpieczenie budynków rolniczych, za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) umów ubezpieczeń obowiązkowych, wynikających z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umów ubezpieczenia na życie, w wysokości 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej. Fundusz pełni funkcję ośrodka informacji. Do zadań Funduszu jako ośrodka informacji należy prowadzenie rejestru umów ubezpieczenia działu II grupy 3 (*„ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujące szkody w:*

1) pojazdach samochodowych;
 2) pojazdach lądowych bez własnego napędu”) i grupy 10 („ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika”) załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z wyłączeniem odpowiedzialności przewoźnika.

Fundusz gromadzi dane zawierające informacje dotyczące uczestników zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Fundusz gromadzi również dane zawierające:

- 1) informacje dotyczące zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, określonego w grupie 3 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej;
- 2) datę zgłoszenia do zakładu ubezpieczeń zdarzenia (kradzieży);
- 3) datę i wysokość wypłaty odszkodowania lub datę odmowy wypłaty odszkodowania.

Uprawniony do odszkodowania zgłasza swoje roszczenia do Funduszu przez którykolwiek zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w grupach obejmujących ubezpieczenia

obowiązkowe: ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i ubezpieczenie OC rolników.

Zakład ubezpieczeń nie może odmówić przyjęcia zgłoszenia szkody.

Inne ubezpieczenia

Gwarancje

Gwarancje ubezpieczeniowe adresowane są do przedsiębiorców uczestniczących w przetargach i realizujących kontrakty. Zamiast blokowania własnych środków pieniężnych na wpłatę wadium, czy zabezpieczenie kontraktu, Przedsiębiorca może skorzystać z gwarancji ubezpieczeniowej.

Gwarancja ubezpieczeniowa potwierdza wiarygodność Przedsiębiorcy i pomaga w prowadzeniu działalności gospodarczej.

HDI Asekuracja oferuje następujące rodzaje gwarancji ubezpieczeniowych:

- 1) gwarancja zapłaty wadium;
- 2) gwarancja należytego wykonania umowy;
- 3) gwarancja usunięcia wad i usterek;
- 4) gwarancja zwrotu kaucji gwarancyjnej;
- 5) gwarancja zwrotu zaliczki;
- 6) gwarancja dostawy;
- 7) gwarancja zapłaty należności celnych i podatkowych