



Rzecznik Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Aleksandra Wiktorow

Warszawa, 13-01-2015

RU/1/ /15

Pan Minister
Jerzy Kozdroń
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Sprawiedliwości
Al. Ujazdowskie 11
00-950 Warszawa

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 grudnia 2015 r. (DPrC-I-413-8/14) dotyczące, przygotowanej przez Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego wstępnej koncepcji zmiany przepisów Kodeksu cywilnego w zakresie wprowadzenia regulacji dotyczących ubezpieczeń grupowych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska Rzecznika Ubezpieczonych.

Rzecznik Ubezpieczonych z zadowoleniem przyjął informację o ponownym podjęciu przez Ministra Sprawiedliwości oraz Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego prac nad zmianą przepisów Kodeksu cywilnego polegającą na wprowadzeniu regulacji dotyczących umowy ubezpieczenia grupowego. Jednakże zdaniem Rzecznika zaproponowane regulacje nie są wystarczające, a także nie obejmują w ogóle niektórych istotnych zagadnień związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeń grupowych.

Najważniejsze sfery wymagające uregulowania Rzecznik Ubezpieczonych wskazywał w pismach skierowanych na ręce Ministra Sprawiedliwości i Komisji

Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego w dniu 8.05.2013 r. (znak: RU/105/AD/13) oraz w dniu 2.01.2014 r. (znak: RU/03/AD/14).

Przechodząc do oceny przedstawionych propozycji, Rzecznik Ubezpieczonych pragnie zwrócić uwagę na kwestię umiejscowienia nowych przepisów. W opinii Rzecznika dodanie Działu IV Tytułu XXVII k.c., po działach regulujących, w kolejności: przepisy ogólne, ubezpieczenia majątkowe oraz ubezpieczenia osobowe, jest rozwiązaniem niewłaściwym, które w praktyce funkcjonowania ubezpieczeń grupowych będzie powodować problemy i wątpliwości w zakresie interpretacji zarówno dotychczasowych, jak i nowych przepisów. Należy zauważyć, że w proponowanym nowym dziale zasadniczo zostały zawarte przepisy o charakterze ogólnym, niektóre odwołujące się do kryteriów pozaprawnych, takich jak dobre praktyki rynkowe, czy unikanie sprzeczności interesów, co będzie – zdaniem Rzecznika - oznaczać wątpliwości w zakresie stosowania regulacji Działu I Tytułu XXVII k.c. Takie rozwiązanie stanowi również zaburzenie dotychczasowej systematyki kodeksowej.

Wskazane wyżej zagrożenie potęguje proponowane brzmienie art. 805¹, który wskazuje, iż przepisy działu I Tytułu XXVII k.c. stosuje się odpowiednio do umowy ubezpieczenia grupowego na rzecz osób trzecich z uwzględnieniem jej celu i właściwości. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych użyte wyrażenie: „stosuje się odpowiednio” spowoduje, iż w praktyce adresat tej normy będzie miał problem, jak zastosować przepisy działu I, czy też w ogóle je zastosować, skoro przepis właściwie wyłącza ich stosowanie wprost.

Takie sformułowanie pozostaje w konflikcie z zasadą określoności przepisów prawa i obowiązkiem konstruowania przepisów prawnych w sposób przejrzysty i zrozumiały dla ich adresatów. Jak podkreśla Sąd Najwyższy, w piśmiennictwie trafnie zauważa się, że pojęcie „odpowiedniości” stosowania określonego przepisu oznacza, że niektóre jego postanowienia będzie można stosować bez żadnej modyfikacji, inne trzeba będzie odpowiednio zmodyfikować, a jeszcze innych w ogóle nie będzie można stosować (uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 17 stycznia 2013 r., sygn. akt III CZP 51/12).

Używanie sformułowania „stosuje się odpowiednio” ma na celu osiągnięcie skrótości tekstu prawnego. O możliwości skracania tekstu prawnego mówi § 156 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. Nr 100, poz. 908), który wskazuje, że poza skróceniem tekstu celem odesłań może być także osiągnięcie spójności tekstu. W jednym i drugim przypadku niezbędne jest jednoznaczne wskazanie przepisu lub przepisów prawnych, do których się odsyła. Najczęściej używa się tej techniki w odniesieniu do przepisów określających tryb jakiegoś postępowania, rzadziej w odniesieniu do przepisów materialnych.

W zaproponowanej w art. 805¹ formule o odpowiednim stosowaniu przepisów, pomimo wskazania konkretnych przepisów istnieje niebezpieczeństwo dowolności odpowiedniego stosowania przepisów. Wydaje się, iż proponowany przepis zawiera generalne odesłanie do całego działu, z pominięciem analizy możliwości zastosowania poszczególnych regulacji.

Ponadto - w opinii Rzecznika - zaproponowane brzmienie przepisu pozwoli na wyłączenie bezwzględnie obowiązujących przepisów Działu I Tytułu XXVII k.c. Najistotniejsze kwestie, takie jak zwrot składki, termin wypłaty świadczenia w ubezpieczeniu grupowym na rzecz osób trzecich pozostałyby w sferze swobody kształtowania treści umowy, uzupełnionej klauzulą generalną dobrych praktyk rynkowych, która niestety w praktyce nie będzie stanowiła żadnej ochrony dla ubezpieczonego, będącego a priori słabszą stroną tego stosunku.

Przedstawione propozycje – w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych - mogą osłabić możliwość kwestionowania przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów określonych praktyk rynkowych ubezpieczycieli jako praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów lub nieuczciwą praktykę rynkową. Ubezpieczeni, którym orzecznictwo Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przyznaje również status konsumenta, gdy ubezpieczającym jest przedsiębiorca, będą mieli ograniczone możliwości kwestionowania określonych postanowień jako niedozwolonych.

Pragnę przypomnieć w tym miejscu, że art. 807 § 1 k.c. stanowi, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami niniejszego tytułu są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki. Jest to wyraźne podkreślenie faktu, iż odnoszące się do umowy ubezpieczenia przepisy kodeksu cywilnego mają charakter bezwzględnie obowiązujący.

Treść art. 807 k.c. jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę filozofii, w której wobec rzeczywistej nierównowagi potencjałów stron umowy ubezpieczenia, konieczne jest ustalenie przez ustawodawcę niezmiennych podstawowych reguł odnoszących się do zakresu obowiązków kontrahentów i innych podmiotów zaangażowanych w stosunek prawny ubezpieczenia¹.

Dodatkowo propozycja brzmienia art. 805¹ k.c. nie odpowiada celowi wskazanemu w uzasadnieniu, w którym wskazano, iż przepis ten miałby na celu podkreślenie znaczenia ubezpieczeń grupowych w systemie prawa ubezpieczeń prywatnych a jednocześnie natury

¹ Orlicki M. w: Gnela B., Szafraniec M. *Kierunki rozwoju ubezpieczeń gospodarczych w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Difin, Warszawa, 2013, s. 50

prawnej ubezpieczeń grupowych. W ocenie Rzecznika proponowany przepis nie spełnia tego postulatu, a wręcz go podważa.

Drugim podstawowym zastrzeżeniem Rzecznika Ubezpieczonych do przedstawionej koncepcji jest brak aksjologicznych podstaw do wprowadzania na gruncie umowy ubezpieczeniach dychotomii, która polega na przyjęciu konstrukcji umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przy ubezpieczeniach indywidualnych i konstrukcji umowy na rzecz osoby trzeciej przy ubezpieczeniach grupowych. Wskazane w uzasadnieniu wady umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek powinny skłonić racjonalnego ustawodawcę do wyboru jednolitej konstrukcji dla wszystkich ubezpieczeń, niezależnie, czy ubezpieczonym w stosunku ubezpieczenia jest jedna, czy większa liczba osób. Wskazane wady umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek mogą być równie dobrze wyeliminowane poprzez odpowiednią modyfikację i uzupełnienie obowiązujących już przepisów o umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek, bez uszczerbku dla celu i właściwości tego rodzaju ubezpieczenia i w sposób wyważający interesy ubezpieczyciela, ubezpieczającego i ubezpieczonego.

W doktrynie słusznie podnosi się, iż naprawianie problemów ubezpieczeń grupowych musi obejmować wszystkie ubezpieczenia na cudzy rachunek. Gdyby poza zakresem regulacji pozostawić indywidualne ubezpieczenia na cudzy rachunek, pojawiłoby się niebezpieczeństwo podejmowania prób obejścia nowych regulacji poprzez tworzenie konstrukcji seryjnych ubezpieczeń na cudzy rachunek, w których grupa osób byłaby ubezpieczana wieloma identycznymi umowami indywidualnych ubezpieczeń na cudzy rachunek. Aby uniknąć tego niebezpieczeństwa, należy podjąć próbę nowelizacji regulacji prawnej dotyczącej wszystkich ubezpieczeń na cudzy rachunek – zarówno grupowych, jak i indywidualnych².

Rzecznik Ubezpieczonych pragnie również zwrócić uwagę, że w dniu 7.01.2014 r. Rada Ministrów przyjęła założenia do projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Podstawowym celem założeń jest wdrożenie do krajowego porządku prawnego przepisów Solvency II, jednakże znalazły się w nim również ważne rozwiązania o charakterze prokonsumenckim, m.in. w zakresie funkcjonowania ubezpieczeń grupowych dotyczące, np. wzmocnienia praw osób ubezpieczonych w ubezpieczeniach na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniach grupowych, np. poprzez udostępnienie ubezpieczonemu informacji o warunkach umowy oraz wprowadzenie zakazu pobierania przez

² M. Orlicki, *Założenia reformy regulacji prawnej ubezpieczeń na cudzy rachunek i ubezpieczeń służących zabezpieczeniu wiarytelności*, Prawo Asekuracyjne 1/2013, s. 4

ubezpieczającego wynagrodzenia. Oznacza to, że Rada Ministrów opowiedziała się za pozostawieniem konstrukcji umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek również w przypadku grupowych ubezpieczeń. Prace nad koncepcją zmiany przepisów Kodeksu cywilnego w wersji przedstawionej do zaopiniowania winny zostać skorelowane i uwzględnić efekty prac nad ww. projektem.

Rzecznik Ubezpieczonych pragnie również zauważyć, iż część z zaproponowanych przepisów (np. art. 834⁵, 834⁶, 834⁸, 834⁹ § 1, 834¹⁰) jako pozbawionych jakiejkolwiek sankcji (*lex imperfecta*) na gruncie kodeksu cywilnego wydaje się bezcelowa. Należy podkreślić, iż naruszenie takich norm nie będzie powodować żadnych negatywnych skutków dla osoby, które je złamały. Powstaje pytanie o wartość normatywną takich regulacji. Na tle innych przepisów szczególnych regulujących zobowiązania w kodeksie cywilnym, które zazwyczaj bardzo konkretnie wskazują prawa i obowiązki podmiotów stosunków prawnych, proponowane regulacje wydają się niespójne z koncepcją pozostałych przepisów o umowie ubezpieczenia.

Odnosząc się szczegółowo do zaproponowanych w ramach Działu IV Tytułu XXVII k.c., Rzecznik Ubezpieczonych pragnie zwrócić uwagę na następujące kwestie.

Przepis art. 834² § 1 k.c. stanowi próbę definicji ubezpieczenia grupowego na rzecz osób trzecich, jednakże zawiera ona niewłaściwe odniesienie do art. 805 k.c., który wskazuje na istotę umowy ubezpieczenia, określając obowiązki stron przedmiotowej umowy, ubezpieczyciela i ubezpieczającego. Ze strony ubezpieczyciela jest to zobowiązanie do spełnienia określonego świadczenia przez ubezpieczyciela w razie zajścia określonego w umowie wypadku, ze strony ubezpieczającego - zobowiązanie do zapłaty składki. Przepis art. 805 k.c. nie zawiera natomiast pojęcia „ochrony ubezpieczeniowej”, którym posługuje się projektodawca w art. 834² § 1 k.c.

W § 2 proponuje się regulację wskazującą, iż umowa ubezpieczenia grupowego może być zawarta dla jednej lub więcej grup ubezpieczonych. Takie rozwiązanie nie wymaga ingerencji ustawodawcy na poziomie kodyfikacji. Jest to przepis zupełnie zbędny z tego względu, iż kwestia ta pozostaje obecnie i powinna pozostawać w sferze swobody kształtowania treści umowy. Podobna uwaga odnosi się do art. 834² § 1 k.c. i zdania drugiego w art. 834² § 2 k.c. Ponadto warto zauważyć, że określenie w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia kryteriów przynależności do grupy nie oznacza, że ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności w przypadku, gdy przyjęta zostanie do grupy osoba niespełniająca tych kryteriów.

Proponowany 834³ § 2 k.c. jest nie do zaakceptowania. Zdaniem Rzecznika zagadnienia początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w ubezpieczeniach grupowych jest jednym z częstszych problemów występujących przy tego typu umowach. W celu zapewnienia stabilności stosunku ubezpieczeniowego i pewności ochrony ubezpieczeniowej, rozumianej również jako precyzyjne określenie momentu powstania ochrony ubezpieczeniowej, niezbędne jest doprecyzowanie tej kwestii na gruncie ustawy. Z uwagi na fakt, iż umowy grupowe mają charakter masowy, zaś ubezpieczeni w zdecydowanej większości są konsumentami, nie należy pozostawiać wyłącznie ubezpieczycielowi jednostronnego uprawnienia do określania chwili rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia. Tego rodzaju propozycja doprowadzić może do wielu negatywnych dla interesów ubezpieczonych zjawisk np. do legitymizacji wprowadzania długotrwałej karencji w ubezpieczeniach na życie, zwłaszcza jeśli na stałe stanie się ona praktyką rynkową, ocenianą przez zakłady ubezpieczeń jako „standard”, czy „dobrą praktyką rynkową”. Istnieje również ryzyko stworzenia mechanizmu „odwlekania” powstania ochrony ubezpieczeniowej, co nie było by zjawiskiem pożądanym dla jednostkowych interesów poszczególnych ubezpieczonych. Z tych względów należałoby moment powstania ochrony ubezpieczeniowej w przypadku grupowego ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej typu majątkowego wyznaczać odpowiednio przez przepis art. 814 § 1 k.c., a przypadku grupowego ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej typu osobowego odpowiednio co najmniej przez normę z art. 829 § 2 k.c. Oczywiście można sformułować bardziej kazuistyczne rozwiązanie w przypadku grupowego ubezpieczenia na życie, które będzie uwzględniać sposób powstania grupy i oddzielnie uregulować moment powstania ochrony ubezpieczeniowej przy grupach otwartych i oddzielnie dla grup zamkniętych (tj. takich sytuacjach, że warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest stworzenie określonej liczbowo, stałej grupy).

Zagadnienie uregulowane w art. 834⁴ k.c. ma charakter techniczny i wykracza poza materię regulacji Kodeksu cywilnego i powinno podlegać umownej regulacji pomiędzy ubezpieczycielem i ubezpieczającym.

Przepis art. 834⁵ k.c. jest zbyt ogólny i mający nikłą wartość dla ubezpieczonych. Obowiązek uwzględniania interesu ubezpieczonego wynika obecnie choćby z art. 354 k.c., art. 355 k.c., czy art. 17 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, który *expressis verbis* stanowi, że przedsiębiorca wykonuje działalność gospodarczą na zasadach uczciwej konkurencji i poszanowania dobrych obyczajów oraz słusznym interesów konsumentów. Samoregulacja nie przyniosła dotychczas żadnych wymiernych rezultatów dla konsumentów i

dla funkcjonowania rynku ubezpieczeń. Problemy natomiast się pogłębiają. Próby wprowadzania dobrych praktyk nie sprawdziły się. Do nieprawidłowości dochodziło i dochodzi po wprowadzeniu dobrych praktyk i rekomendacji przez organ nadzoru. Przykładem są wytyczne Polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie refundacji wydatków na najem pojazdu zastępczego z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, które wbrew art. 361 § 2 k.c. zawierały rozwiązania wyłączające lub istotnie ograniczające odpowiedzialność ubezpieczycieli za tego rodzaju wydatki. Dodatkowo rozwiązania w nich zawarte, dwukrotnie zostały zakwestionowane przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17.11.2011 r., sygn. akt III CZP 05/11 i w uchwale z dnia 23.11.2011 r., sygn. akt III CZP 76/13. Dobre praktyki rynkowe w ujęciu przedstawionym przez projekt mogą być odczytane jak wzmocnienie uprawnień ubezpieczyciela, niekiedy przy udziale ubezpieczającego, do samodzielnego regulowania zasad oferowania, zawierania i wykonywania grupowych ubezpieczeń, wyłącznie w oparciu o kryterium własnych ekonomicznych interesów, niż rzeczywistych potrzeb klienta i adekwatności ochrony ubezpieczeniowej.

Propozycja regulacji zawartej w art. 834⁶ k.c. nie realizuje postulatów Rzecznika Ubezpieczonych. Jest to przepis niedookreślony w swej treści i skutku. W pierwszej kolejności ustawodawca powinien odnieść się normatywnie czym jest konflikt interesów i w jakich sytuacjach on występuje, np. niedopuszczalne jest uzyskiwanie przez ubezpieczającego wynagrodzenia lub jakichkolwiek innych korzyści majątkowych z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Ustawodawca winien wprowadzić obowiązek informacyjny ubezpieczającego o roli w jakiej występuje, jego rzeczywistych relacjach z ubezpieczycielem. Te obszar regulacji wykracza poza kodeks cywilny i powinien znaleźć swoje miejsce na gruncie ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Dopiero po normatywnym opisie konfliktu interesów, można rozważać zasadność wprowadzenia na gruncie k.c. zobowiązania do unikania tego rodzaju konfliktu. Przy aktualnej propozycji przepisu mogą zrodzić się zasadne pytania i wątpliwości, czy pracodawca powinien zawierać na rzecz pracowników umowę grupowego ubezpieczenia na życie. Czy zawierając taką umowę nie znajduje się w tym konflikcie interesów. Pracodawca często zawiera taką umowę w celu zmniejszenia swoich zobowiązań wobec pracowników (np. z tytułu odpraw pośmiertnych), pracownik zaś poszukuje wyższego świadczenia na wypadek śmierci, niż wysokość świadczenia określonego przepisami prawa pracy. W istocie rzeczy interesy ubezpieczającego - pracodawcy i pracowników są sprzeczne. Ponadto przepis ten powinien zawierać sankcję za naruszenie konfliktu interesu w postaci uprawnienia do odstąpienia za skutkiem natychmiastowym w każdym przypadku. O ile w

przypadku grupowego ubezpieczenia na życie tego rodzaju uprawnienie można wyprowadzić z propozycji przepisu art. 834¹¹, o tyle takiego uprawnienia nie można wyprowadzić w przypadku ubezpieczenia grupowego typu majątkowego, a tego rodzaju umowy również występują na obrocie. Uważamy również, że sankcją za powstanie konfliktu interesu w trakcie obowiązywania powinna być dodatkowa odpowiedzialność odszkodowawcza. Poszukiwanie jej ewentualnie w treści art. 471 k.c. wydają się wysoce problematyczne, jeśli nie niemożliwe.

Przepis art. 834⁷ § 1 k.c. w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wprowadziłby wiele wątpliwości. Czy należy go traktować jako przepis szczególny w odniesieniu do innych norm regulujących kwestie uprawnienia do występowania z roszczeniem w przypadku ubezpieczeń indywidualnych, np. czy w ubezpieczeniu grupowym na życie ubezpieczający zostałby pozbawiony prawa wskazania uprawnionego?

Rzecznik Ubezpieczonych ponownie wskazuje, iż niezmiernie istotne jest uregulowanie statusu spadkobierców ubezpieczonego w postępowaniu likwidacyjnym szczególnie w ubezpieczeniach grupowych. Osoby takie powinny mieć możliwość samodzielnego zgłoszenia ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego oraz dostępu do dokumentacji związanej z realizacją umowy ubezpieczenia, która ma wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela i wysokość należnego świadczenia. W razie odmowy przyjęcia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela, ubezpieczający uprawniony do otrzymania świadczenia powinien – na żądanie ubezpieczonego/ spadkobierców – scedować prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia, o ile nie zamierza dochodzić go na drodze sądowej. Warto wskazać, że w wydanej w czerwcu 2014 r. przez Komisję Nadzoru Finansowego Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance w Rekomendacji 10 znajduje się zapis, iż w przypadku, gdy klient ma status ubezpieczonego, klient lub jego spadkobiercy powinni mieć zapewnioną możliwość bezpośredniego dochodzenia roszczeń w sytuacji, kiedy bank jest podmiotem uprawnionym do dochodzenia wypłaty świadczenia od zakładu ubezpieczeń i podejmie decyzję o nieskorzystaniu z tego uprawnienia. Bank powinien umożliwić klientowi samodzielne dochodzenie roszczenia.

Wydaje się, że przepisy o umowie ubezpieczenia grupowego powinny uwzględniać ten aspekt.

Zdanie drugie art. 834⁷ § 2 k.c. pomija fakt, iż umowy ubezpieczenia grupowego to również ubezpieczenia typu majątkowego. Z tego względu kwestia stosowania art. 833 i art. 834 k.c. powinna zostać doprecyzowana w ramach tych regulacji.

Propozycja art. 834⁸ § 1 nie jest właściwym rozwiązaniem. Zdaniem Rzecznika ubezpieczyciel powinien zapewnić ubezpieczonemu nie tylko dostęp, ale doręczenie wzorca. Nie znajdujemy uzasadnienia do przerzucania tego obowiązku na ubezpieczającego. To ubezpieczyciel jest autorem wzorca. Ubezpieczający może nie być profesjonalistą i jego zobowiązanie może być trudne do zrealizowania, jeżeli ubezpieczyciel pozostanie w zwłoce w ich przekazaniu. Przepis nie wskazuje żadnych sankcji w sytuacji nieudostępnienia wzorca umowy. Jeśli zastosowanie miałby znaleźć w takim przypadku art. 384 k.c., to będzie to nie do zaakceptowania dla ubezpieczycieli i ubezpieczających, niebędących bankami. Ubezpieczyciele mogą ponosić sankcję braku związania wzorcem za zachowania od nich niezależne, natomiast ubezpieczający (głównie pracodawcy) będą niechętnie zawierali tego rodzaju umowy, jeżeli niewykonanie tego zobowiązania będzie ich narażać na odpowiedzialność kontraktową za szkodę, jaką poniósł ubezpieczyciel z tego tytułu. Właściwym wydaje się zastosowanie konstrukcji analogiczną do art. 384 k.c. czyli doręczenia wzorca. Ma to szczególne znaczenie dla umów ubezpieczenia na życie i umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym, gdzie konsument powinien mieć odpowiedni czas do zapoznania się z warunkami ubezpieczenia. Posłużenie się sformułowaniem „*zapewnić dostęp do wzorca*” oznacza, że obowiązek ten będzie spełniony, jeśli zostanie konsumentowi wskazane, że wzorzec znajduje się na stronie internetowej ubezpieczyciela lub jego otrzymanie możliwie jest w najbliższej placówce ubezpieczyciela. W ten sposób dojdzie do związania wzorcem.

Zdaniem Rzecznika § 2 tegoż przepisu jest zbędny. Nie ma racjonalnego uzasadnienia, dla którego to ubezpieczający miałby informować ubezpieczonych (np. pracodawca swoich pracowników) o stosowanych przez ubezpieczyciela zasadach dobrych praktyk. To ubezpieczyciel winien informować ubezpieczonych o stosowanych kodeksach dobrych praktyk. Podobna uwaga odnosi się do art. 834⁹ k.c. W opinii Rzecznika o zmianie warunków powinien obowiązkowo informować ubezpieczyciel. Powinno znaleźć się również zastrzeżenie, iż niedopuszczalna jest zmiana o.w.u. na niekorzyść ubezpieczonego bez jego zgody, analogicznie jak w przypadku umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek (art. 829 § 2 zd. 3 k.c.).

Jeżeli chodzi o propozycję art. 834¹⁰ k.c. Rzecznik Ubezpieczonych nie widzi uzasadnienia do zwolnienia ubezpieczyciela z zobowiązania do doręczenia dokumentu potwierdzającego objęcie ochroną ubezpieczeniową. Dodatkowo zdanie drugie jest bardzo niekorzystne dla ubezpieczonych, gdyż może ustanawiać długie terminy doręczenia, warunki, a nawet odpłatność. Tego rodzaju propozycja istotnie godzi w interesy ubezpieczonych. Dla

przykładu, jeżeli umowa kredytu przewiduje jako dodatkowe zabezpieczenie zawarcie umowy ubezpieczenia na życie lub kredytu, i od zawarcia i udokumentowania faktu zawarcia uzależniona jest wysokość stopy procentowej kredytu, a kredytobiorca spełni to zobowiązanie przez zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia (gdzie ubezpieczającym jest inny bank lub broker albo specjalnie stworzona fundacja lub stowarzyszenie) i ubezpieczyciel ustanowi odległy termin doręczenia dokumentu potwierdzającego objęcie ubezpieczenia ochroną np. do 3 miesięcy od dnia doręczenia żądania pocztą, to przez takie rozwiązanie ubezpieczający narażony jest na dodatkowe koszty (wyższe raty kredytowe przez 3 miesiące i czas na doręczenie żądania), aniżeli w przypadku, gdyby ubezpieczyciel był zobowiązany do wydania tego dokumentu niezwłocznie po objęciu ochroną.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych kwestia potwierdzenia objęcia ochroną winna zostać analogicznie uregulowana jak w przypadku art. 809 k.c. - bezwzględne zobowiązanie ubezpieczyciela i niezwłoczność w doręczeniu.

Projekt wymaga odpowiednich zmian redakcyjnych - projektodawca powinien jednolitymi pojęciami „*umowy ubezpieczenia grupowego na rzecz osób trzecich*”, „*z umowy grupowego na życie zawieranej na rzecz osób trzecich*” lub w nawiasie skróconą nazwę (*umowa ubezpieczenia grupowego*), aby tym skróconym sformułowaniem posługiwać się w dalszych przepisach.

Projekt wymaga również wprowadzenia przepisu intertemporalnego.

W projekcie pominięte zostały bardzo istotne kwestie, takie jak problem finansowania i zwrotu składki.

Rzecznik ponownie podkreśla potrzebę zagwarantowania ubezpieczonemu finansującemu składkę prawa uczestniczenia w podejmowaniu decyzji o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, chyba że miałyby zagwarantowane ustawowo prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego na niezmienionych warunkach.

W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, jeżeli składka została sfinansowana przez ubezpieczonego, zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej powinien przysługiwać bezpośrednio jemu.

Skutki braku zapłaty kolejnej raty składki powinny obciążać ubezpieczonego tylko w przypadku skierowania do niego stosownego wezwania

Propozycje nie uwzględniają rozszerzenia uprawnień związanych z prawem żądania zmiany wysokości składki przez ubezpieczonego finansującego składkę w sytuacji określonej w art. 816 k.c.

Przekazaną wstępną koncepcję zmiany przepisów Kodeksu cywilnego Rzecznik Ubezpieczonych pozwolił sobie przedstawić prof. dr hab. Marcinowi Orlickiemu z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, włączonemu w trakcie posiedzenia plenarnego Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego w dniu 24 października 2013 r. do zespołu problemowego Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego przy Ministrze Sprawiedliwości nad przygotowaniem projektu nowelizacji kodeksu cywilnego w części dotyczącej umowy ubezpieczenia. Z tych względów do niniejszego pisma załączam również opinię prof. dr hab. Marcina Orlickiego, stanowiącą pogłębioną analizę przedłożenia.