



Jarosław Wenancjusz Przybytniowski

# Ubezpieczenia

Racjonalne podejmowanie decyzji



**Ubezpieczenia**  
**Racjonalne podejmowanie decyzji**

Czy jesteście daleko, czy blisko, z uśmiechem, czy bez,  
nie zapomnijcie nigdy o mnie i mojej do Was miłości.

Moim dzieciom:  
Mateuszowi, Natalce i Marcie  
oraz wnukom:  
Maksymilianowi, Ksaweremu i Nikodemowi

Tata i Dziadek

**Jarosław Wenancjusz Przybytniowski**

# **Ubezpieczenia**

**Racjonalne podejmowanie decyzji**



**Poznań 2024**

Projekt okładki  
Wydawnictwo Rys

Recenzja:  
prof. dr hab. Marian Noga, Uniwersytet WSB Merito Wrocław

Copyright by:  
Jarosław Wanencjusz Przybytniowski  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Copyright by:  
Wydawnictwo Rys

Wydanie I  
Poznań 2024

**ISBN 978-83-68006-62-9**

**DOI 10.48226/978-83-68006-62-9**

Wydanie:



Wydawnictwo Rys  
ul. Kolejowa 41  
62-070 Dąbrówka  
tel. 600 44 55 80  
e-mail: [tomasz.paluszynski@wydawnictworys.com](mailto:tomasz.paluszynski@wydawnictworys.com)  
[www.wydawnictworys.com](http://www.wydawnictworys.com)

# Spis treści

Wstęp .....	9
Używane skróty .....	11
Rozdział 1. Istota, funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych.....	13
1.1. Historia ubezpieczeń w Polsce.....	13
1.2. Cel i istota ubezpieczenia.....	14
1.2.1. Pojęcie ubezpieczenia .....	14
1.2.2. Klasyfikacja ubezpieczeń.....	20
1.3. Funkcje ubezpieczeń gospodarczych .....	28
1.4. Zasady ubezpieczeń gospodarczych .....	31
1.4.1. Zasada realności ochrony ubezpieczeniowej.....	33
1.4.2. Zasada pełności ochrony ubezpieczeniowej.....	34
1.4.3. Zasada powszechności ochrony ubezpieczeniowej .....	35
1.4.4. Inne zasady ubezpieczeń.....	35
Rozdział 2. Zarządzanie ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej.....	51
2.1. Ryzyko działalności zakładu ubezpieczeń.....	51
2.1.1. Sfery i kategorie zagrożeń celów .....	51
2.1.2. Pojęcie i istota ryzyka .....	55
2.1.3. Miary ryzyka.....	65
2.2. Ryzyko w działalności ubezpieczeniowej.....	68
2.3. Zarządzanie ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej .....	75
2.4. Zdarzenie losowe a wypadek ubezpieczeniowy .....	89
2.4.1. Szkoda.....	90
2.4.2. Świadczenie ubezpieczeniowe .....	94
2.4.3. Odszkodowanie ubezpieczeniowe .....	95
2.4.4. Termin wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia ubezpieczeniowego .....	96
2.5. Systemy ubezpieczeń .....	98
2.5.1. Suma ubezpieczenia a rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia.....	98
2.5.2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.....	103
Rozdział 3. Umowa, jako źródło ubezpieczenia.....	111
3.1. Pojęcie umowy ubezpieczenia .....	111
3.2. Cechy i regulacje prawne umowy ubezpieczenia .....	113
3.2.1. System prawny umowy ubezpieczenia gospodarczego .....	113
3.2.2. Cechy umowy ubezpieczenia.....	114
3.2.3. Odpowiedzialność gwarancyjna zakładu ubezpieczeń .....	116

3.3. Strony umowy ubezpieczenia oraz inne podmioty stosunku ubezpieczenia .....	118
3.3.1. Strony umowy ubezpieczenia .....	118
3.3.2. Podmioty umowy ubezpieczenia .....	118
3.4. Forma i tryb zawarcia umowy ubezpieczenia .....	121
3.5. Dokument stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i rodzaje polis .....	124
3.5.1. Obowiązek dokumentowania zawarcia umowy ubezpieczenia ...	124
3.5.2. W dokumencie ubezpieczenia zawierane są zazwyczaj następujące dane podstawowe: .....	124
3.6. Ogólne warunki ubezpieczenia .....	125
3.7. Rodzaje, czas trwania i wygaśnięcie umowy ubezpieczenia .....	128
3.7.1. Liczba ubezpieczonych i czas trwania umowy ubezpieczenia ...	128
3.7.2. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia .....	130
Rozdział 4. Zakład ubezpieczeń w gospodarce rynkowej .....	133
4.1. Rynek usług ubezpieczeniowych .....	133
4.1.1. Otoczenie zakładu ubezpieczeń .....	134
4.1.2. Rynek ubezpieczeniowy .....	139
4.1.3. Wskaźniki koncentracji rynku ubezpieczeń .....	151
4.1.4. Świadczenie usług ubezpieczeniowych .....	156
4.2. Dystrybucja ubezpieczeń .....	159
4.2.1. Pojęcie pośrednictwa ubezpieczeniowego .....	159
4.2.2. Dystrybucja ubezpieczeń na świecie .....	160
4.2.3. Dystrybucja ubezpieczeń w Polsce .....	161
4.2.4. Pojęcie dystrybucji ubezpieczeń .....	164
4.2.5. Systematyka kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych ...	167
4.2.6. Dystrybucja usług ubezpieczeniowych w ujęciu strukturalnym i podmiotowym .....	171
4.2.7. Dystrybucja usług ubezpieczeniowych w ujęciu funkcjonalnym .....	173
4.2.8. Agent ubezpieczeniowy .....	177
4.2.9. Broker ubezpieczeniowy .....	181
4.3. Instytucje ubezpieczeniowe .....	185
4.3.1. Cel i zadania Nadzoru Finansowego .....	185
4.3.2. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny .....	191
4.3.3. Polska Izba Ubezpieczeń .....	198
4.3.4. Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych .....	200
4.3.5. Urząd Rzecznika Finansowego .....	205



Rozdział 5. Reasekuracja i koasekuracja .....	211
5.1. Reasekuracja .....	211
5.2. Podział reasekuracji .....	214
5.2.1. Rola ubezpieczyciela bezpośrednio w reasekuracji.....	215
5.2.2. Obowiązek zapewniania reasekuracji przez cesjonariusza.....	216
5.2.3. Relacja zobowiązania cesjonariusza względem cedenta w zależności od uzyskanej od niego składki .....	217
5.3. Koasekuracja.....	219
5.4. Retrocesja.....	220
Rozdział 6. Produkt ubezpieczeniowy .....	223
6.1. Pojęcie produktu ubezpieczeniowego .....	223
6.2. Cechy produktu ubezpieczeniowego .....	229
6.3. Etapy tworzenia produktu ubezpieczeniowego.....	234
6.4. Rodzaje ubezpieczeń majątkowych .....	237
6.4.1. Ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe .....	241
6.4.2. Ubezpieczenia mienia .....	267
6.4.3. Pozostałe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.....	292
6.4.4. Ubezpieczenia finansowe .....	307
6.4.5. Ubezpieczenia ochrony prawnej.....	316
6.4.6. Ubezpieczenia turystyczne .....	318
6.5. Ubezpieczenia na życie.....	324
6.5.1. Pojęcie, przedmiot i świadczenie w ubezpieczeniu na życie...	324
6.5.2. Produkty ubezpieczeń na życie.....	326
6.5.3. Ubezpieczenia rentowe .....	367
Bibliografia .....	385
Słowniczek pojęć ubezpieczeniowych .....	391
Spis tabel.....	407
Spis rysunków .....	411



# POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH

ROK ZAŁOŻENIA 1803

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE OD OGNIĄ

WOJEWÓDZTWO

SUMA UBEZPIECZENIA

Lwowskie

**POLISA** № 60.025

Zł. 1.500

Na zasadzie statutu oraz ogólnych warunków polisowych i wymienionych w polisie warunków szczególnych, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych przyjął do ubezpieczenia od ognia od W. P. Onyszkiewicz Michał funkca P.K.P.

na podstawie wniosku z dn. 23 października 1936 r. wyszczególnione na odwrotnej stronie polisy przedmioty, znajdujące się w Stawoznach wta Gbroszyn pow. Gródek Jagiello.

do wysokości sumy Zł. 1.500

Ubezpieczenie niniejsze, zawarte na czas bezterminowy, rozpoczyna się o godz. 12 w południe dn. 24 października 1936 r.

Należność roczna za ubezpieczenie wynosi

Zł. 33.24

i winna być uiszczana corocznie zgóry przed terminem początku ubezpieczenia.

Zarówno Ubezpieczającemu, jak i P. Z. U. W. przysługuje prawo wypowiedzenia listem poleconym niniejszego ubezpieczenia nie później, niż na dwa miesiące przed upływem bieżącego okresu ubezpieczeniowego.

W braku takiego wypowiedzenia ubezpieczenie uważane będzie za obowiązujące nadal.

### OBLICZENIE NALEŻNOŚCI:

Składka roczna . . . . .	Zł. 31.52
Opłata dodatkowa . . . . .	„
Polisowe i porto . . . . .	1.00
Opłata stemplowa . . . . .	0.72
Za znak . . . . .	„

Razem Zł. 33.24

Zapłacono - Zł.

Powyższą należność w sumie Zł. 33.24 wyraźnie Zł. 33.24 otrzymano

dn. 24/10/36 1936 r.

## Wstęp

Rozwój polskiego rynku ubezpieczeniowego był procesem niejednorodnym, złożonym i przebiegał etapowo. Największe jego natężenie przypadło na czas realizacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 28 lipca 1990 r. oraz jej nowelizacji z 1995 roku.

Ustawa ta stanowiła prawne podwaliny dynamicznego rozwoju oraz sprawnego funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Powyższa ustawa była również najważniejszym krokiem, jaki Polska postawiła w kierunku integracji z Unią Europejską (UE) w dziedzinie ubezpieczeń.

Pomiędzy pierwszą i obecną edycją niniejszego opracowania minął okres ponad dwudziestu lat obfitujących w wiele istotnych zmian związanych z systemem liberalizacji i globalizacji europejskiego ubezpieczeniowego rynku.

Zmiany te wywarły silny wpływ na polski rynek – zwłaszcza jego system prawno-ekonomiczny, a także rozwój świadomości klientów zakładów ubezpieczeń.

Intensywne prace nad tworzeniem spójnych, jednolitych unormowań rynku ubezpieczeń w Polsce zakończył zmianami wielu zapisów prawnych, jak też uchwalenia nowych aktów prawnych.

Prezentowana książka przedstawia przeszłość, teraźniejszość i przyszłość naszego rynku usług ubezpieczeniowych. Pojęcie ubezpieczenia oraz wszelkie towarzyszące mu elementy prezentowane są w sposób klasyczny i obejmuje te elementy, które w dotychczasowej literaturze przedmiotu (krajowej i zagranicznej) określane są, jako ubezpieczenia gospodarcze.

W sferze zainteresowań autora nie leży dział ubezpieczeń społecznych ani zarządzanie finansami przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, gdyż w sposób znaczny problematyka ta rozszerzyłaby „ramowy” zakres prezentowanej pozycji, a także znacząco zmieniałaby profil opracowania. Uważam, iż powyższe zagadnienia są tak istotne i obszerne, że należy poświęcić im odrębne monografie, które wkrótce także się ukąą.

Treści merytoryczne niniejszej monografii zawarte zostały w sześciu rozdziałach, obejmujących zagadnienia elementarne z zakresu funkcjo-

nowania rynku ubezpieczeń w Polsce. Wybór poszczególnych zagadnień, które zostały zamieszczone w opracowaniu został podyktowany doświadczeniem wynikającym z pracy dydaktycznej ze studentami. Nie miały wpływu na dobór materiału miały także wyniki badań własnych prowadzonych wśród klientów zakładów ubezpieczeń, potencjalnych klientów oraz pośredników ubezpieczeniowych.

Ważnym wydarzeniem w tym zakresie stał się fakt wprowadzenia problematyki ubezpieczeń do szkół średnich w postaci przedmiotu „przedsiębiorczość”. Tego typu inicjatywy powodują potrzebę opracowania monografii z dziedziny ubezpieczeń, zwłaszcza z zakresu podstaw ubezpieczeń, przydatnego nie tylko studentom szkół wyższych, ale także pracownikom rynku finansowego, praktykom ubezpieczeniowym, jak i uczniom szkół średnich.

Opracowanie posiada wiele przemyśleń stanowiących nowe spojrzenie na poruszane tematy. Szereg, rysunków, tabel, praktycznych przykładów i zadań oraz danych statystycznych z rynku polskiego w sposób obrazowy prezentuje omawiane zagadnienia. Opracowanie zawiera słownik pojęć ubezpieczeniowych, definiujących je zarówno w sposób klasyczny, jak i nowatorski. Ponadto w niniejszym opracowaniu w końcowej części opracowania znajduje się indeks nazwisk.

W tym miejscu chciałbym serdecznie podziękować wszystkim tym, którzy przyczynili się do powstania niniejszego opracowania, a zwłaszcza śp. dr Andrzejowi Grzebieniakowi, za udostępnienie mi swoich materiałów dydaktycznych i zgodę na ich wykorzystanie oraz Ewie Królikowskiej.

Jarosław Wenancjusz Przybytniowski

## Używane skróty

Art.	artykuł
AC	auto casco
Dz.U.	Dziennik Ustaw
Dz. Urz.	Dziennik Urzędowy
EFTA	Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu
GUS	Główny Urząd Statystyczny
GPW	Giełda Papierów Wartościowych
Itp.	I tym podobne
K.c.	Kodeks cywilny
K.m.	Kodeks morski
KE	Komisja Europejska
KNF	Komisja Nadzoru Finansowego
KNUiFE	Komisja Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych
MF	Ministerstwo Finansów
Nr	Numer
NNW	Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OC	Odpowiedzialność cywilna
OWU	Ogólne Warunki Ubezpieczeń
PBUK	Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych
PE	Parlament Europejski
PIU	Polska Izba Ubezpieczeń
PKB	Produkt Narodowy Brutto
Por	porównaj
Poz.	pozycja
Późn. zm.	późniejsze zmiany
PR	Prezydent Rzeczypospolitej
PUNU	Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń
PWE	Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne
PZU	Państwowy Zakład Ubezpieczeń
Red	Redakcja
RP	Rzeczypospolita Polska
PTE	Powszechne Towarzystwa Emerytalne

RzF	Rzecznik Finansowy
S.A.	Spółka Akcyjna
SG	Suma gwarancyjna
SN	Sąd Najwyższy
SU	Suma ubezpieczenia
Sz	szkoda
TUW	Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
Tzn.	to znaczy
UE	Unia Europejska
UFG	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
UK	Urząd Komisji
USA	Stany Zjednoczone Ameryki
WE	Wspólnota Europejska

# Rozdział 1

## Istota, funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych

### 1.1. Historia ubezpieczeń w Polsce

W Polsce przedzobiorowej brak było warunków, które sprzyjałyby rozwojowi ubezpieczeń. Specyfika sytuacji społeczno-gospodarczo-politycznej, miała istotny wpływ na niską, aczkolwiek powoli budzące się poczucie świadomości ubezpieczeniowej polskiego narodu.

W rozwoju ubezpieczeń na ziemiach polskich, zarówno gospodarczych, jak i społecznych, można zaobserwować pięć podstawowych etapów [por. Sangowski (red.), s. 1998, 28-29]:

1. Początki rozwoju ubezpieczeń,
2. Rozwój ubezpieczeń w trakcie zaborów oraz po I wojnie światowej,
3. Rozwój ubezpieczeń w latach 1918-1939 (okres międzywojenny),
4. Rozwój ubezpieczeń w latach 1952-1989 (okres PRL-u – tzw. system ubezpieczeń socjalistycznych. Oparte na przymusie ubezpieczenia i monopolu państwowym.
5. Ubezpieczenia po roku 1989 – do dziś – tzw. okres transformacji ustrojowej

W większości zaczątki organizacji ochrony ubezpieczeniowej mają za podłoże walkę z żywiołami sił przyrody, przede wszystkim z groźnymi następstwami pożaru oraz powodzi.

Korzenie pierwszych form ubezpieczeń od wypadków i zorganizowanej pomocy opartej na wzajemności sięgają w Polsce XV wieku, kiedy powstały pierwsze kasy brackie i spółki brackie na Górnym Śląsku.

Na Śląsku, w Złotym Stoku, w czasie największego rozkwitu tamtejszego górnictwa, w latach 1474-1526, istniała kasa bracka dla niesienia pomocy materialnej ubogim, chorym i niezdolnym do pracy górnikom i robotnikom.

Pierwszą historycznie udokumentowaną informacją o istnieniu instytucji będącej pierwotną formą ubezpieczenia wzajemnego można znaleźć w Ordunku Górnym, wydanym przez księcia Jana Opolskiego – 8 listopada 1528 roku. O działalności kas brackich wspomina także

Zygmunt Gloger w „Encyklopedii Staropolskiej” [Szczęśniak (red.), 2003, s. 51].

**Wiklerz gdański** z 1761 roku – kodyfikujący prawo – zawierał wiele przepisów dotyczących ubezpieczenia morskiego, dając jakby początek polskich ubezpieczeń morskich. Z ubezpieczeniami morskimi wiąże się instytucja **maklera** – pośredniczącego zawodowo w zawieraniu umów ubezpieczenia.

W okresie panowania ostatniego króla polskiego Stanisława Augusta Poniatowskiego w ramach zamierzeń dotyczących ogólnych reform kraju przygotowano projekt utworzenia zorganizowanych form ochrony ubezpieczeniowej, obejmującej zasięgiem działania cały kraj – projekt ten nie doczekał się realizacji [Banasiński, 1925, s.44]. Dopiero w okresie zaborów powstały pierwsze zakłady ubezpieczeń.

**Rok 1803**, w którym został powołany do życia socyet ogniowy miejski – Towarzystwo Ogniowe dla Miast w Prusach Południowych – uznany został umownie za początek ubezpieczeń w Polsce [Sangowski, 1996, s. 30].

W związku z utworzeniem w 1816 roku Królestwa Polskiego i ustaleniu nowych granic podziału ziem polskich pomiędzy trzech zaborców (Rosja, Austria, Prusy), losy działalności ubezpieczeniowej potoczyły się odrębnymi drogami w poszczególnych zaborach.

## 1.2. Cel i istota ubezpieczenia

### 1.2.1. Pojęcie ubezpieczenia

Analizując sens i istotę ubezpieczeń, można spojrzeć na to, jako:

1. Życie bez obaw lub
2. Życie bezpiecznie.

<b>Ubezpieczenie = bezpieczeństwo</b>
---------------------------------------

Znaczenie słowa ubezpieczenia (por.) Kowalewski, 2002, s. 18].

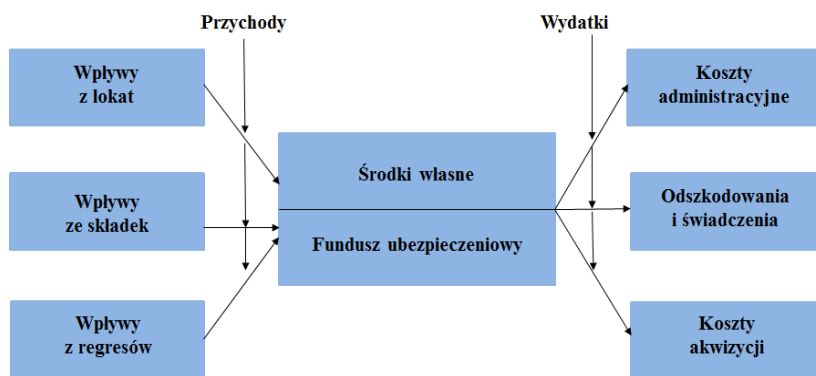
Język polski:asekuracja;

Język niemiecki:     versicherung;

Język angielski:     insurance;



**Istota ubezpieczeń** polega na przeciwdziałaniu negatywnym skutkom zjawisk losowych (zdarzeń losowych) oraz ich konsekwencji, mających niekorzystny wpływ na wyniki ludzkiej działalności, czyli na kompensacji finansowej strat – szkód, jakie powstają w wyniku wypadków ubezpieczeniowych, kompensowanych za pośrednictwem specjalnego funduszu, który tworzony jest z gromadzonych pieniędzy (składek ubezpieczeniowych) pochodzących od zagrożonych podmiotów. Natomiast, **działalność ubezpieczeniowa**, to wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych (Rysunek 1).



Rysunek 1: Model przepływów finansowych w działalności ubezpieczeniowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie istniejących przepisów prawnych.

Przez **czynności ubezpieczeniowe**, należy rozumieć:

1. Ustalanie przyczyn, jak też okoliczności powstania zdarzeń losowych.
2. Ustalanie wysokości powstałej szkody, rozmiaru odszkodowania lub/i świadczenia.
3. Ustalanie rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia.
4. Czynności prewencyjne, związane z zapobieganiem powstawania lub zmniejszenia skutku pojawienia się wypadku ubezpieczeniowego lub finansowanie działań z funduszu prewencyjnego.

Czynności, o których mowa wyżej, wykonywane przez zakłady ubezpieczeń są traktowane jak czynności ubezpieczeniowe, w zakresie, w jakim są one wykonywane w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń.

Celem ubezpieczenia jest odtworzenie możliwości zaspakajania potrzeb na poziomie sprzed wypadku ubezpieczeniowego (zdarzenia losowego) [www.e-abak.pl., styczeń 2024].

Ubezpieczenia chronią działalność człowieka przed materialnymi skutkami zdarzeń losowych (fortuitous event.) są ściśle zależne od warunków, w jakich działalność ta odbywa się, a także od tego, na czym ona polega.

Istnieją dwie możliwości zabezpieczenia się przed negatywnymi skutkami zdarzeń losowych niekorzystnie wpływających na wyniki ludzkiej działalności:

1. Samoubezpieczenie (z ang. *self insurance*), czyli indywidualne gromadzenie środków finansowych, pokrywających straty, jakie zostały spowodowane przez zdarzenia losowe (wypadki);
2. Ubezpieczenie (z ang. *insurance*) powierzenie tych zadań „komuś innemu”, czyli cedowanie finansowego ciężaru związanego z kompensowaniem przyszłych strat spowodowanych zdarzeniami losowymi profesjonalnej instytucji, która ma za zadanie gromadzenie środków finansowych na ten cel.

Według J.W. Przybytniowskiego [2019, s. 66] **ubezpieczenie** jest odpowiednią formą zabezpieczenia się przedsiębiorcy lub innej osoby przed finansowymi skutkami zdarzeń losowych, które zagrażają nie tylko działalności gospodarczej człowieka, ale także jego życiu, poprzez przekazanie środków finansowych profesjonalnej instytucji, czyli przeniesienie obowiązku sfinansowania skutków ryzyka z ubezpieczającego (z ang. *policyholder*) na ubezpieczyciela (z ang.: *insurer*) w chwili powstania zdarzenia losowego (wypadku ubezpieczeniowego) przewidzianego w umowie ubezpieczenia, w celu zapewnienia sobie pokrycia kosztów przyszłych, aczkolwiek niespodziewanych zdarzeń losowych.

Jak wiemy, ubezpieczenia istnieją już od najdawniejszych lat, wypracowały przez ten okres odpowiednie formy działania, ale do dziś istnieją spory, co do jednoznacznej definicji ubezpieczenia.

Ubezpieczenie nie doczekało się dotychczas jednolitej definicji. Tę kategorię pojęciową można definiować przy użyciu instrumentarium pojęciowego różnych nauk w zależności od bieżącego kontekstu rozważań.

**Ubezpieczenia oparte są na zasadzie rozdziału strat pojedynczych osób na większą ich grupę**, dlatego też **należało** stworzyć właściwy mechanizm do tego celu – organizację, czyli zakłady ubezpieczeń (z *ang. insurance company*) [Przybytniowski, 2022, s. 26]. Działalność taka pod względem gospodarczym i technicznym polega na wzajemności, a jej forma pod względem prawnym, jak i organizacyjnym może być różna. Zatem musi być nieświadoma lub świadoma (przymus lub dobrowolność) „przynależność” do zakładu ubezpieczeń większej liczby klientów zainteresowanych tym samym problemem (ochroną przed nieszczęśliwymi wypadkami dotyczącymi własnego mienia, zdrowia czy życia) [Przybytniowski (red.), 2002, s. 11]. Tym samym podstawowym zadaniem ubezpieczeń jest ochrona przed skutkami niepomysłnych zdarzeń **powstałych w procesach społeczno-gospodarczych**, przywracanie składników majątku trwałego do stanu pierwotnego sprzed powstania szkody, udzielanie pomocy finansowej osobom uprawnionym w postaci wypłat sum ubezpieczenia ustalonych na wypadek śmierci czy dożycia określonego wieku oraz wypłat określonego świadczenia ubezpieczeniowego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W związku z tym ubezpieczenie osobowe dotyczy tylko osób fizycznych, a ubezpieczenie majątkowe odnosi się zarówno do osób fizycznych, jak i do osób prawnych, innych podmiotów oraz jednostek gospodarczych [Sangowski, 1998, s. 200]. Mając powyższe na uwadze, **sens i istotę ubezpieczeń można rozumieć, jako pragnienie życia bez obaw lub życia bezpiecznego. Zatem ubezpieczenie to bezpieczeństwo** [Przybytniowski, 2022, s. 26].

**Ekonomia** traktuje ubezpieczenie usługę (z *ang. insurance service*), którą oferują ubezpieczyciele, realizując czynności ubezpieczeniowe.

**Prawo** definiuje pojęcie ubezpieczenie, jako stosunek prawny, z którego wynika z:

- a) umowy – (ubezpieczenie umowne – *ex contractu*) lub
- b) przepisów ustawy (ubezpieczenia ustawowe – *ex lege*).

„Ubezpieczenie to stosunek prawny, który wiąże dwie strony umowy ubezpieczenia: ubezpieczającego (podmiot chcący zawrzeć umowę ubezpieczenia) i zakład ubezpieczeń (podmiot, który przyjmuje składkę

ubezpieczeniową od ubezpieczającego za zawartą umowę ubezpieczenia) [por. K.c. art. 805 § 1 (Dz.U. 1964, Nr 16, poz. 93)].

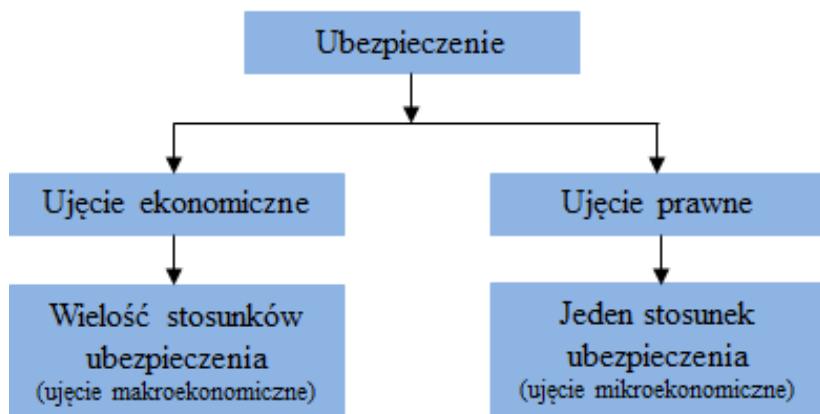
**Finanse** traktują ubezpieczenie, jako instrument finansowy, umożliwiający za niewysoką składkę ubezpieczeniową uzyskanie wysokiego odszkodowania lub/i świadczenia w sytuacji zajścia wypadku ubezpieczeniowego, które kompensuje skutki finansowe powstanie zdarzenia losowego [por. Wypycha, 1999, s. 195].

**Marketing** określa ubezpieczenie, jako produkt, czyli coś, co zaspokaja czyjeś potrzeby lub pragnienia. "Ludzie zaspokajają swoje potrzeby i pragnienia za pomocą towarów i usług", „Produkt to cokolwiek, co może znaleźć się na rynku, zyskać uwagę, zostać nabyte, użyte lub skonsumowane, zaspokajając czyjeś pragnienie lub potrzebę [Kotler, 1999, s. 7 i 400].

Natomiast **polityka społeczna** umieszcza ubezpieczenie wśród metod (technik) zabezpieczenia społecznego [Piotrowski, 1996, s. 165; Szumlich, 2005, s. 85].

Stosując terminologię **prakseologii** [Espinass, 1891, s. 168-191; Fayol, 1916, s. 5-164] i **teorii organizacji** ubezpieczenie [Pszczółowski, 1978, s. 117] możemy traktować, jako metodę, czyli sposób systematycznie stosowany.

Różne ujęcia ubezpieczenia (Rysunek 2) związane jest z interdyscyplinarnym wymiarem ubezpieczeń. Tak naprawdę trudno oddzielić społeczne znaczenie ubezpieczeń od znaczenia gospodarczego. Związane jest to z różnym podejściem do znaczenia i roli grup ubezpieczenia dla podmiotów podejmujących decyzje o przekazaniu swojego majątku lub życia, pod „opiekę” – profesjonalnej instytucji – powołanej do tych zadań (ubezpieczycieli).



Rysunek 2: Ujęcie ekonomiczne i prawne ubezpieczenia  
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Kowalewski,2002, s.19].

Definiując pojęcie ubezpieczenia pod względem zakresu przedmiotu ubezpieczenia, to:

Usługodawcami sferze ubezpieczeń są nie tylko ubezpieczyciele, działający w Polsce w dwóch formach (SA i TUW-ów), ale także pośrednicy ubezpieczeniowi [Dz.U. 2017 poz. 2486]. Jednakże, zaznaczyć należy, że pośrednicy ubezpieczeniowi są dostawcami usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego (a nie usługi ubezpieczenia).

Należy pamiętać, że ubezpieczenie należy do usługi czystej, gdyż usłudze tej nie towarzyszy żaden element materialny. Nie można wykorzystać w celach poznawczych określonych zmysłów, takich jak węch, dotyk, słuch czy smak, poza tym o niematerialności usługi ubezpieczeniowej świadczy – ochrona ubezpieczeniowa. Jest ona niedostrzegalna i powstaje ona po nawiązaniu stosunku prawnego między ubezpieczycielem a ubezpieczającym. Zakład ubezpieczeń, zobowiązuje się do zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego<sup>1</sup>.

Tym samym cechy usługi ubezpieczeniowej nie są dostrzegalne, jak w przypadku dóbr materialnych, bezpośrednio przez zmysłowe

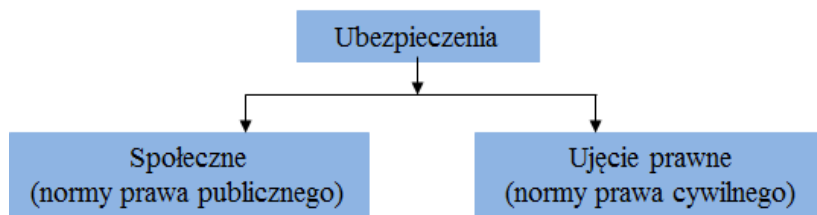
<sup>1</sup> Szerzej na ten temat w rozdziale dotyczącym „Źródło ubezpieczenia” w podrzdziale „Umowa jako źródło ubezpieczenia”

dostrzeżenie materii. W przypadku ubezpieczeń możliwe jest tylko intelektualne poznanie procesu ich powstania i zastosowania [Sangowski, 2000, s. 61].

### 1.2.2. Klasyfikacja ubezpieczeń

Najczęściej spotykanym w literaturze przedmiotu, powszechnym podziałem ubezpieczeń jest ich klasyfikacja ze względu na normy prawne (Rysunek 3):

- **ubezpieczenia społeczne** (regulowane normami prawa publicznego),
- **ubezpieczenia gospodarcze** (regulowane normami prawa cywilnego).

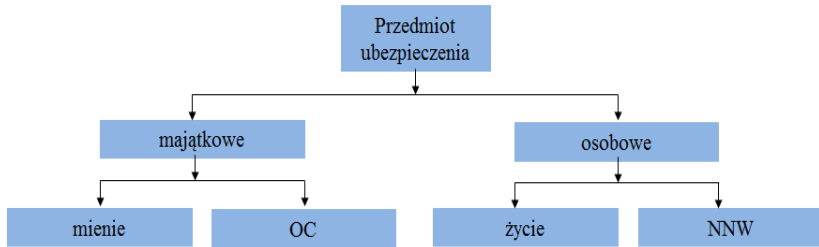


Rysunek 3: Klasyfikacja ubezpieczeń wg norm prawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązujących norm prawnych.

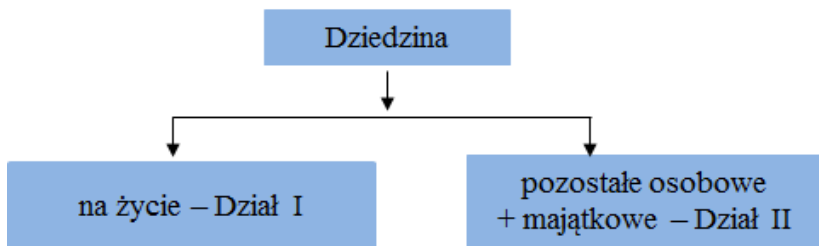
Ponadto, mając na uwadze literaturę przedmiotu z zakresu sektora ubezpieczeń – podziału ubezpieczeń gospodarczych można dokonać m.in. według następujących kryteriów:

- a) przedmiotu ubezpieczenia (osobowe – życie i zdrowie, majątkowe – mienie i odpowiedzialność cywilna (OC) oraz ubezpieczenia niemajątkowe – krzywda) (Rysunek 4),



Rysunek 4: Klasyfikacja ubezpieczeń wg przedmiotu ubezpieczenia  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązujących norm prawnych.

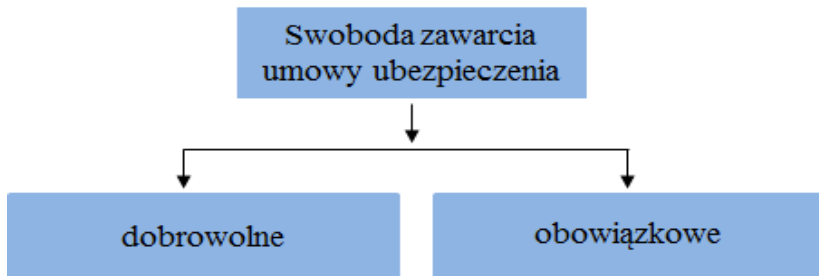
b) dziedziny (ubezpieczenia na życie – Dział I i pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz majątkowe – Dział II)<sup>2</sup> (Rysunek 5),



Rysunek 5: Klasyfikacja ubezpieczeń wg przedmiotu ubezpieczenia  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązujących norm prawnych.

<sup>2</sup> Zgodnie z przepisami K.c. ubezpieczenie to związane jest z ubezpieczeniem życia – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez ubezpieczonego oznaczonego wieku oraz następstw nieszczęśliwych wypadków.

- c) swobody zawarcia umowy ubezpieczenia (dobrowolne i obowiązkowe); (Rysunek 6),



Rysunek 6: Klasyfikacja ubezpieczeń wg przedmiotu ubezpieczenia  
Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązujących norm prawnych.

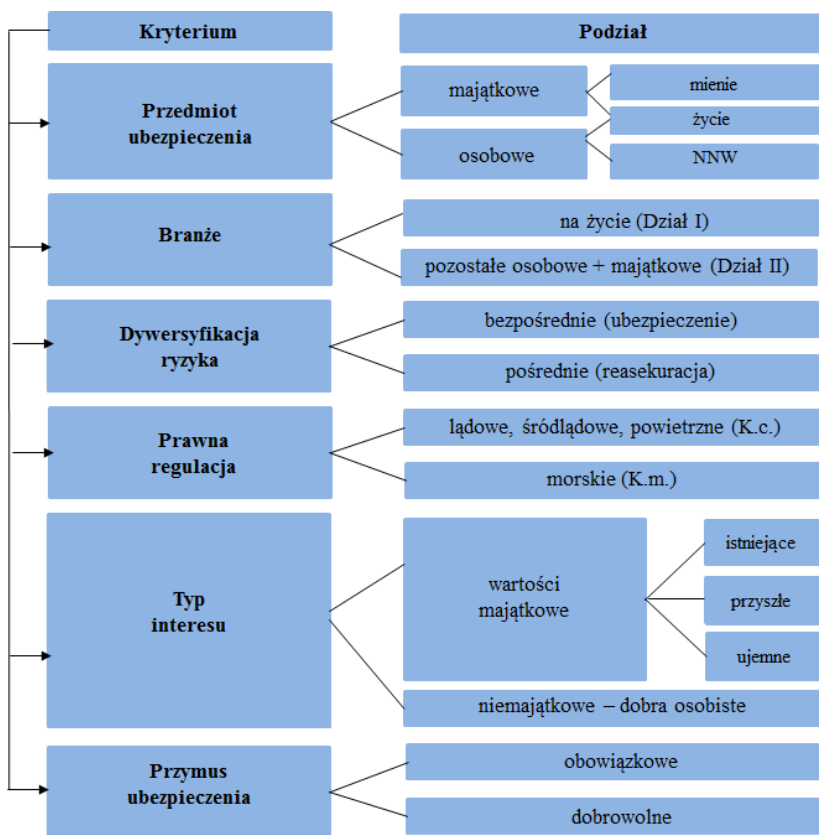
- d) rodzaju zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową,
- e) ze względu na liczbę ubezpieczonych,
- f) swobody lub braku swobody w nawiązaniu prawnego stosunku ubezpieczenia,
- g) ustawowy podział ubezpieczeń.
- h) odrębności źródeł prawnych (morskie, lądowe, śródlądowe, powietrzne),
- i) komu są oferowane (podmiot umowy ubezpieczenia: osoby fizyczne i przedsiębiorstwa (prywatne, publiczne),
- j) liczba podmiotów ubezpieczonych (jednostkowe, grupowe, zbiorowe),
- k) czas trwania umowy ubezpieczenia (krótkoterminowe, średniookresowe, długoterminowe i bezterminowe),
- l) zakres terytorialny (krajowe i zagraniczne),
- m) ze względu na podział ryzyka (bezpośrednie i pośrednie (reasekuracja i retrocesja – reasekurator dalej ubezpiecza).

W literaturze przedmiotu spotykamy różne podejścia do systematyki usług ubezpieczeniowych [por. Jedynak, 2001, s. 18]. W większości z nich zastosowano kryteria podziału odnoszące się np. do: historii powstania ubezpieczeń, liczby podmiotów określonych w umowie ubezpieczenia, zakresu przedmiotowego ubezpieczenia, formy powstania stosunku ubezpieczenia, charakteru prawnego umowy ubezpieczenia

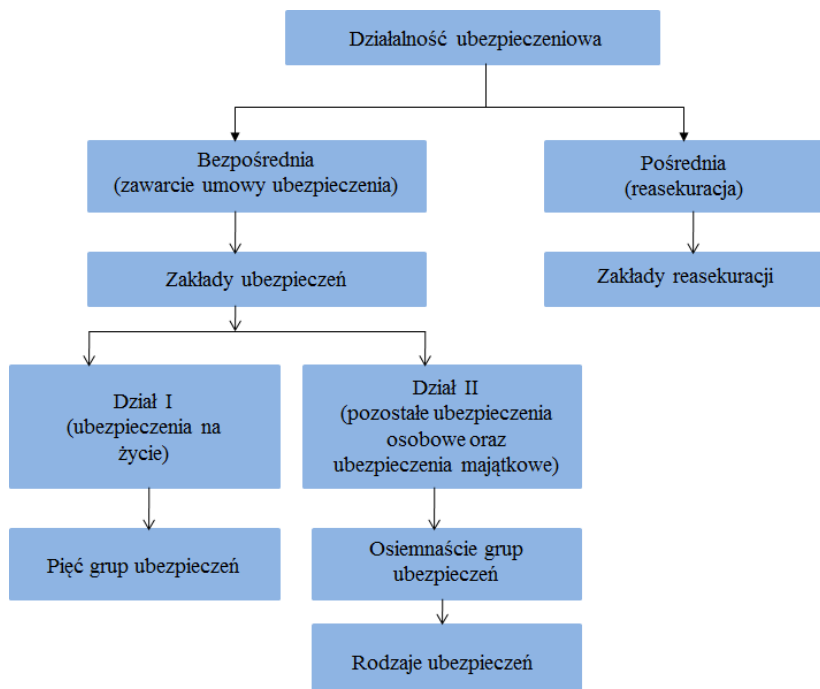


czy zakresu terytorialnego świadczonej ochrony ubezpieczeniowej [Dz.U. 2015, poz. 1844] (Rysunek 6).

Różne kryteria systematyki ubezpieczeń związane jest z interdyscyplinarnym wymiarem ubezpieczeń. Trudno oddzielić społeczne znaczenie ubezpieczeń od znaczenia ekonomicznego. Związane jest to z różnym **podejściem do roli grup ubezpieczenia** podmiotów podejmujących decyzję o przekazaniu swojego majątku lub życia pod „opiekę” profesjonalnej instytucji powołanej do tych zadań – zakładu ubezpieczeń – zarówno w Dziale I, jak i w Dziale II (Rysunek 7, 8 i Tabela 1).



Rysunek 7: Kryteria klasyfikacji ubezpieczeń Działu I i Działu II  
 Źródło: opracowanie w oparciu o aktualne przepisy prawne.



Rysunek 8: Systematyka ubezpieczeń ze względu na działalność ubezpieczeniową

Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązującego prawa ubezpieczeniowego

Tabela 1: Podstawowe różnice między umową ubezpieczenia osobowego i majątkowego wraz z ich systematyką

<b>Podstawowe różnice</b>	<b>Ubezpieczenia majątkowe</b>	<b>Ubezpieczenia osobowe</b>
Podmiot ubezpieczenia	osoby prawne, fizyczne, inne podmioty	tylko osoby fizyczne
Przedmiot ubezpieczenia	zawiera podstawowe prawa i obowiązki majątkowe osoby ubezpieczonej	obejmuje zdolność do pracy (prawa majątkowe i dobra osobiste), życie i zdrowie ubezpieczonego
Sposób wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia	istnieje charakter wymierny, czyli przywrócenie przedmiotu do stanu pierwotnego przed powstaniem szkody (szkoda częściowa) lub w pieniądzu (szkoda całkowita); występuje tu charakter zdarzenia negatywnego	istnieje charakter niewymierny; określany jest tylko w pieniądzu; występuje tu zawsze element negatywny
Suma przedmiotu ubezpieczenia	rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia	występuje tu deklarowana suma ubezpieczenia
Charakter wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia	zawsze w formie odszkodowania	zawsze w formie świadczenia pieniężnego
Czas trwania umowy ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• krótkoterminowe (poniżej jednego roku) – zielona karta.</li> <li>• średnioroczne (12. miesięczny okres umowy ubezpieczenia) – np. ubezpieczenia mieszkania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• krótkoterminowe (poniżej jednego roku) – NNW</li> <li>• długookresowe (powyżej 12 miesięcy) – ubezpieczenia posagowe</li> <li>• bezterminowe (dożywotnio – datą zakończenia umowy – to śmierć ubezpieczonego)</li> </ul>

Podstawowe różnice	Ubezpieczenia majątkowe	Ubezpieczenia osobowe
Klasyfikacja (systematyka)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozostałe osobowe (gr. 1+2)</li> <li>• autocasco (gr. 3)</li> <li>• transportowe (gr. 4 do 7, 11,12)</li> <li>• majątkowe (gr 8+9)</li> <li>• OC komunikacyjne (gr. 10)</li> <li>• OC obowiązkowe (nie ujęte w gr. 10-12)</li> <li>• finansowe (gr. 14 do 17)</li> <li>• pozostałe (gr. 18)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ubezpieczenia na życie (gr. 1)</li> <li>• ubezpieczenia posagowe (gr. 2)</li> <li>• ubezpieczenia na życie, jeśli są związane z funduszem kapitałowym (gr. 3)</li> <li>• ubezpieczenia rentowe (gr. 4)</li> <li>• ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń z grup 1-4</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie przepisów K.c. oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. [Dz.U. 2015, poz. 1844].

Inną rolę w ubezpieczeniach pełni ubezpieczenie komunikacyjne AC (autocasco), a inną rolę ma ubezpieczenie NNW kierowców dla osób podejmujących decyzje o ubezpieczeniu. Wyodrębnienie wśród ubezpieczeń różnych ich grup stanowi praktyczny wyraz ubezpieczeń oraz podejścia do formułowania definicji o ubezpieczeniu.

**Ubezpieczenie na życie**, to ubezpieczenie, którego celem jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego przez zagwarantowanie ubezpieczonym świadczeń w postaci sum ubezpieczenia ustalonych na wypadek śmierci, dożycia określonego wieku lub wystąpienia nieszczęśliwego wypadku [Szczepańska 2011, s. 86].

**Świadczenie ubezpieczenia społecznego (ubezpieczenie społeczne)**, system świadczeń pieniężnych i rzeczowych przysługujących pracownikom i ich rodzinom w razie choroby, niezdolności do pracy, starości, śmierci, macierzyństwa, lub system świadczeń zabezpieczający pracowników i ich rodziny przed ujemnymi następstwami utraty lub

ograniczenia możliwości zarobkowania, utraty żywiciela lub zwiększenia obciążeń rodzinnych (choroba, macierzyństwo, inwalidztwo, starość, śmierć, brak pracy); jedna z technik zabezpieczenia społecznego.

Według D. Jaffee'a, H. Kunreuthera, E. Michel-Kerjana [2010, s. 167-187] ubezpieczenie majątkowe (z ang. *property insurance*) dotyczy mienia albo odpowiedzialności cywilnej. Ma ono na celu pokrycie strat materialnych powstałych w wyniku szkody. Natomiast R. Klein [2009, s. 81-124] zwraca uwagę na fakt, iż podmiotem ubezpieczenia majątkowego może być zarówno osoba fizyczna, jak i osoba prawna, a przedmiotem są prawa i obowiązki majątkowe osoby ubezpieczonej. W opracowaniu J.D. Cummins, N.A. Doherty'ego oraz A. Lo [2002, s. 557-583] charakter szkody objętej ochroną ubezpieczeniową jest zawsze negatywny, szkoda wyrażana jest w pieniądzu, a suma ubezpieczenia określana jest na podstawie wartości przedmiotu ubezpieczenia<sup>3</sup>.

Zatem można powiedzieć, iż **ubezpieczenie majątkowe to rodzaj ubezpieczenia, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest mienie, którego wartość materialną można przedstawić w pieniądzu (np. mieszkanie, budynek, samochód, zwierzęta) oraz odpowiedzialność cywilna (odpowiedzialność za szkody na mieniu lub na osobie, jaką na podstawie przepisów prawa cywilnego ponosi sprawca zdarzenia, zobowiązany do ich naprawienia)**. Tym samym ubezpieczenie majątkowe jest częścią planu ubezpieczeniowego zakładu ubezpieczeń mającego na celu ochronę mienia przed stratami finansowymi powstałymi w wyniku zdarzeń losowych, np. ognia, kradzieży, włamania, zniszczenia, uszkodzenia.

Umowa ubezpieczenia majątkowego ma charakter odnawialny, a czas jej trwania wynosi zwykle jeden rok. **Potrzebą majątkową ubezpieczającego jest jego interes ekonomiczny (majątkowy), czyli pragnienie, aby jego majątek, jak też jego dochody nie uległy zmniejszeniu w następstwie zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zdarzenia**

<sup>3</sup> Po raz pierwszy w polskiej literaturze przedmiotu zamiast „wartość przedmiotu ubezpieczenia” (z ang.: *value of the subject of insurance*) zostaje wprowadzone pojęcie „rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia” (*actual value of the subject of insurance*), czyli uwzględnienie faktycznego zużycia przedmiotu w określonym czasie. Pojęcie to po raz pierwszy wprowadził Jarosław W. Przybytniowski w opracowaniu: [Przybytniowski J.W., Lenart T. (red.), 2002, s. 152] – „Słowniczek podstawowych pojęć”. Wcześniej w literaturze polskiej można było spotkać pojęcie „wartość rzeczywista ubezpieczenia”.

**losowego lub aby wypłacone odszkodowanie było w stanie sprostać jego finansowym potrzebom.** Ubezpieczający nie tylko postrzega powyższe ryzyko, ale przede wszystkim oczekuje (realizacja potrzeb), by w sytuacji pojawienia się szkody, którą obejmuje umowa ubezpieczenia (wypadku ubezpieczeniowego – z *ang.*: *insurance accident*) zakład ubezpieczenia majątkowego szybko, sprawnie i terminowo spowodował, by majątek powrócił do stanu sprzed zaistnienia szkody.

### 1.3. Funkcje ubezpieczeń gospodarczych

Zakłady ubezpieczeń majątkowych zaczynają dostrzegać nowe obszary swojej działalności, interesują się również nawiązywaniem i podtrzymywaniem trwałych kontaktów z innymi rynkami zewnętrznymi, w tym z rynkami dostawców, potencjalnych pracowników zakładów ubezpieczeń, rynkiem pośredników i rynkiem wpływowych instytucji. Rynki wewnętrzne również przykuwają uwagę ubezpieczycieli [Przybytniowski, 2022, s. 32]. Podobne podejście prezentuje tzw. szkoła nordycka, którą reprezentują E. Gummesson i Ch. Grönroos [2012, s. 479-497]. Stwierdzili oni, że najistotniejszą kwestią jest nawiązanie, zacieśnienie i rozwijanie więzi z klientami na zasadzie wzajemnych korzyści. W związku z tym dziś prawie każdy zakład ubezpieczeń majątkowych głosi, że priorytetem jego działania jest satysfakcja klienta. Czy tak jest naprawdę? Analizując funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych, należy pamiętać, iż ubezpieczenia mają charakter celowy, tzn. główne zadanie, jakie pełnią, to zaspakajanie określonych potrzeb klientów towarzystw ubezpieczeniowych.

Wokół zagadnienia funkcji ubezpieczeń powstało kilka poglądów. Śledząc literaturę z zakresu ubezpieczeń możemy napotkać wiele różnych funkcji, jakie pełnią ubezpieczenia [Sangowski, 2000, s. 75 i nast.].

Według teoretyków finansów – ubezpieczenia, to instytucja finansowa, która pełni głównie funkcje ekonomiczne, natomiast według teoretyków ubezpieczeń – ograniczanie ubezpieczeń tylko do funkcji ekonomicznej (finansowej), jest zbyt wąskim spojrzeniem na funkcjonowanie ubezpieczeń. Znaczący tego zagadnienia patrzą na ten problem szerzej i widzą ubezpieczenia w kategorii-społeczno-ekonomicznej (Rysunek 9).

**Funkcja społeczna** ubezpieczeń gospodarczych polega na stworzeniu odpowiednich warunków bezpieczeństwa dla prawidłowego funkcjonowania podmiotów gospodarczych.

**Funkcja ekonomiczna** ubezpieczeń gospodarczych polega głównie na zachowaniu bezpieczeństwa finansowego, czyli ciągłości funkcjonowania działalności gospodarczej, a także zabezpieczeniu materialnym osób ubezpieczonych wraz z ich rodzinami przed finansowo negatywnymi skutkami realizacji zdarzeń losowych.

Biorąc pod uwagę wiele teorii funkcji ubezpieczeń i różnorodnego spojrzenia na to zagadnienie, to najczęściej spotykanym w literaturze fachowej podziałem funkcji ubezpieczeń gospodarczych jest podział na funkcję):

1. Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Prewencyjno – wychowawcza.
3. Kapitałowo – redystrybucyjną.

Ponadto niektórzy autorzy wyróżniają również funkcje:

1. Rozwoju eksportu.
2. Pobudzania wzrostu gospodarczego.
3. Redystrybucji.

Spośród wszystkich wymienionych funkcji, najistotniejszą funkcją jest **funkcja ochrony ubezpieczeniowej**. Funkcja ta wyraża pełnię istoty funkcjonowania ubezpieczeń, zarówno pod względem istoty, jak i treści ekonomicznych, społecznych oraz psychologicznych. Pozostałe funkcje są skutkiem funkcji ochrony ubezpieczeniowej, choć należy pamiętać, że ze względu na treść społeczno – gospodarczą, powinny być analizowane niezależnie.

**Funkcja ochrony ubezpieczeniowej** – zakład ubezpieczeń, poprzez gotowość przejęcia na siebie materialnych skutków zdarzeń losowych, ale tylko tych, które objęte są umową ubezpieczenia – przejmuje ochronę – w sensie finansowym – uwalniając dany podmiot od ewentualnego problemu gromadzenia w sposób szybki środków finansowych na kompensowanie powstałych szkód lub ich naprawienie. Za przejęcie tych zobowiązań przez ubezpieczyciela, zagrożony podmiot zobowiązuje się do zapłacenia składki ubezpieczeniowej – w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia), która jest niewspółmiernie niska do ewentualnie wypłacanych świadczeń lub odszkodowań.

**Funkcja prewencyjno – wychowawcza** – wyraża się działaniami, jakie podmioty podejmują wraz z nakładami (ubezpieczyciel, ubezpie-

czający), w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia tych szkód oraz ich skutków.

Działania te mogą mieć charakter:

1. materialny,
2. niematerialny.

Działania materialne i niematerialne, winny wyprzedzać zwykłe wypadki losowe i przyczyniać się do ograniczania, a wręcz nawet zapobiegania konieczności kompensacji jej wysokości. Korzyści, jakie płyną z działalności prewencyjnej przynoszą korzyści zarówno dla ubezpieczonych, jak i samych ubezpieczycieli. Ilość występujących wypadków ubezpieczeniowych oraz wzrost wypłacanych odszkodowań czy świadczeń ubezpieczeniowych ponad kwoty zebranych składek mogłyby spowodować, że prowadzenie działalności ubezpieczeniowej stałoby się niemożliwe ze względu na zagrożenie niewypłacalnością. W związku z tym ubezpieczyciele podejmują wszelkie kroki prowadzące do znacznego zmniejszenia obciążeń finansowych, tak klientów firm ubezpieczeniowych, jak i samych zakładów ubezpieczeń. Do działań prewencyjnych, które mają także charakter wychowawczy stosuje się różnorodne środki techniczne, prawne czy ekonomiczne.

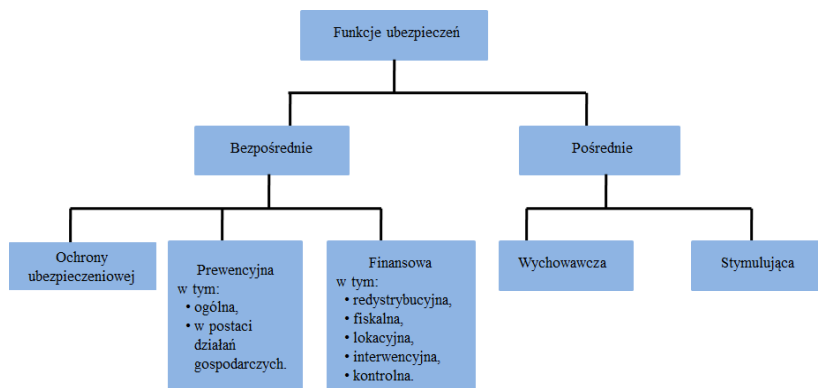
Jednym z przykładów działalności prewencyjnej przez zakłady ubezpieczeń (działania ekonomiczne), jest stosowanie zasady zniżek i zwyczaj (system *bonus – malus*), polegającej na tym, że ubezpieczający ponosi wyższe koszty w wypadku, gdy zgłosi szkodę i zostanie mu wypłacone odszkodowanie lub świadczenie, a w wypadku, gdy szkody nie zgłasza, korzysta z obniżek składek.

Innym przykładem działalności prewencyjnej, jest stosowanie wszelkich zabezpieczeń, które minimalizują powstawanie szkód, jak np. wykorzystywanie najnowocześniejszej technologii ograniczającej powstawanie zagrożeń: konstrukcje budynków, materiały ogniodporne (techniczne środki prewencji), czy stosownie określonych przepisów prawnych do poprawy bezpieczeństwa życia i zdrowia podmiotów decydujących się na ubezpieczenie lub już ubezpieczonych, a także stosowania określonych środków ochrony mienia, jak np. montaż alarmów (prawne środki prewencji).

**Kapitałowo – redystrybucyjna** (gromadzenie środków finansowych) – ubezpieczyciele wśród swoich podstawowych obowiązków, mają za zadanie gromadzenie środków finansowych w postaci funduszy.



Dzięki istnieniu systemu ubezpieczeniowego możliwy jest przepływ środków pieniężnych od ubezpieczających do poszkodowanych [Por. Pogański, 2004, s. 20]. Ponadto, ubezpieczyciele mogą przejściowo wolne rezerwy lokować w rentowne instrumenty finansowe zapewniając w ten sposób (dzięki zwrotowi z inwestycji) zwiększenie środków na świadczenia ubezpieczeniowe.



Rysunek 9: Rodzaje funkcji ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Handschke, 2001, s. 83; Sułkowska, 2001, s. 32-33; Przybytniowski, 2022, s. 33].

Prawidłowa realizacja funkcji ubezpieczeń, znacznie ułatwia realizację ochrony ubezpieczeniowej, a co za tym idzie wpływa na poczucie bezpieczeństwa klientów zakładów ubezpieczeń.

#### 1.4. Zasady ubezpieczeń gospodarczych

Przez zasady ubezpieczeń gospodarczych należy rozumieć, jako zbiór podstawowych wymagań stawianych usłudze ubezpieczenia [Handschke, 2001, s. 83]. Część tych zasad wymaga **bezwzględnego stosowania** – czyli takie, które muszą być realizowane, gdyż wiąże się to ściśle z prawidłowym funkcjonowaniem usług ubezpieczeniowych.

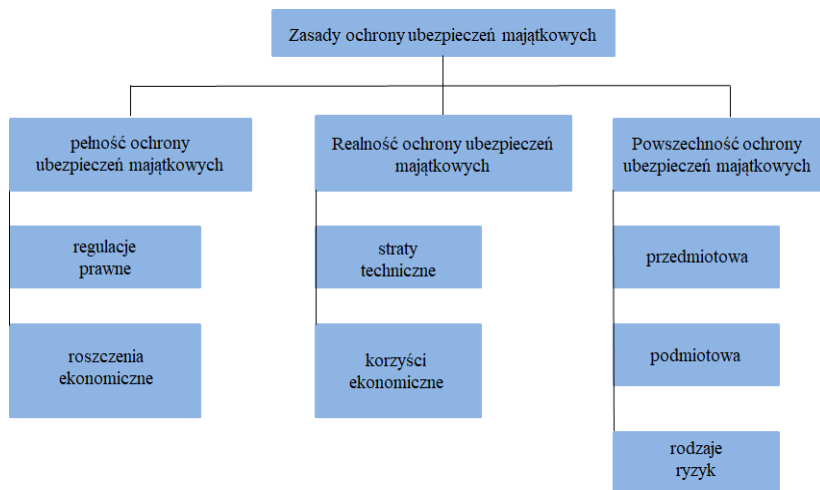
Są też zasady **względnie obowiązujące**, tzw. postulowane – czyli takie, których realizacja mogłaby doprowadzić do osiągnięcia najlepszego systemu usług ubezpieczeniowych. Stosowanie zasad względnie i bezwzględnie obowiązujących, ma uzasadnienie w sensie gospodarczego i społecznego funkcjonowania ubezpieczeń.

W literaturze przedmiotu autorzy, którzy zajmują się ubezpieczeniami [Tirole, 1988; Outreville, 1990; Maynard, 1991; Stiglitz, 1992; Wąsiewicz (red.), 1994; Sangowski, 2000; Abrams, Taylor 2000; Opolski, 2000; Monkiewicz, 2000; Handschke 2001; Łańcucki, 2003; Znaniecka, 2006; Czerwińska, 2009; Monkiewicz, 2012; Owsiak, 2015], opisują zasady określające zakres oraz szczególne cechy ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez zakłady ubezpieczeń majątkowych. Pozwalają one na:

- a) badanie zakresu, w jakim te ubezpieczenia spełniają swoje funkcje (patrz: Rysunek 8),
- b) wytyczanie kierunków intensywnego i ekstensywnego rozwoju ubezpieczeń majątkowych (w sytuacji, gdy traktowane są, jako postulaty), poprzez realizację podstawowych wymagań (zasad), czyli ustalanie finansowego poziomu ochrony ubezpieczeniowej, której zadaniem jest kompensowanie szkód losowych [szerzej: Łańcucki, 2003, s. 5].

Mają na uwadze zasady względnie i bezwzględnie obowiązujące, wynikające bezpośrednio z przepisów prawa (Art. 805 § pkt. 1 K.c.), możemy wyróżnić zasady (Rysunek 10):

1. Realności.
2. Pełności.
3. Powszechności ubezpieczeniowej,  
jak też:
  1. Terminowości wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia.
  2. Szybkości wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia.



Rysunek 10: Systematyka zasad ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Handschke, 2001, s. 83; Sułkowska, 2001, s. 53-54; Przybytniowski, 2022, s. 34].

Prawidłowa realizacja powyższych zasad znacznie ułatwia realizację ochrony ubezpieczeniowej.

#### 1.4.1. Zasada realności ochrony ubezpieczeniowej

**Realność (pewność) ochrony ubezpieczeniowej** – klient zakładu ubezpieczeń może liczyć, iż na podstawie art. 805 K.c. ubezpieczyciel wyrówna w granicach ubezpieczenia i zgodnie z obowiązującymi przepisami wszelkie straty. Do osiągnięcia realności ochrony ubezpieczeniowej wymagane są gwarancje prawne i ekonomiczne. Realność prawna ochrony ubezpieczeniowej – zapewnia klientowi instrumenty prawne na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązań przez ubezpieczycieli.

Chodzi tu głównie o:

1. Regulacje prawne precyzyjnie określające standardy (normy) świadczeń na rzecz członków wspólnoty ryzyka w sytuacji wystąpienia u nich wypadku ubezpieczeniowego (gwarancje prawne).

2. Roszczeniowy charakter świadczeń przysługujących w obrębie tego systemu (gwarancje ekonomiczne).

Ekonomiczna realność ochrony ubezpieczeniowej istnieje wówczas, gdy zasoby materialne podmiotów (ubezpieczycieli), którym powierzono ochronę zapewniają wypłatę świadczeń. Nawet najbardziej restrykcyjny system nie zdoła zapewnić spełnienia świadczeń, jeśli podmiot zobowiązany nie będzie posiadał wystarczających środków na ich realizację. Gwarancje te ubezpieczyciel zazwyczaj zapewnia poprzez gromadzenie funduszy ubezpieczeniowych, a Państwo (ustawodawca) poprzez tworzenie szeregu norm ostrożnościowych funkcjonujących w obrębie poszczególnych rozwiązań systemowych, które mają zapewnić bezpieczeństwo świadczeniobiorców.

#### **1.4.2. Zasada pełności ochrony ubezpieczeniowej**

Sprowadza się ona do sytuacji, gdy suma ubezpieczenia będzie pokrywała się z wartością przedmiotu ubezpieczenia [Łazowski, 1948, s. 91]. W tej zasadzie – naprawienie szkody obejmuje:

1. Straty, jakie ubezpieczony lub poszkodowany poniósł.
2. Korzyści, które ubezpieczony lub poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby do szkody nie doszło.

Jest ona postulatem, który wiąże ofertę ubezpieczyciela i roszczenie ubezpieczonego z rzeczywistą wartością przedmiotu ubezpieczenia. Zasad ta, nie może być obowiązkiem realizacji odszkodowań w pełnej wysokości powstałej szkody, gdyż prowadziłyby to do ograniczenia oferty ubezpieczeniowej z jednej strony, natomiast z drugiej, do zmniejszenia popytu na umowy ubezpieczenia, co wiązałoby się z niemożnością opłacenia składki ubezpieczeniowej. Jego rygorystyczne stosowanie, miałyby przełożenie na niemożność stosowania niektórych środków prewencji (np.: udziału własnego).

### 1.4.3. Zasada powszechności ochrony ubezpieczeniowej

Zasada ta jest oparta na maksymalnym rozwijaniu sektora ubezpieczeń, czyli – większym ich upowszechnianiu. Należy ją rozpatrywać w aspekcie:

1. Podmiotowym,
2. Przedmiotowym,
3. Rodzajów ryzyk objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela.

Zasadę tą nie należy traktować, jako absolutyzmu. Jest to związane z tym, że nie każdy podmiot chce zawrzeć umowę ubezpieczenia (posiadać ochronę ubezpieczeniową) w stosunku do posiadanych przedmiotów i wszystkich zagrażających im ryzyk. Ma natomiast prawo wyboru czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Zasada ta zawiera wskazanie, aby zakłady ubezpieczeń i proponowane umowy ubezpieczenia zabezpieczyły każdej zainteresowanej osobie możliwość korzystania z ochrony ubezpieczeniowej w miarę potrzeb, czyli w odniesieniu do jego faktycznych potrzeb [por. Sangowski, 2000, s. 94].

Reasumując można powiedzieć, że zgodnie z tą zasadą każdy podmiot zamierzający ograniczyć ryzyko poprzez ubezpieczenie powinien mieć taką możliwość.

Czynnikami wpływającymi na powszechność ochrony ubezpieczeniowej są:

1. Poziom świadomości ubezpieczeniowej.
2. Stosowany przymus w ubezpieczeniach obowiązkowych.

Niewątpliwie istotna sprawa jest również dostosowanie produktów ubezpieczeniowych przez zakłady ubezpieczeń do potrzeb klientów.

### 1.4.4. Inne zasady ubezpieczeń

Według W. Warkała [1949, s. 14] ubezpieczenie polega na uczestniczeniu wielu ubezpieczonych w przeciwnościach losu, jakie dotknęły kilku nieszczęśliwców. To lapidarne stwierdzenie odnoszące się do istoty ubezpieczeń wskazuje w trafny sposób na leżący u podstaw ubezpieczeń podział niebezpieczeństw, a konkretnie na repartycję materialnych skutków zaistniałych zdarzeń losowych pomiędzy ubez-

pieczonych, którym dane zdarzenia zagrażają (**zasady: terminowości i szybkości wypłaty odszkodowania**). Z samej istoty ubezpieczenia wynika konieczność ubezpieczania się klientów, którzy zagrożeni są tymi zdarzeniami. Tylko dzięki ubezpieczonym, na których opiera się istota ubezpieczenia, możliwa jest „pulweryzacja” czy „atomizacja” [por. Warkało, 1949, s. 14] szkód poprzez ich rozłożenie na wszystkie osoby należące do tej zbiorowości – **zasada solidarności ubezpieczeniowej**. Daje to możliwość ekonomicznego zrównoważenia szkód, które są kompensowane przez zakład ubezpieczeń [Łazowski, 1934, s. 15-16].

**Zasada ustalania składki ubezpieczeniowej.** W pierwszej kolejności należy wyjaśnić pojęcia, które charakteryzują tę zasadę.

**Składka** (z ang.: *premium*), to świadczenie pieniężne, które ubezpieczający jest obowiązany zapłacić ubezpieczycielowi za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ciągu okresu ubezpieczenia. Natomiast **stopa składki** (z ang.: *premium rate*), to liczba jednostek pieniężnych przypadających na każde 1 000 lub 100 jednostek pieniężnych sumy ubezpieczeń (w ujęciu rocznym, w promilach lub w procentach), a przez **taryfę składek** (z ang.: *premium tariff*), należy rozumieć uporządkowany zbiór stóp składek odpowiadający wszystkim typowym rodzajom (przedmiotom i niebezpieczeństwom), występującym w danym rodzaju ubezpieczenia, **wraz z rabatami (bonusami) odliczanymi od składki oraz z malusami (dodatkami) doliczanymi do składki**.

**Składka brutto** (z ang.: *gross premium*) – łączna suma składek taryfowych od ogółu osób chcących zawrzeć umowę ubezpieczenia (ubezpieczających się) za cały okres obrachunkowy.

**Składka netto** (z ang.: *net premium*, tzw. składka sprawiedliwa) – suma składek brutto, która jest pomniejszona o koszty administracyjne (ubezpieczeń), o koszty tworzenia rezerw, akwizycji i inne związane z działalnością ubezpieczyciela.

**Składka przypisana netto** (z ang.: *net written premium*) – to składka zarobiona na udziale własnym zakładu ubezpieczeń (po uwzględnieniu kosztów reasekuracji).

**Koszty administracyjne** (z ang.: *administration costs*) – wydatki ubezpieczyciela wynikające z zarządzania wspólnotą ubezpieczeniową, plus wydatki związane z obciążeniami publicznymi na rzecz instytucji nadzorujących, finansowania funduszy gwarancyjnych, itd. Zasadniczą pozycję stanowią przy tym koszty osobowe ubezpieczyciela.

**Koszty akwizycji** (z ang.: *acquisition costs*) – koszty sprzedaży polis ubezpieczeniowych wynikające ze stosowanych kanałów sprzedaży, agresji rynkowej, wysokości stosowanych prowizji dla pośredników, itd.

**Koszty bezpieczeństwa i działań prewencyjnych** (z ang.: *security and prevention costs*) – **koszty bezpieczeństwa** związane są z gromadzeniem funduszu bezpieczeństwa przeznaczonego na pokrycie niekorzystnych odchyłeń w przebiegu zdarzeń losowych, które nie były przewidziane przy kalkulacji składki czystej; dodatek ten przeznaczony jest na odkładanie, a nie bezpośrednie zużycie w ciągu jednego okresu ubezpieczeniowego; dodatek ten może także służyć pokryciu zwiększonych ponad przyjęty poziom kosztów administracyjnych lub kosztów akwizycji; **koszty działań prewencyjnych** służą finansowaniu przedsięwzięć mających na celu ograniczenie częstości lub skali występujących szkód. **Zysk** (z ang.: *cost*) – zapewnia ubezpieczycielowi stopę zwrotu z wyłożonego kapitału.

**Ustalanie stopy składki netto w ubezpieczeniach na życie (długoterminowych)** – opiera się na regule równowagi składek i świadczeń. Jednak należy to rozumieć inaczej niż w ubezpieczeniach majątkowych. W związku z tym, że różnica w terminach płatności składek i wypłaty świadczeń może wynosić wiele lat, fakt ten musi być uwzględniany w operacjach finansowych zakładu ubezpieczeń. Dlatego regułę równowagi składek i świadczeń należy rozumieć, jako **wartość, którą posiadają składki i świadczenia płatne w przyszłości na określony dzień, najczęściej początek okresu ubezpieczenia (wartość teraźniejsza)**.

W związku z tym, że ubezpieczenia na życie mają **charakter długoterminowy**, a wielkość wypłat rocznych świadczeń **uzależniona jest od liczby wypadków śmierci w grupie ubezpieczonych osób**, składki wpłacane przez ubezpieczających do ubezpieczyciela na pokrycie przyszłych świadczeń **tworzą czasowo wolny fundusz (rezerwy), który jest lokowany**.

Kalkulacje w ubezpieczeniach na życie (długoterminowych) oparte są na **dwóch podstawowych elementach**:

1. Prawdopodobieństwie śmierci ubezpieczonych osób w ciągu rocznego okresu.
2. Wysokości technicznej stopy procentowej.

**Pierwszy element** oparty jest na tzw. **tablicach długości trwania życia**, które pozwalają ustalić tempo wymierania osób ubezpieczonych

(np. ile osób spośród 1000 ubezpieczonych umrze w kolejnych latach trwania ubezpieczenia).

**Drugi element** opiera się na tzw. **wysokości technicznej stopy oprocentowania**, która pozwala ustalić realną wartość wpłacanej składki w dniu wypłaty świadczenia lub obecną wartość wypłacanego w przyszłości świadczenia. Innymi słowy, umożliwia porównanie realnej wartości składki i świadczeń, mimo wielu lat, jakie mogą dzielić te dwa zdarzenia.

Przykład:

1. Zakład ubezpieczeń przyjął techniczną stopę oprocentowania na poziomie **5%** w skali roku.
2. Umowa została zawarta na okres jednego roku. Suma ubezpieczenia wynosi – **1 000 PLN**, a wiek ubezpieczonej 40 lat.
3. Liczba dożywających wieku **40 lat** ( $l_x$ ) – wyniosła – **96 663** osoby.
4. Liczba osób zmarłych w wieku **40 lat** ( $d_x$ ) – wyniosła – 169 osób.

Ile wyniesie składka netto w ubezpieczeniu na wypadek śmierci kobiety?

**Rozwiązanie:**

Zakładamy, że liczba ubezpieczonych osób „ $l_{40}$ ” – wynosi –96663, tj. – tyle ile stanowi liczba żyjących kobiet podana w tablicy.

Ogólny zbiór składki wyniesie wtedy:

$$S = 96663 \times s$$

gdzie:  $s$  – składka netto od jednej osoby.

Według danych (tabela trwania życia) w ciągu roku nastąpił zgon **169 osób**. Dlatego ogólna przewidywana suma świadczeń wyniesie:

$$O = 169 \times 1000$$

Ponieważ wypłata świadczeń następuje z zasady nie na początku okresu ubezpieczenia, lecz w okresie późniejszym (przyjmijmy dla uproszczenia, że całkowita suma świadczeń jest płatna w końcu roku), zdyskontowana wartość świadczeń na początek okresu ubezpieczenia wyniesie:



$$O = 169 \times 1000 \times v$$

gdzie:  $v$  – czynniki dyskontujący, który przy przyjętej technicznej stopie oprocentowania w wysokości 5% w pierwszym roku wyniesie – **0,95238**.

Zgodnie z zasadą równowagi składek i świadczeń (według ich wartości na początek okresu ubezpieczenia):

$$S = O$$

czyli:

$$96663 \times s = 169 \times 1000 \times 0,95238$$

więc:

$$s = 1,67$$

W ubezpieczeniu na wypadek śmierci 40. kobiety zawartym na okres **jednego roku** i sumę ubezpieczenia **1000 PLN** składka netto wyniesie około **1,67 PLN**.

W **ubezpieczeniach na życie przy kalkulacji składki obowiązuje**, podobnie jak w ubezpieczeniach majątkowych, zasada równoważności składek i świadczeń. Jednak ze względu na okres ubezpieczenia (zwykle ponad rok) może pojawić się znaczna różnica w terminach płatności składek i wypłat świadczeń, co musi znajdować swój wyraz w sposobie kalkulacji składki czystej. W tej sytuacji zasada równowartości składek i świadczeń jest rozumiana, jako równość wartości wniesionych składek oraz oczekiwanych wypłat świadczeń w przyszłości, obliczony na dany moment. Jest nim zazwyczaj początek okresu ubezpieczenia.

**Dyskonto** – wykorzystuje się koncepcję dyskonta do prowadzenia porównywalności wartości wniesionych składek ubezpieczeniowych oraz oczekiwanych wypłat świadczeń.

**Wartość ubezpieczenia** – zdyskontowana wartość składek oraz odpowiadająca jej wartość oczekiwanych wypłat świadczeń.

Kalkulacja składki czystej w długoterminowych ubezpieczeniach na życie jest oparta na dwóch kluczowych elementach:

1. Uśrednionemu za cały okres ubezpieczenia ryzyka śmierci ubezpieczonego.
2. Oczekiwanej stopie zwrotu z lokat dokonywanych przez zakład ubezpieczeń w okresie trwania umowy ubezpieczeniowej (tzw. techniczna stopa oprocentowania).

**Ryzyko śmierci ubezpieczonego**, wyznaczają trzy podstawowe elementy: wiek, płeć i stan zdrowia.

Podstawową cechą, która z punktu widzenia techniki ubezpieczeniowej wyróżnia ubezpieczenia Działu I (na życie) wśród ubezpieczeń gospodarczych jest tworzenie w ubezpieczeniach na życie **rezerwy matematycznej** na przyszłe zobowiązania. Tworzenie tej rezerwy ma związek z tym, że ryzyko zmienia się z wiekiem osoby ubezpieczonej narażonej na szkodę z umowy ubezpieczenia.

O ryzyku śmierci decydują:

1. Wiek, płeć i stan zdrowia (a niekiedy także tryb życia), łącznie decydują o ryzyku śmierci, dlatego mają zasadniczy wpływ na wysokość składki.
2. Stopa procentowa, jaką prawdopodobnie zakład ubezpieczeń będzie mógł uzyskać z lokat, czyli składki nadpłaconej w okresie ubezpieczenia (tzw. stopa techniczna oprocentowania).

**Rezerwa matematyczna** w ubezpieczeniach na życie **nie jest własnością zakładu ubezpieczeń, ale jest własnością ubezpieczonych**. Odzwierciedla ona zobowiązania zaciągnięte wobec ubezpieczonych, z tym że wykonanie tego zobowiązania może nastąpić nie tylko w razie zrealizowania się ryzyka objętego ubezpieczeniem, ale w każdym czasie, gdy ubezpieczający zechce wycofać swoje wkłady.

Jest oczywiste, że opłacanie tak wysokiej składki w starszym wieku byłoby niemożliwe. W związku z tym w klasycznym ubezpieczeniu stosuje się jednolitą składkę przez cały okres ubezpieczenia lub przez pewien tylko okres, np. do wieku 60 lub 65 lat, tj., gdy dysponuje się na ogół większymi zasobami finansowymi. W ten sposób ubezpieczeni w początkowym okresie „nadpłacają” składkę (płacą za dużą składkę), natomiast w końcowym okresie „niedopłacają” bądź nawet są zwolnieni z opłaty składki.

Nadpłacona składka, która tworzy **rezerwę matematyczną**, wyrównuje niedopłaconą składkę w późniejszym okresie.

**Ważne:** rezerwa matematyczna – nie występuje w ubezpieczeniach majątkowych i innych osobowych.

Statystyki wykazują, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni i różnica ta w Polsce wynosi niespełna 8 lat. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka chłopca wynosi bowiem 68,83 lat, a dziewczynki 77,49 lat. Jeszcze większe różnice występują, gdy porównujemy prawdopodobieństwo śmierci w ciągu roku mężczyzn i kobiet w tym samym wieku. Na przykład prawdopodobieństwo śmierci w ciągu roku mężczyzny w wieku 50 lat wynosi 0,01040, podczas gdy prawdopodobieństwo śmierci kobiety w tym samym wieku jest blisko trzy razy mniejsze i wynosi 0,00392.

**Ryzyko-składka** (z *ang.*: *risk-premium*) odpowiada części składki netto na pokrycie świadczeń z tytułu ryzyka śmierci w danym roku. Jednak prawdopodobieństwo śmierci człowieka w każdym następnym roku wzrasta, więc i ryzyko-składka powinna odpowiednio rosnąć. Szczególnie uciążliwe stawałoby się to w chwili zbliżania się do wieku określonego w umowie ubezpieczenia (np. w ubezpieczeniu na dożycie), dlatego w praktyce stosuje się jednolity poziom składki czystej przez cały okres ubezpieczenia. Oznacza to, że ubezpieczający w pierwszym okresie nadpłaca składkę netto ponad aktualne ryzyko, aby w późniejszym okresie nie dopłacać. Wysokość składki netto jest w latach początkowych trwania ubezpieczenia wyższa niż wymaga tego rzeczywiście ryzyko wniesione do wspólnoty niebezpieczeństwa.

**Składka oparta na systemie repartycji** – (z *ang.*: *bonus based on repatriation system*) dokonuje się pełnego rozłożenia szkód, jakie wystąpiły w danym czasie we wspólnocie ryzyka

Zalety:

1. Pozwala ubezpieczycielowi na pełne rozłożenie w czasie kosztów na uczestników wspólnego ryzyka.
2. Nie występuje u ubezpieczyciela ryzyko cenowe.

Wady:

1. Nie daje ubezpieczającemu możliwości równomiernego rozłożenia kosztów ubezpieczenia w czasie.
2. Podmioty przystępujące do ubezpieczenia na podstawie systemu repartycji składki narażone są na wahania kosztu ubezpieczenia.
3. Brak możliwości zamiany ryzyka na znany ciężar ekonomiczny pozwalający na włączenie tego ciężaru do rachunku ekonomicznego.

**Składka stała** – (z ang.: *fixed premium*) cena ubezpieczenia jest stała i znana w momencie podpisania umowy ubezpieczenia.

Zalety:

1. Ubezpieczający przed podjęciem decyzji o ubezpieczeniu zna jego koszt, co umożliwi mu pełne włączenie kosztu ryzyka do rachunku ekonomicznego, a w konsekwencji uwzględnienie kosztu ubezpieczenia w kalkulacji cen na produkowane wyroby i świadczenia.
2. Szkodowość ubezpieczyciela w danym przedziale czasowym nie wpływa na wysokość składek płaconych bieżąco przez ubezpieczających.

Wada:

1. Występuje ryzyko składki u ubezpieczyciela (w przypadku strat istnieje konieczność finansowania jej ze środków własnych ubezpieczyciela).

**Składka oszczędnościowa** (z ang.: *savings premium*) stanowi nadwyżkę (rezerwę) na wyrównanie przyszłego wzrostu ryzyka śmierci. Nadwyżka ta tworzy tzw. rezerwę matematyczną, która jest odkładana i wraz z dochodami z lokat tworzy rezerwy ubezpieczeń na życie. **Proporcje między ryzyko-składką i składką oszczędnościową zmieniają się wraz z upływem okresu ubezpieczenia** (Rysunek 14).

Kalkulacja wysokości składek ubezpieczeniowych powinna mieć na względzie trzy złote reguły ubezpieczeniowe:

1. Równowagę składki i świadczenia. – oznacza konieczność zagwarantowania równowagi pomiędzy funduszem ubezpieczeniowym i wypłatami świadczeń i odszkodowań; reguła nie przesądza o charakterze repartycji obciążeń na poszczególnych członków wspólnoty ryzyka
2. Proporcjonalności składki i świadczenia. – oznacza konieczność zachowania odpowiedniej relacji pomiędzy składką a oczekiwanym świadczeniem ubezpieczeniowym.

3. Równowartości składki i świadczenia – inaczej zasada składki sprawiedliwej – oznacza konieczność zapewnienia właściwej relacji między obciążeniem finansowym członków wspólnoty ryzyka a rozmiarami ryzyka wniesionego przezeń do wspólnoty ubezpieczeniowej.

Podsumowując powyższe rozważania i uzasadniając realizację wspomnianych powyżej zasad ubezpieczeń, bezpośrednio związanych z bezpieczeństwem ekonomicznym, prawnym i społecznym klienta, nie można pomijać istotnych finansowych konsekwencji, które wynikają z dystrybucji umów ubezpieczeń majątkowych. Ma to związek z faktem, iż ubezpieczenia te realizują różne zadania finansowe, z czego niektóre z nich są oczywistym finansowym skutkiem działalności ubezpieczeniowej ubezpieczycieli, polegającej na gromadzeniu i podziale funduszu ubezpieczeniowego.

**Kalkulacja składek w ubezpieczeniach krótkoterminowych** (majątkowych i pozostałych osobowych) opiera się na założeniu:

suma składek czystych (S) za dany okres ubezpieczenia określonego zbioru ryzyk = oczekiwana suma odszkodowań (O) za szkody wynikłe w tym zbiorze,  
czyli:

$$S = O \text{ (reguła równowagi składek i odszkodowań)} \quad (1)$$

Przyjmując założenia, że:

- 1) wszystkie ryzyka są ubezpieczone na jednakową sumę,
- 2) została zachowana reguła równowagi składek i odszkodowań,
- 3) każdy wypadek ubezpieczeniowy powoduje szkodę całkowitą,
- 4) jednostkowa suma ubezpieczenia wynosi „ $u$ ”,
- 5) stopa składki netto wynosi „ $s$ ”,
- 6) liczba obiektów wynosi „ $N$ ”,
- 7) prawdopodobieństwo „ $p$ ” wypadku ubezpieczeniowego w każdym ryzyku jest w przybliżeniu takie samo (zostało ono wyznaczone statystycznie na podstawie badania częstości występowania wypadków ubezpieczeniowych w przeszłości),

czyli:

$$S = s \times u \times N \quad (2)$$

Natomiast oczekiwana suma odszkodowań i świadczeń za szkody wynikłe w tym zbiorze (O) będzie równa:

$$O = p \times u \times N \quad (3)$$

Opierając się na regule składek i odszkodowań:

$$S = O$$

mamy:

$$s \times u \times N = p \times u \times N$$

czyli:

$$s = p \quad (4)$$

stopa składki czystej (**s**) musi być równa prawdopodobieństwu zajścia wypadku ubezpieczeniowego (**p**)

**jest to przekształcona forma równania podstawowego warunku zachowania równowagi finansowej ubezpieczyciela**

Wskaźnik szkodowości sumy ubezpieczenia i jego elementy:

Wskaźnik szkodowości sumy ubezpieczenia (**t**)

$$(t) = Q/U_N \quad (5)$$

gdzie:

**Q** – suma wszystkich wypłaconych odszkodowań i świadczeń danego okresu.

**U<sub>N</sub>** – suma ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych obiektów danego okresu.

**Elementy szkodowości sumy ubezpieczenia:**

1. Częstość wypadków ubezpieczeniowych (**c**):

$$(c) = n/N \quad (6)$$

gdzie:

$\underline{n}$  – liczba wypadków ubezpieczeniowych.

$\underline{N}$  – liczba ubezpieczonych obiektów.

Wskaźnik ten informuje, jak wiele z ubezpieczonych obiektów (ryzyk) uległo w danym okresie wypadkom ubezpieczeniowym, jeśli  $N$  jest duże, to „ $c$ ” jest w przybliżeniu równe prawdopodobieństwu wypadku ubezpieczeniowego „ $p$ ”.

## 2. Częstość roszczeń ( $c_p$ )

$$(c_p) = m/N \times 1\ 000 = c \times r \times 1\ 000 \quad (7)$$

gdzie:

$\underline{c}$  – częstość wypadków ubezpieczeniowych,

$\underline{r}$  – rozszerzalność wypadków ubezpieczeniowych,

$\underline{m}$  – liczba obiektów zniszczonych i uszkodzonych przez wypadki ubezpieczeniowe.

$\underline{N}$  – liczba ubezpieczonych obiektów.

Wskaźnik ten informuje, ile przeciętnie roszczeń przypada na każde 1000 umów ubezpieczenia.

## 3. Rozszerzalność wypadków ubezpieczeniowych ( $r$ ):

$$(r) = m/n \quad (8)$$

gdzie:

$\underline{m}$  – liczba obiektów zniszczonych i uszkodzonych przez wypadki ubezpieczeniowe.

$\underline{n}$  – liczba wypadków ubezpieczeniowych.

Wskaźnik ten informuje, ile obiektów uległo przeciętnie zniszczeniu lub uszkodzeniu wskutek jednego wypadku ubezpieczeniowego, np. w ubezpieczeniach ogniowych, komunikacyjnych.

4. **Intensywność pojawiania się wypadków ubezpieczeniowych (i)**  
(stopień uszkodzenia lub zniszczenia):

$$(i) = Q/u_m \quad (9)$$

gdzie:

**Q** – suma wszystkich wypłaconych odszkodowań i świadczeń danego okresu.

**u<sub>m</sub>** – suma ubezpieczenia obiektów dotkniętych przez wypadki ubezpieczeniowe.

Wskaźnik ten informuje, w jakim stopniu obiekty te zostały przeciętnie uszkodzone lub zniszczone.

5. Wskaźnik wartościowy (W):

$$(W) = [u_m/m] // [U_N/N] \quad (10)$$

gdzie:

**u<sub>m</sub>** – suma ubezpieczenia obiektów dotkniętych przez wypadki ubezpieczeniowe.

**m** – liczba obiektów zniszczonych i uszkodzonych przez wypadki ubezpieczeniowe.

**U<sub>N</sub>** = suma ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych obiektów.

**N** – liczba ubezpieczonych obiektów.

Wskaźnik ten informuje, czy zniszczeniu lub uszkodzeniu wskutek wypadków ubezpieczeniowych ulegają obiekty bardziej czy mniej wartościowe od przeciętnej sumy ubezpieczenia.

6. Wskaźnik szkodowości finansowej(wszf):

$$wszf = Q/S \times 100\% \quad (11)$$

gdzie:

**Q** – suma wszystkich wypłaconych odszkodowań i świadczeń danego okresu.

**S** – zebrana składka.



Wskaźnik ten informuje, jaki % składki zostaje zużyty na wypłatę odszkodowań i świadczeń.

Przykład zadania:

Na podstawie danych statystycznych ustalono, że na terenie województwa świętokrzyskiego, ubezpieczonych było:

1.  $N = 100\ 000$  samochodów na ogólną sumę ubezpieczenia  $U_N = 2\ 000\ 000\ 000$  PLN.
2. Zebrano składkę w wysokości  $S = 140\ 000\ 000$  PLN.
3. W ciągu roku nastąpiło  $n = 2500$  wypadków, które zniszczyły lub uszkodziły  $m = 5500$  samochodów.
4. Łączna suma ubezpieczenia zniszczonych lub uszkodzonych samochodów wyniosła  $u_m = 165\ 000\ 000$  PLN, a ustalone i wypłacone odszkodowanie  $Q = 99\ 000\ 000$  PLN.

**Obliczyć wskaźniki:** C; Cr; R; I; W; T; WSZF

**Rozwiązanie:**

Dane:

- 1)  $N = 100\ 000$
- 2)  $U_N = 2\ 000\ 000\ 000$
- 3)  $n = 2\ 500$
- 4)  $m = 5\ 500$
- 5)  $u_m = 165\ 000\ 000$
- 6)  $Q = 99\ 000\ 000$
- 7)  $S = 140\ 000\ 000$

Procedura obliczania:

- 1) Częstość wypadków ubezpieczonych (c):

$$(c) = n/N = 2500/100\ 000 = 0,025$$

czyli: na każde **100 ubezpieczonych samochodów** w tej grupie – występuje **2,5 wypadków**.

- 2) Częstość roszczeń (c<sub>r</sub>):

$$(c_r) = m/N \times 1000 = 5500/100\ 000 \times 1000 = 0,055 \times 1000 = 55$$

$$(c \times r \times 1000 = 0,025 \times 2,2 \times 1000 = 55)$$

czyli: na każde **1000 ubezpieczeń** przypada **55 roszczeń**.

3) Rozszerzalność wypadków ubezpieczeniowych (r):

$$(r) = m/n = 5500/2500 = 2,2$$

czyli: w każdym wypadku zostają **zniszczone lub uszkodzone 2,2 samochody**.

4) **Intensywność pojawiania się wypadków ubezpieczeniowych (i)**  
(stopień zniszczenia):

$$(i) = Q/u_m = 99\ 000\ 000/165\ 000\ 000 = 0,6$$

czyli: przeciętnie zniszczenie lub uszkodzenie **obejmuje 60% wartości samochodów**.

5) Wskaźnik wartościowy (W):

$$(W) = [u_m/m] / [U_N/N] = [165\ 000\ 000/5500] / [2\ 000\ 000\ 000/100\ 000] = 1.5$$

czyli: wypadkom ulegają samochody o **wartości 50% wyższej niż przeciętna suma ubezpieczenia**.

6) Wskaźnik szkodowości sumy ubezpieczenia (t):

$$(t) = Q/U_N = 99\ 000\ 000/2\ 000\ 000\ 000 = 0,495$$

czyli: wskaźnik szkodowości sumy ubezpieczenia wynosi 4,95%).

7) **Wskaźnik szkodowości finansowej (wszf):**

$$wszf = Q/S = 99\ 000\ 000/140\ 000\ 000 \times 100\% = 70,71\%$$

czyli: **70,71% składki zostaje zużyta na wypłatę odszkodowań i świadczeń**.

Pytania kontrolne:

1. Na czym polega Ordunek Górny?
2. Na czym polega Wiklerz gdański?
3. Co jest istotą i celem ubezpieczenia?
4. Na czym polega ujęcia prawne, a na czy polega ujęcie ekonomiczne ubezpieczenia?
5. Na czym polega ubezpieczenie majątkowe, na życie i społeczne?  
Podać różnice.
6. Co to jest ubezpieczenie komunikacyjne i jakie są jego rodzaje?
7. Co to są funkcje ubezpieczeń i jakie są rodzaje?
8. Co to są zasady ubezpieczeń i jakie są rodzaje?
9. Na czym polega zasada solidarności ubezpieczeń?
10. Na czym polega funkcja ochrony ubezpieczenia?
11. Na czym polega różnica między zasadą pełności a realności ubezpieczeń?
12. Co to jest składka ubezpieczeniowa?
13. Na czym polega zasada ustalania składki ubezpieczeniowej?
14. Na czym polega kalkulacja składki ubezpieczeniowej na życie?
15. Na czym polega kalkulacja składki w ubezpieczeniach majątkowych?
16. Na czym polegają reguły ubezpieczeniowe?



## Rozdział 2

# Zarządzanie ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej

### 2.1. Ryzyko działalności zakładu ubezpieczeń

Ryzyko jest zjawiskiem powszechnym, czyli każdy uczestnik rynku jest na nie narażony. Ponadto od dziesiątków lat obserwujemy wzrost ryzyka związanego z głównymi zmiennymi rynkowymi: kursem walutowym, stopami procentowymi, cenami surowców. Zmniejszenie przewidywalności tych zmiennych jest skutkiem postępującej deregulacji największych gospodarek światowych. W świecie, w którym ceny i kursy przestały być jawnie kontrolowane przez instytucje rządowe lub międzynarodowe, zarządzanie ryzykiem staje się nieodzownym elementem działalności gospodarczej. Jednak ze względu na wysoki koszt oraz wymaganą specjalistyczną wiedzę, na stworzenie systemu zarządzania ryzykiem pozwolić sobie mogą jedynie przedsiębiorstwa duże.

#### 2.1.1. Sfery i kategorie zagrożeń celów

Poglądy, jakie spotykamy w literaturze przedmiotu na temat ryzyka można ująć w dwa nurty [Kowalczewski (red.), 2002, s. 360]. Pierwszy z nich związany jest z teorią podejmowania decyzji, drugi natomiast z zarządzaniem ryzykiem. O ile pierwszy wprowadza rozróżnianie sytuacji decyzyjnych, z których sytuacja ryzyka jest najpowszechniej występującą oraz wykorzystanie rozkładu prawdopodobieństwa do szacowania pojawiających się pewnych zdarzeń, to drugi akcentuje możliwość chybienia celu w związku z podjętym działaniem, gdzie eksponuje się skutki ryzyka i ujmuje go, jako możliwość nieskutecznego działania, z punktu widzenia założonego celu, ale również, jako możliwość wykorzystania szansy, czyli otrzymania wartości, której nie brano pod uwagę rozpoczynając działanie. Oba nurty łączy problem niepewności związany z niebezpieczeństwem podjęcia nietrafnych

decyzji, niepowodzenia w biznesie i niezgodności z celem nadrzędnym, przyjętym przez organizację. Mówiąc o ryzyku w perspektywie dłuższego okresu, mamy na myśli zagrożenia płynące z realizacji polityki makroekonomicznej państwa. Z kolei ryzyko w krótszym okresie może być związane z sytuacją rynkową lub działaniem firm konkurencyjnych [Filipiak-Dylewska, Szewczuk, 2000, s. 202].

Sytuacja ekonomiczna podmiotów gospodarczych i gospodarstw domowych uzależniona jest w znacznej mierze zarówno od szczęścia, fartu jak i od doświadczeń losu, nieszczęść, tragedii, które je dotykają. Ubezpieczenia zajmują się właśnie tą drugą stroną, stroną zagrożeń w realizacji celów podmiotowych i osobistych. Ubezpieczenie uniezależnia nas od finansowych skutków ślepego losu. Zagrożenia dotyczą sfery:

1. Dóbr osobistych (np. ryzyko utraty zdrowia, życia).
2. Aktywności operacyjnej (np. ryzyko utraty pracy).
3. Zasobów materialnych (np. ryzyka związane z posiadaniem nieruchomości, zapasów).
4. Odpowiedzialności materialnej (cywilnej) związanej w obrębie podmiotów gospodarczych z prowadzoną przez nich działalnością i posiadanymi zasobami.

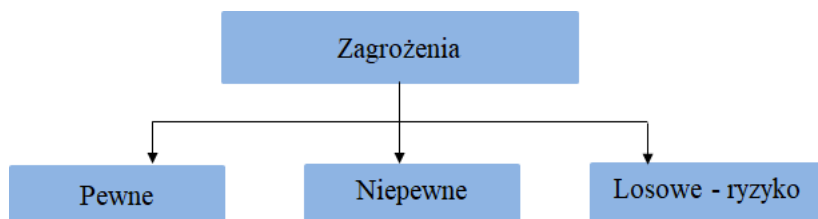
Przedsiębiorstwo i gospodarstwo domowe podejmują decyzje w warunkach zagrożenia realizacji stojących przed nim funkcji. Swoje problemy decyzyjne rozwiązują w różnych sytuacjach – warunkach. Ze względu na rodzaj informacji będących podstawą decyzji nie sposób jest nie przywołać w tym miejscu francuskiego ekonomistę i statystyka J. Mothes [1972, p. 211], który wyróżnia cztery sytuacje decyzyjne [por. Ignasiak, 2001, p. 276]:

1. Deterministyczne, w których na skutki wpływają jedynie parametry całkowicie określone.
2. Niepewne, gdy wpływ na skutki mają parametry niepewne, których zmian nie można przewidzieć, decyzje podejmuje się wtedy w sytuacji (lub przestrzeni) niepewnej.
3. Losowe – sytuacje, których zmiany mogą być w pewnym sensie przewidziane, tzn., gdy ich parametry mają znane rozkłady prawdopodobieństwa, decyzje podejmuje się wówczas w sytuacji (lub przestrzeni) losowej.
4. Konfliktowe – zachodzące wówczas, gdy wśród parametrów wpływających na skutki podejmowanych decyzji, istnieją parametry

częściowo kontrolowane przez przeciwników (np. konkurencyjna walka o udział w rynku).

Zdaniem P.F. Druckera [1974] wykorzystywanie szans tkwiących w otoczeniu zapewnia przedsiębiorstwu osiągnięcie sukcesu. Menedżer podejmujący decyzje w warunkach ryzyka i niepewności powinien koncentrować się na maksymalizacji sytuacji dodatkowych, uzupełniających, a przede wszystkim – przełomowych, a nie na unikaniu ryzyka.

Sytuacje decyzyjne przedsiębiorstwa i gospodarstwa domowego opisują parametry, czyli wielkości dane oraz wielkości, które należy ustalić, zwane zmiennymi decyzyjnymi. W tych sytuacjach decyzyjnych zagrożenia są wielkościami danymi, czyli parametrami. Zatem możemy powiedzieć, że na sytuację decyzyjną wpływają zagrożenia [Zawadzak, 2000, p. 196] (Rysunek 11): pewne, niepewne i losowe – ryzyko.



Rysunek 11: Klasyfikacja zagrożeń w sytuacjach decyzyjnych  
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Zawadzak, 2000, p. 196].

Zagrożenia pewne, to zazwyczaj takie, które stanowią normalną kolej rzeczy w określonej sytuacji, są z reguły nieuchronne. Wywierają one największy wpływ na zachowania przedsiębiorstw i gospodarstw domowych. Należą do nich m.in. takie zdarzenia jak starość (tzn. zakładanie wystąpienia okresu emerytalnego po okresie aktywności ekonomicznej) oraz śmierć. Gospodarstwa domowe uwzględniają je w swych zachowaniach konsumpcyjnych bazując na przekonaniu mającym swe źródło w doświadczeniu życiowym. Potrzeby okresu starości, na który muszą zaoszczędzić w fazie aktywności ekonomicznej, mogą być ustalane w oparciu o bilansowe modele deterministyczne. W rezultacie dochody gospodarstw dzielone są na konsumpcję bieżącą

i oszczędności, czyli konsumpcję przyszłą. Jest to fakt obserwowany przez statystykę i przyjmowany do rozważań ekonomistów, jako hipoteza cyklu życia. Statystyka (w tym również polska) potwierdza, że dochody gospodarstw domowych okresu aktywności i emerytalnego oscylują wokół relacji 1:1. Przy założeniu w zachowaniach, iż coś wystąpi z prawdopodobieństwem równym 1, oznacza, że traktuje się to, jako pewność. Statystyka potwierdza, że społeczeństwo, jako całość, (co nie oznacza, iż jest to postawa absolutnie każdej rodziny) w procesie planowania i zabezpieczania konsumpcji na okres emerytalny stosuje metody odpowiadające sytuacjom deterministycznym. W decyzjach gospodarstw jest to problem przezorności. Jest to również problem dla państwa, które stwarza różne obligatoryjne lub postulowane wzorce zachowań dla swych obywateli by nie dopuścić do tego, aby nieprzezorne jednostki egzystowały poniżej określonych linii uznanych za minima, generując różne kwestie społeczne.

**Zagrożenia pewne** – dożycie starości i śmierć – przekształcane są w losowe poprzez określenie zgonu, jako zdarzenia o oszacowanym prawdopodobieństwie wystąpienia lub niewystąpienia w określonym przedziale czasu.

Z **zagrożeniem niepewnym** mamy do czynienia wówczas, jeśli nieznanne jest prawdopodobieństwo wystąpienia określonych zdarzeń. Podejmujący decyzję podmiot nie zna prawdopodobieństw, z jakimi występują poszczególne zdarzenia. Dążąc do racjonalizacji swych zachowań przekształca on niepewność na ryzyko i następnie dokonuje wyboru w warunkach ryzyka. W tej sytuacji musi on określić prawdopodobieństwo wystąpienia różnych zjawisk. Innym sposobem zamiany niepewności na ryzyko jest przyporządkowanie poszczególnym zdarzeniom własnych wag [zob. Czarny, Nojszewska, 2000, p. 383].

Z zachowaniem w warunkach **zagrożeń losowych** mamy do czynienia wówczas, kiedy decyzja dotyczy zdarzeń, które mogą wystąpić z określonym prawdopodobieństwem.

Charakter sytuacji losowych mają np.: utrata mienia w wyniku kradzieży, długość dalszego trwania życia, nieszczęśliwy wypadek.



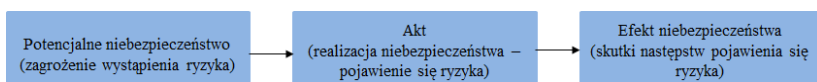
### 2.1.2. Pojęcie i istota ryzyka

Już około 3200 lat p.n.e. w dolinie Tygrysu i Eufratu, mieszkańcy tych terenów służyli radą ludziom, którzy podejmowali ryzykowne (niepewne) decyzje. Natomiast Rzymianie i Grecy „patrzyli” na ryzyko w kontekście związków pomiędzy stanem zdrowia a zmianami w środowisku. Pierwszymi znanymi nazwiskami, które możemy spotkać w literaturze opisującej zjawisko ryzyka – byli: Hipokrates, który w IV wieku p.n.e. dostrzegł związki pomiędzy zmianami w stanie zdrowia a uwarunkowaniami zewnętrznymi, natomiast Vitruvius (I wiek p.n.e.) dostrzegł zagrożenia wyływające z ołowiu. W erze nowożytnej – pierwsze wzmianki na temat ryzyka pojawiły się w XVI wieku. Agricola opisał wpływ pracy w kopalni na zdrowie górników. W początkowym okresie „dyskusja” na temat pojawiania się ryzyka odnosiła się głównie do aspektu wpływu czynników zewnętrznych na stan zdrowia. Dopiero w wieku XVII, zaczęto dostrzegać istotę ryzyka w innych dziedzinach nauk. Można przyjąć, że publikacja teorii prawdopodobieństwa francuskiego matematyka i fizyka B. Pascala w opracowaniu „*De l’esprit géométrique—de l’art de persuader*” w 1657 roku, dała zielone światło dla innych naukowców w tym: E. Halleya, P.S. de La Place i J. Evelyn do głębszej analizy istoty ryzyka. Ten pierwszy w 1693 r. opracował tablice długości życia. Pierre S. de La Place w 1792 r. [La Place, 1902, p. 86] roku rozwinął prototyp nowoczesnych metod ilościowej analizy ryzyka z szacowaniem prawdopodobieństwa śmierci i/lub przeżycia z zastosowaniem szczepionki przeciwko ospie lub bez jej użycia. Trzeci wymieniony badacz – obserwując środowisko i stan zdrowia mieszkańców Londynu, stwierdził, że dym i smog są przyczynami chorób płuc, a ponadto udowodnił wpływ sadzy na pojawianie się choroby raka płuc u kominiarzy [Booshehrian, Möller, Peterman, Munzner. 2012, p. 1235-1244].

Istotny przełom w analizie istoty ryzyka na funkcjonowanie gospodarki nastąpił w okresie tzw. „rewolucji przemysłowej” – okres rozwoju formacji kapitalistycznej, kiedy pieniądź zaczął odgrywać istotną rolę w rozwoju gospodarek narodowych. Powszechne używanie pieniądza, spowodowało stosowanie metod matematycznych w odniesieniu do kategorii ryzyka i prawdopodobieństwa [Knight, 1921], a opublikowane w tym okresie pierwsze tablice długości życia, stały się przełomem

metodologicznym w naukach matematycznych, zwłaszcza dla firm ubezpieczeniowych w odniesieniu do kalkulacji składki w ubezpieczeniach na życie [Michalski, Karmańska, Śliwiński, 2004, s. 249].

Słownik Webstera definiuje ryzyko (z *ang.*: *risk*, z *franc.* *risque*, z *niem.* *risiko*), jako „zagrożenie, niebezpieczeństwo, wystawienie na stratę lub szkodę” [zob.: Brigham, Gapenski, 2000, s. 892]. Czy ta definicja odpowiada rzeczywistości? Nie do końca, gdyż niebezpieczeństwo, jak prezentuje to w swojej publikacji T. Michalski [2000, s. 20] jest jednym z elementów ryzyka (Rysunek 12).



Rysunek 12: Fazy pojawienia się niebezpieczeństwa

Źródło: Opracowanie na podstawie [Michalski, 2000, s. 20].

Można przyjąć, że ryzyko jest zagrożeniem, gdyż stan faktyczny może być gorszy niż oczekiwany. Jeżeli przyjmiemy za prakseologią, iż ludzie kierują się w swym działaniu celami, jako przyszłymi, antycypowanymi stanami uznanymi za pożądane, możemy skonkludować, że ryzyko to zagrożenie ich celów, które stają się w efekcie istnienia ryzyka stanami niepewnymi, ale o określonym prawdopodobieństwie zajścia.

Możliwość określenia rozkładu prawdopodobieństwa jest warunkiem sklasyfikowania danego zagrożenia, jako ryzyko ubezpieczeniowe. Brak znajomości prawdopodobieństwa zajścia określonego zdarzenia w konsekwencji uniemożliwia obliczenie składki ubezpieczeniowej. Zakład ubezpieczeń w zależności od oszacowanego prawdopodobieństwa zajścia określonego zdarzenia, powinien mieć możliwość ustalenia składki.

Słowo ryzyko pochodzi od starowłoskiego *risicare* (z *ang.*: *risk*), które oznacza „odważyć się”. W tym sensie ryzyko jest raczej wyborem, a nie nieuchronnym przeznaczeniem [Bernstein, 1997, p. 322]. Do dnia dzisiejszego – pojęcie to jest niełatwe w zrozumieniu, stwarzając wokół siebie wiele kontrowersji ze względu na jego określenie, jak i pomiar.

Mimo wszystko, warto dla zrozumienia tegoż pojęcia dokonać systematyzacji rozumienia pojęć ryzyka i niepewności oraz określenia relacji zachodzących między nimi [Nahotko, 2001, s. 37-39].

Podejście charakterystyczne dla myśli ekonomicznej – postrzega ryzyko, jako przyczynę realnych zdarzeń, faktów lub zjawisk społeczno-ekonomicznych [zob. Denenberg, 1964, p. 379-458; Kowalewski, 2006, ss.24-26; Šimák, 2006, p. 153; Handschke, Monkiewicz, 2010, p. 542].

Istotnym etapem w rozwoju nowoczesnej teorii ryzyka było odniesienie przez A.H. Willetta [1951, p. 6] do stopnia niepewności wystąpienia określonego skutku, a nie do stopnia prawdopodobieństwa jego nastąpienia oraz dokonany przez F. Knighta [1921, p. 388] podział niepewności na mierzalną i niemierzalną. Niepewność mierzalna określona została, jako ryzyko a niemierzalna, jako niepewność *sensu stricte*.

$$\text{ryzyko} = \text{niepewność} \times \text{niepożądany efekt} \quad (12)$$

$$\text{ryzyko} = \frac{\text{niebezpieczeństwo}}{\text{śroki zapobiegawcze (prewencja)}} \quad (13)$$

Wynika z tego, że:

1. Ryzyko można zmniejszyć przez zastosowanie środków zapobiegawczych lub innej formy ochrony przed rzeczywistymi zagrożeniami;
2. Ryzyko nie może być zerowe;
3. Świadomość ryzyka powoduje zmniejszenie się pojawienia ryzyka.

Odmienne zdanie w definiowaniu ryzyka posiadał J. Sinkey [1992, p. 391]. Definiował on ryzyko, jako niepewność związaną z jakimś zdarzeniem lub dochodem w przyszłości, a niepewność odzwierciedla nieoczekiwane zmiany wydarzeń. Kolejnym naukowcem, który badał istotę ryzyka był W.A. Rowe [1977, p. 24]. Jego zadaniem „ryzyko jest możliwością urzeczywistnienia się czegoś niepożądanego, negatywną konsekwencją pewnego zdarzenia”.

Inną definicję prezentuje L.N. Tepnan [2002, p. 20], który utożsamiał ryzyko, jako niebezpieczeństwo, że przedsiębiorca poniesie straty w zasobach lub uzyska dochody mniejsze od tych, na które liczył.

Przykładem odmiennego definiowania ryzyka są prace K.J. Arrow'a [1978, p. 93-96]. W swoich rozważaniach uznał on ryzyko za jeden z wymiarów niepewności i zrezygnował ze szczegółowego definiowania tych pojęć. Często używał obydwu terminów zamiennie. Niepewność zdefiniował przy tym, jako stan umysłu danej osoby, rezygnując z określania związku między tym stanem umysłu a rzeczywistym prawdopodobieństwem losowych zdarzeń. Zupełnie inny kierunek rozważań wybrali autorzy przełomowego artykułu „*The Cost of Capital, Corporation Finance and the Theory of Investment*” M.H. Millera i F. Modigliani [1958, p. 261-297]. Choć początkowo wydawali się utożsamiać ryzyko z niepewnością, podobnie jak czynił to K.J. Arrow [1978, p. 93-96], to z ich późniejszych rozważań wynika, że pod obydwoma terminami rozumieli ryzyko probabilistyczne.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że nie można stworzyć jednolitej kompleksowej definicji ryzyka. W związku z tym ryzyko może przybrać:

- 1) różny sens definiowania i tu możemy wyróżnić [Zachorowska, 2006, s. 58]:
  - a) możliwości – wynik działania nie zawsze jest zgodny z oczekiwaniami, gdzie może wystąpić nieuzyskanie zamierzonych efektów działalności gospodarczej (np. poniesienie niezamierzonych strat) lub powstanie różnic związanych z efektami działania, z tym, że, w tym wypadku różnice te podlegają prawu wielkich liczb oraz mogą być przewidziane za pomocą rachunku prawdopodobieństwa;
  - b) niepewność przewidywania zdarzeń w przyszłości, wynika z niepewności i niedokładności danych statystycznych w oparciu, o które dokonuje się przewidywania przyszłości,
  - c) działanie, gdzie następuje angażowanie środków materialnych oraz pomysłowości w celu pokonania groźby odchylenia ujemnego od oczekiwanego rezultatu. W tej sytuacji niepewnością będzie ewentualność powstania ujemnych i dodatnich odchyień od tego rezultatu,
  - d) sytuację, gdzie przyszłych warunków gospodarowania nie można przewidzieć z całą pewnością. W tym wypadku znany jest rozkład prawdopodobieństwa występowania tych warunków,

- e) zmienność oczekiwanych przeszłych wpływów z projektowanego przedsięwzięcia,
  - f) miary niepewności przyszłych dochodów. W tym wypadku ryzyko i dochód powinny być postrzegane łącznie, np. przy wyznaczaniu ceny akcji,
  - g) funkcję dwóch zmiennych prawdopodobieństwa niepowodzenia i wielkości straty. Może być to rozumiane, także, jako funkcję ilości i jakości dostępnych informacji o procesach gospodarczych i społeczno-politycznych, stopnia zmienności oraz sprzeczności wewnętrznych i zewnętrznych warunków działania.
- 2) różne grupy ryzyka i tu spotykamy podział ze względu na:
- a) źródła powstania ryzyka – niepewność informacji lub podjęta decyzja, która nie jest optymalna ze względu na założony cel,
  - b) przejawy ryzyka – to odchylenie od wartości oczekiwanej założonego celu,
  - c) miary probabilistyczne lub statystyczne – prawdopodobieństwo subiektywne zdarzeń jednorazowych, lub takich, które w ogóle nie miały miejsca,
  - d) teorii rozpoznawania obrazów – dyskretna miara wykorzystująca teorię rozpoznawania obrazów i stowarzyszony z tą miarą koszt,
  - e) kategorii decyzji podejmowanych dla realizacji określonych celów, gdzie niepewność jest związana z przyszłymi wydarzeniami lub wynikami decyzji. Wyniki decyzji prowadzą do wystąpienia niespodziewanej wysokości samej straty bądź straty lub zysku,
  - f) teorii niezawodności, jako własności obiektu określoną przez jego zdolność do spełnienia stawianych mu wymagań.

Pojęciu ryzyka nadaje się różne znaczenie. Wiele podejść teoretycznych ma charakter dyskusyjny.

P.U. Kupsch w swoim opracowaniu „*Risiken als Gegenstand der Unternehmenspolitik*” [1975, p. 153-159], podjął próby zdefiniowania pojęcia ryzyka wprowadzając różnice pomiędzy ryzykiem formalnym i materialnym. Jeżeli chodzi o ryzyko materialne – to definiował je, jako niebezpieczeństwo poniesienia straty, i jako takie możemy spotkać w naukach ekonomicznych, jak i prawnych. Pojmowanie w ten sposób ryzyka, jako kategorii niebezpieczeństwa utraty czegoś jest spojrzeniem jednostronnym, ukierunkowanym na możliwe skutki, a nie stwierdzenie przyczyn tego zjawiska. Natomiast ryzyko formalne interpretował, jako

mierzalną niepewność, która wywodzi się z niepewności zaistnienia określonego zdarzenia, jako źródła i odpowiada możliwości ubezpieczenia tego ryzyka, gdyż tylko prawdopodobieństwo zaistnienia pewnych zdarzeń może być skwantyfikowane. W teorii ubezpieczeń, przewidywalność ryzyk jest, bowiem fundamentem nowoczesnych ubezpieczeń [Hadyniak, Monkiewicz, 2010, p. 542].

Z kolei I. Pfeffer [1956, p. 42] uznaje, iż **ryzyko jest kombinacją elementów hazardu i jest mierzone prawdopodobieństwem, niepewność zaś jest mierzona przez poziom wiary**. Według niego *ryzyko jest stanem świata, niepewność jest stanem umysłu*. Hazard jednak nie jest jedynym elementem ryzyka. Ryzyko jest pojęciem skomplikowanym zależnym od wielu czynników, wśród których, obok hazardu, bardzo ważną rolę odgrywa niebezpieczeństwo. Te dwa elementy uważane są za główne czynniki, tzw. faktory ryzyka, które wpływają na poziom jego natężenia. Warunkuje to ich olbrzymią przydatność w praktyce ubezpieczeniowej – w procesie kwalifikacji ryzyka ubezpieczeniowego [cyt. więcej: Śliwiński, 2002, s. 274].

Mając na uwadze literaturę w zakresie zarządzania, bezpieczeństwa i ekonomii, można zauważyć, że terminowi „ryzyko” przypisuje się treść zawężoną w stosunku do pojęcia „niepewność”, ze względu na:

- a) operowanie jedynie w stosunku do strat,
- b) gdy potencjalną stratę, która wynika z podejmowanego działania, można skwantyfikować.

Ryzyko ma charakter wymierny, co oznacza, że podejmując konkretne działanie można stwierdzić, jaka potencjalna strata mu zagraża, a warunkiem określenia potencjalnej straty, jest, zgodnie z zasadą – ustalenie prawdopodobieństwa jej wystąpienia. Prawdopodobieństwo to można ustalić, np.: na podstawie doświadczeń podmiotów gospodarczych, w oparciu o opinie ekspertów, uzyskanych danych statystycznych, jak też z własnych, wcześniejszych (realizacji takich samych lub podobnych) doświadczeń [por. Sudoł, 2002, s. 19-111]. Podobny pogląd na definicję ryzyka zaproponowali M.J. Gardner i D.L. Mills [1988, s. 212]. Opisują oni ryzyko, jako odchylenie od oczekiwanego poziomu dochodu. Podobną definicję ryzyka zaprezentowali K. Jajuga i T. Jajuga [1998, s. 99]. Według nich ryzyko to możliwość wystąpienia takiego efektu działania, które jest niezgodne z oczekiwaniami, a odchylenie od zakładanego rezultatu może mieć charakter negatywny,

jak i pozytywny. Podobny sposób myślenia o ryzyku, zdefiniował Marshall [por. 2001, s. 24]. Jego zdaniem ryzyko to możliwość zajścia zdarzeń losowych albo niekorzystnych trendów, które powodują przyszłe straty albo wahania w przyszłym poziomie dochodu. W ten typ definicji wpisał się M. Szemraja [2006, s. 4] z Polskiej Akademii Rachunkowości, który opisuje ryzyko, jako mierzoną w kategoriach następstw i prawdopodobieństwa możliwość wystąpienia zdarzeń, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych, które mogą mieć wpływ na osiągnięcie zamierzonych celów.

Kolejnym sposobem podejścia do definicji ryzyka jest próba wskazania przyczyny tego zjawiska. Wyróżniają się tu definicje, według których za przyczynę ryzyka uznaje się braki w kompletności i dostępności informacji [Thlon, 2013, s. 20]. Definicję ryzyka, która bazuje na tym kryterium zaproponował E. Kreim [1988, p. 45]. Według tego autora, ryzyko oznacza, że na skutek niepełnej informacji podejmowane są decyzje, które nie są optymalne z perspektywy przyjętego celu. W ten typ definicji wpisał się R. Holscher [1987, p. 10]. Stwierdził on, że ryzyko to zagrożenie nieosiągnięcia zakładanego poziomu zysku spowodowane posiadaniem niepełnej informacji. Problematyka niedoskonałości informacji, jaką posiadają uczestnicy związani z procesem zarządzania przedsiębiorstwem, jest zagadnieniem występującym w teorii ekonomii, tym samym, nie należy się dziwić, że pojawia się, jako główna przyczyna występowania ryzyka [por. Thlon, 2013, s. 20].

Przedstawione powyżej rozważania (poglądy i stanowiska) na temat istoty ryzyka, ukazują jak skomplikowana jest ta kategoria i jak trudno jest jednoznacznie zdefiniować to pojęcie. Musimy jednak pamiętać, że ryzyko w warunkach gospodarki rynkowej jest zjawiskiem powszechnym i obiektywnym. Jednak, w zależności od dziedziny gospodarki – ryzyko w różnym stopniu jest odczuwalne. Związane jest to z faktem, że gospodarka w warunkach rynkowych sukcesywnie się zmienia – dokonuje się coraz to nowych inwestycji, które są istotnym warunkiem prawidłowego rozwoju poszczególnych gospodarek świata. A pamiętać należy, że w chwili podejmowania decyzji inwestycyjnych – brak jest jednego (właściwego) systemu, który gwarantowałby – pewne i kompletne informacje, które najczęściej mają charakter retrospektywny.

Podział ryzyk w przedsiębiorstwie:

1. **Ryzyko produkcyjne** (z ang.: *production risk*), w tym:
  - a) ryzyko zniszczenia, uszkodzenia, ubytku, kradzieży – dotyczy: urządzeń produkcyjnych, zapasów, wyrobów gotowych i w trakcie produkcji, kradzieży paliwa,
  - b) ryzyko osobowe – dotyczy: dostępności personelu, jego fachowych umiejętności i integralności personelu kierowniczego, a także pracowników produkcyjnych,
  - c) ryzyko przerwy w produkcji – powoduje straty w przychodach i zyskach, dotyczy: obowiązku zapłacenia odszkodowania za szkody powstałe wskutek działalności produkcyjnej, płynące z samych produktów, lub braku działalności produkcyjnej, a także za szkody wyrządzone środowisku,
  - d) ryzyko strategiczne – dotyczy możliwych strat z tytułu wyboru lub realizacji złej strategii przedsiębiorstwa, błędnej oceny politycznych uwarunkowań, stosowania przestarzałej technologii.
2. **Ryzyko logistyczne** (z ang.: *logistics risk*), w tym:
  - a) ryzyko planowania – dotyczy miejsca produkcji, analizy i oceny użytkowników, wyłączenia i przeniesienia pewnych podstawowych działów produkcji,
  - b) operacyjne ryzyko logistyczne – wynika z niedoskonałości bieżącego zarządzania, które jest ukierunkowane na zaopatrzenie, produkcję lub zbycie towarów (dystrybucję),
  - c) ryzyko w kontaktach z dostawcami – dotyczy asortymentu towarów, ich ilości, cen, know-how,
  - d) ryzyko transportu – możliwość wystąpienia szkód, opóźnień w dostawie oraz sposób, długość, kompleksowość i jakość transportu, a także brak właściwej oceny tego ryzyka ze strony kontroli wewnętrznej,
  - e) ryzyko magazynowania – szczególnie w przypadku składowania przez długi okres,
  - f) ryzyko kosztów magazynowych – dotyczy optymalnych wielkości magazynowania towarów, które pozwolą utrzymać koszty na możliwie niskim poziomie.
3. **Ryzyko w badaniach i rozwoju** (z ang.: *R&D risk*), w tym:
  - a) ryzyko technologiczne – dotyczy niepewności, co do szansy wykorzystania w przyszłości pewnych nowych rozwiązań technologicznych z powodów np. prawnych,



- b) ryzyko rynkowe – odnosi się do braku pewności, czy w ogóle uda się sprzedać efekty badań (np. nowe produkty niezwyfikowane jeszcze przez rynek),
- c) ryzyko produktów, projektów i procesów obarczonych błędnymi rozwiązaniami, nieprawidłowymi konstrukcjami,
- d) ryzyko braku ochrony prawnej nowych rozwiązań lub produktów.

**Istota ryzyka** (z ang.: *essence of risk*) jest z jednej strony rezultatem niepewności, jakiej doznaje decydent podejmujący decyzje, a z drugiej wartości kapitału, jaki jest zaangażowany w jej realizację. Tym samym między tymi dwoma zjawiskami istnieje ścisły związek, bowiem kategorie te dotyczą chronologicznie i alternatywnie następujących po sobie faz tego samego procesu decyzyjnego.

Zdaniem K.J. Arrowa [1986, p. 93-96] ryzyko jest funkcją niepewności; im większy zakres niepewności, tym większe ryzyko i odwrotnie. Gdy zmniejszają się czynniki niepewne i nieokreślone – zmniejsza się także ryzyko. Wynika z tego, że niepewność wpływa na zachowania decydenta przez ryzyko, którego jest źródłem. Tym samym widzimy, że tam, gdzie nie ma niepewności nie ma również ryzyka. Powinniśmy jednak pamiętać, że ryzyko wzrasta razem z wielkością kapitału zaangażowanego w podejmowane przedsięwzięcie [Jędralska, 1992, s. 16-17]. Stosunek do ryzyka i niepewności, może mieć również uwarunkowania kulturowe.

Holenderski socjolog G. Hofstede [1998, p. 5-21] badając zachowania wynikające z różnic kulturowych, jako jeden z wymiarów odzwierciedlających owe różnice wymienia nastawienie do niepewności. Wg niego **...niepewność ma się do ryzyka tak, jak niepokój do strachu**. Strach i ryzyko są nakierowane na coś konkretnego: przedmiot lub osobę w przypadku strachu lub jakieś wydarzenie w przypadku ryzyka....**Niepokój i niepewność są uczuciami mało sprecyzowanymi... Niepewność w przeciwieństwie do ryzyka nie ma przypisanego prawdopodobieństwa. Jest to sytuacja, w której wszystko może się wydarzyć i nie mamy pojęcia, co to może być** [Ackoff, 1969, p. 539]. Mając na uwadze zdanie G. Hofstede [1998, p. 5-21] – nastawienie do niepewności rozciąga się od akceptacji niepewności, tzn. pozytywnej reakcji na zmianę i nowe rozwiązania do unikania niepewności, czyli preferowania ustalonych struktur i rutynowych sposobów działania. Sugerował on, że do pierwszej grupy należy np. wielu mieszkańców

USA, a do drugiej np.: mieszkańcy Niemcy, którzy mają tendencję do unikania niepewności i nie lubią sytuacji dwuznacznych, w miarę możliwości starając się ich unikać.

Niektórzy autorzy, jak np. C.A. Williams, M.L. Smith, P.C. Young [1995], nadają odpowiednią rangę niepewności w zależności od jej poziomu (Tabela 2).

Tabela 2: Skale niepewności

<b>Poziom niepewności</b>	<b>Charakterystyka</b>	<b>Przykład</b>
Brak	wielkości wyjściowe określone są w sposób jednoznaczny	prawa fizyki
Poziom I (obiektywny)	znane są warianty wielkości wyjściowych i ich prawdopodobieństwa	gry losowe
Poziom II (właściwy)	znane są warianty wielkości wyjściowych, ich prawdopodobieństwo nie jest znane, ale możliwe jest jego określenie w drodze eksperymentu	wypadki losowe, inwestycje finansowe
Poziom III (subiektywny)	znane są warianty wielkości wyjściowych, ich prawdopodobieństwo nie jest znane i może zostać określone jedynie subiektywnie	zmiany parametrów gospodarczych
Niepewność całkowita	brak wariantów wielkości wyjściowych, brak prawdopodobieństwa wystąpienia	penetracja kosmosu

Źródło: opracowanie na podstawie [Williams, Smith i Young 1995, s. 11].

Z zagrożeń pewnych, niepewnych i ryzykownych do kontraktów ubezpieczeniowych włączane są wyłącznie zdarzenia losowe, czyli takie, w których zagrożenie jest mierzalne, a precyzyjniej mówiąc, kiedy zagrożenia, czyli parametry sytuacji decyzyjnej mają znane rozkłady prawdopodobieństwa.

Mając powyższe na uwadze, **niepewność** w odróżnieniu od **ryzyka** dotyczy zmian, które są trudne do zmierzenia, lub nie ma możliwości zmierzenia prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia losowego. Nie wszyscy autorzy zgadzają się z tą teorią i rozgraniczeniem tych pojęć. W literaturze, możemy spotkać zamienne stosowanie tych pojęć, a nawet wykorzystywanie pojęcia niepewności w definiowaniu ryzyka. Za przykład mogą służyć definicje ryzyka przedstawione przez J.F. Sinkeya jr. [1998, s. 391], czy H. Doeriga [2003, s. 4]. Pierwszy z nich uważa, że ryzyko to niepewność związana z wydarzeniami przeszłymi lub konsekwencjami podejmowanych decyzji, natomiast, drugi definiuje ryzyko, jako niepewność, co do uzyskania przyszłych wyników. Obecnie dominują jednak definicje rozróżniające niepewność od ryzyka [Tyszka i Zaleskiewicz 2001, s. 56]. Według nich, niepewność definiowana jest jako stan, w którym przyszłe możliwości i szanse ich wystąpienia nie są znane, a ryzyko stosowane jest w sytuacjach, gdy rezultat zdarzenia losowego nie jest znany, natomiast jest znane lub jest możliwe oszacowanie prawdopodobieństwa zrealizowania się poszczególnych możliwości w przyszłości.

### 2.1.3. Miary ryzyka

#### Miary opisowe:

Wielkość ryzyka można określać używając określeń opisowych takich jak wysokie ryzyko przy intuicyjnej ocenie wysokiego zagrożenia zajścia zdarzenia niekorzystnego lub można je określić, jako niskie, gdy odczuwamy małe zagrożenie pojawienia się stanu uznawanego za niepożądany.

#### Miary ilościowe:

Prawdopodobieństwo:

Ilościową miarą niepewności jest **prawdopodobieństwo**. Prawdopodobieństwo to liczba, która wyraża siłę przekonania o tym, że zajdzie niepewne zdarzenie [Aczel, 2000, s. 65].

Zatem ilościową miarą ryzyka będzie prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia zagrażającego stratą (ryzyko ubezpieczeniowe) lub prawdopodobieństwo uzyskania dochodu mniejszego niż dochód oczekiwany (ryzyko inwestycyjne).

### Miary zmienności (dyspersji):

Ważnym etapem opisu empirycznych rozkładów jednej cechy mierzalnej jest liczbowa charakterystyka zmienności (dyspersji), czyli zróżnicowania jednostek badanej zbiorowości statystycznej ze względu na wartości zmienne (warianty) danej cechy. Poprzez statystyczny opis zmienności uzyskuje się możliwość poznania struktury zjawisk masowych. Liczbową ocenę zmienności jednostek badanej zbiorowości statystycznej można przeprowadzić, stosując pozycyjne oraz klasyczne miary dyspersji. Do miar pozycyjnych zalicza się m.in. **rozstęp**, czyli empiryczny obszar zmienności oraz **odchylenie éwiartkowe** i **decy- lowe**. Do miar klasycznych zaliczane są m.in. **wariancja**, **odchylenie standardowe** oraz **odchylenie przeciętne** [zob. Luszniwicz, 1987, s. 54]. Najczęściej do pomiaru ryzyka stosuje się wariancję i odchylenie standardowe.

### Wariancja:

Wariancja jest opisową miarą struktury badanych zbiorowości statystycznych. Definiuje się ją, jako średnią kwadratową, w tym sensie, że jest to średnia arytmetyczna z kwadratów odchyleń wartości cechy mierzalnej od ich średniej arytmetycznej. Jeżeli obserwacji statystycznej poddany jest n-elementowy zbiór jednostek rozpatrywanych z punktu widzenia wariantów  $(x_1, x_2, \dots, x_{n-1}, x_n)$  cechy mierzalnej (X), to wariancja  $S^2(x)$  przybiera postać kwadratowej średniej nieważonej:

$$S^2(x) = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n (x_j - \bar{x})^2 \quad (14)$$

kwadratowy pierwiastek z wariancji:

$$S(x) = \sqrt{S^2(x)} \quad (15)$$

Wartość liczbowa odchylenia standardowego odpowiada na pytanie, jakie jest przeciętne zróżnicowanie wartości cechy mierzalnej względem ich średniej arytmetycznej [zob. Luszniwicz, 1987, s. 54; Jajuga, 2007, s. 40-48].

### **Współczynnik zmienności:**

**Wariancja i odchylenie standardowe są miarami zróżnicowania absolutnego**, tzn. mierzonego w jednostkach, w jakich wyrażona jest sama cecha. W sytuacji, gdy chcemy porównać zróżnicowanie dwóch lub więcej rozkładów, przydatną jest **miara zróżnicowania względnego** tzn. **współczynnik zmienności (V)**.

Współczynnik zmienności jest ilorazem odchylenia standardowego i średniej w danym rozkładzie:

$$V = \frac{s}{\bar{x}} \quad (16)$$

Współczynnik zmienności często wyrażany jest w procentach. Wyraża on wówczas, jaki procent poziomu średniej stanowi odchylenie standardowe w rozkładzie. Wyższy procent obrazuje większe względne zróżnicowanie cechy w rozkładzie.

Pomiar ryzyka pozwala określić straty, z jakimi należy liczyć się przy danym ryzyku. Nie można natomiast zgodzić się z niektórymi autorami, którzy utożsamiają pomiar ryzyka z pomiarem strat. Wielkość straty nie wskazuje na wielkość ryzyka. Jeżeli dwóch inwestorów inwestuje różne kwoty w identyczny instrument finansowy oczekując uzyskać np. 20% dochodu, narażeni są na identyczne ryzyko, lecz różne straty. Wielu uczestników zakładów sportowych ponosi różne nakłady jednak ich ryzyko jest identyczne a tylko różnią się ewentualnymi stratami lub zyskami.

Biorąc pod uwagę przytoczone definicje ryzyka, to można podzielić je według poniższych kryteriów:

1. Efektu – ryzyko jest odchyleniem od wartości założonego celu [patrz: Gandner i Mills, 1988, p. 212].
2. Miar probabilistycznych lub statystycznych, gdzie ryzyko jest mierzalnym prawdopodobieństwem zaistnienia zdarzenia [Markowitz, 1952, p. 151-158; 1957, p. 255-269].
3. Źródło powstania ryzyka, np. poprzez niedokładność lub niekompletność informacji [Kreim, 1988, p.].
4. Kategorii decyzji podejmowanych po realizacji celów, gdzie ryzyko związane jest z przyszłymi wydarzeniami lub wynikami decyzji, które mogą prowadzić do wystąpienia zarówno nieoczekiwanej straty, jak i zysku [Sierpińska i Jachna, 1993, s. 387-389].

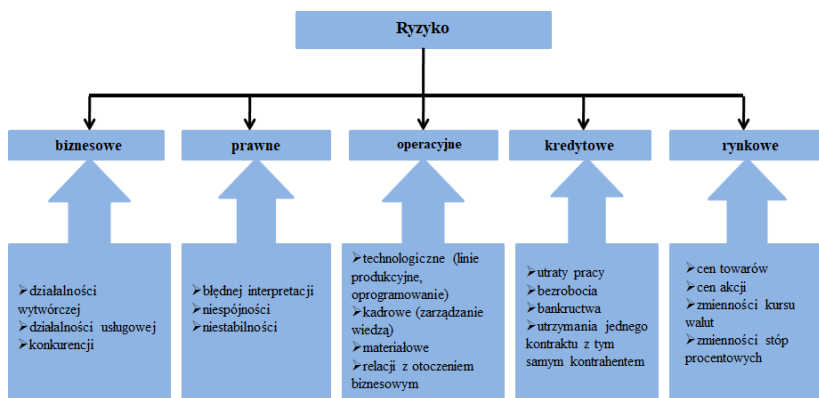
## 2.2. Ryzyko w działalności ubezpieczeniowej

Z dotychczasowych rozważań, by móc określić ryzyko w działalności przedsiębiorstwa (niezależnie od przedmiotu jego działalności), należy w pierwszej kolejności rozpoznać wszelkie rodzaje zagrożeń, które mogą wywołać straty w przedsiębiorstwie i doprowadzić do nieosiągnięcia zamierzonego celu.

W najprostszy sposób można powiedzieć, że ryzyko przedsiębiorstwa obejmuje funkcjonowanie przedsiębiorstwa [por. Kuchlewska, 2003, p. 233]:

- 1) w otoczeniu,
- 2) jako organizacji zarobkowej, w której podejmowane są określone decyzje.

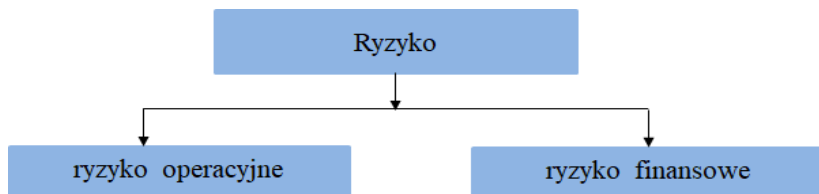
W literaturze przedmiotu występuje różnorodność klasyfikacji ryzyka. T. Szelaąg [za: Nahotko, 2001, s. 37] proponuje w działalności przedsiębiorstwa podział ryzyka na pięć kategorii: biznesowe, prawne, operacyjne, kredytowe, rynkowe (Rysunek 13).



Rysunek 13: Rodzaje ryzyka w działalności gospodarczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Nahotko, 2001, s. 37].

Ryzyko związane z działalnością gospodarczą generalnie można podzielić na ryzyko operacyjne (z ang.: *business risk*) i ryzyko finansowe (z ang.: *financial risk*) (Rysunek 14).

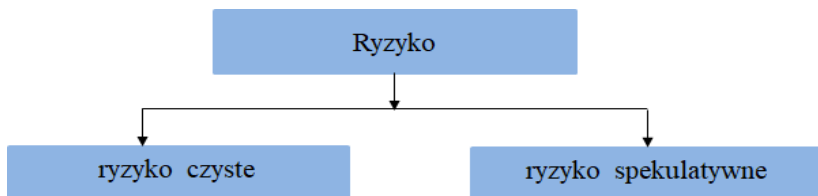


Rysunek 14: Klasyfikacja ryzyka związane z działalnością gospodarczą

Zródło: opracowanie na podstawie: [Chong, Brown, 2001, p. 52].

1. Ryzyko operacyjne jest rezultatem niewystarczającej kontroli wewnętrznej, błędów ludzkich lub awarii systemów informatycznych (włączając problem wirusów komputerowych) [Chong, Brown, 2001, p. 52].
2. Ryzyko finansowe jest wynikiem finansowania działalności przedsiębiorstwa kapitałem obcym. Stanowi zatem pochodną decyzji kształtujących strukturę kapitałów firmy [Kaczmarek, 1999, s. 248].  
Stosownie do dorobku myślowego uznanych przez naukę polską i światową autorytetów, przyjęto podejście traktujące ryzyko ubezpieczeniowe, jako zagrożenie celu podmiotu w wyniku skutkujących stratą zdarzeń, zachodzących z możliwym do oszacowania prawdopodobieństwem.

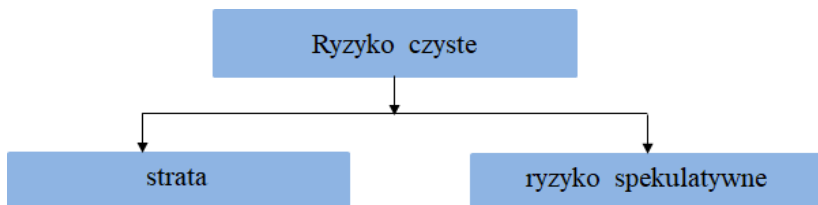
Dla wyróżnienia ryzyka ubezpieczeniowego niezwykle użyteczny jest podział dokonany przez A.H. Mowbray'a [1961, p. 24-29]. Wyróżnił on ryzyko czyste (z ang.: *pure risks*) i spekulatywne (z ang.: *speculative risks*) (Rysunek 15).



Rysunek 15: Klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego, ze względu na konsekwencje

Źródło: opracowanie na podstawie [Mowbray, 1961, p. 24-29].

Ryzyko czyste według tej koncepcji to takie, które skutkować może stratą, gdy zdarzenie niepewne zajdzie lub brakiem straty, gdy zdarzenie to nie wystąpi (Rysunek 16).



Rysunek 16: Klasyfikacja ryzyka czystego

Źródło: opracowanie na podstawie [Mowbray, 1961, p. 24-29].

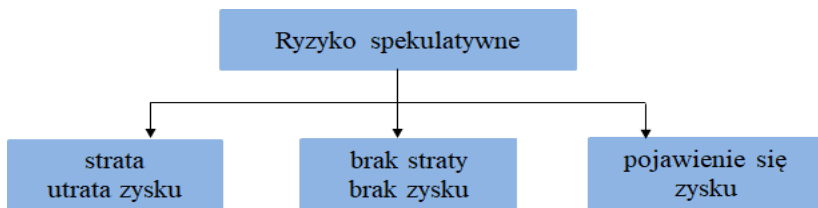
Przykładami ryzyka czystego mogą być zagrożenia wystąpienia takich zdarzeń jak np. pożar, złamanie nogi.

Natomiast ryzyko spekulatywne skutkować może trzema wynikami:

1. Stratą;
2. Stanem bez straty i bez korzyści;
3. Korzyścią.

Ryzyko spekulatywne najczęściej przedstawiane jest na przykładzie gier losowych lub ryzyka gracza giełdowego (Rysunek 17).





Rysunek 17: Klasyfikacja ryzyka spekulatywnego

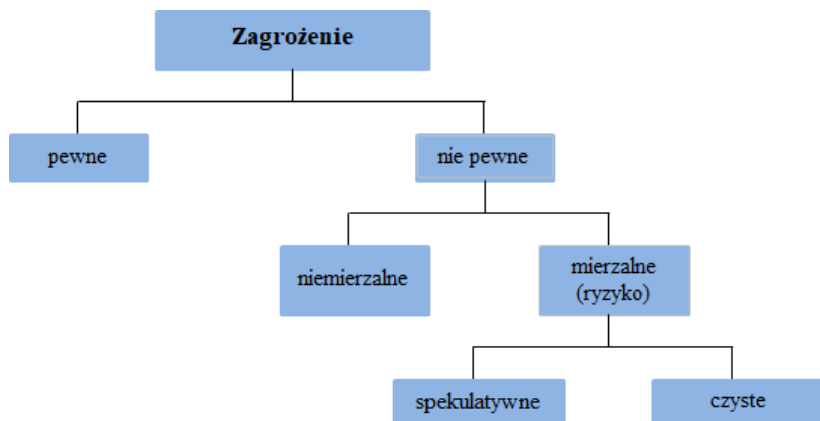
Źródło: opracowanie na podstawie [Mowbray, 1961, p. 24-29].

Praktyczne znaczenie powyższego podziału w ubezpieczeniach wynika z faktu, iż ubezpieczenia dzięki niemu uzyskały podstawę do wyróżniania swego obszaru zainteresowania. Ubezpieczenia zapewniają restytucję przedmiotu ubezpieczenia zagrożonego ryzykiem czystym.

W zależności od zasobów informacji można mówić, iż podmioty będą osiągać swe cele w sytuacji zagrożeń pewnych (w sytuacji pewności) lub niepewnych (w sytuacji niepewności).

Z kolei w sytuacji niepewności można wyróżnić sytuacje, w których wystąpienia zdarzeń nie można przewidzieć – niepewność *sensu stricte*, lub można przewidzieć je z pewnym prawdopodobieństwem – sytuacje ryzyka.

Po kolejnych (dychotomicznych) podziałach zagrożeń uwzględniających dorobek literatury przedmiotu można przystąpić do określenia obszaru zainteresowań ubezpieczeń. Uściślenie tego obszaru przedstawiono na rysunku 18.



Rysunek 18: Ryzyko jako zagrożenie

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu

Biorąc pod uwagę działalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, należy pamiętać, że ryzyko ma tu szczególne znaczenie, gdyż jest celem i przedmiotem tej działalności. Według T. Kaczmarka [1999, p. 248] *skutki ryzyka ubezpieczeniowego mogą dotknąć zarówno osoby fizyczne, jak i prawne.*

Z jednej strony występują zakłady ubezpieczeń, a z drugiej – klienci. W związku z tym na ryzyko ubezpieczeniowe składa się ryzyko firmy ubezpieczeniowej (ryzyko produktu lub utraty płynności) oraz ryzyko klienta, wyrażające się obawą, że firma może ogłosić upadłość.

W roku 1966 Komisja do spraw Terminologii Ubezpieczeniowej USA opublikowała dwie oficjalne definicje ryzyka ubezpieczeniowego. Pierwsza definicja uwzględnia pojęcie niepewności. Druga, natomiast koncentruje się na zagadnieniu praktyki ubezpieczeniowej. Tym samym, ryzyko to:

1. Niepewność, co do określonego zdarzenia w warunkach dwóch lub więcej możliwości.
2. Ubezpieczony przedmiot lub osoba.

W teorii ubezpieczeń mamy dwa charakterystyczne spojrzenia na ryzyko ubezpieczeniowe [zob.: Śliwiński, 2002, s. 274]:

1. Dla myśli ekonomicznej, traktuje ryzyko przez pryzmat niebezpieczeństw postrzeganych, jako przyczyna rzeczywistych zdarzeń społeczno-ekologicznych.
2. Dla prawa ubezpieczeniowego, traktuje ryzyko od strony skutków wystąpienia niebezpieczeństw.

Podejście drugie zostało zainicjowane przez W. Warkalę [1971, s. 84-85] i jest traktowane, jako dorobek polskiej nauki prawa ubezpieczeniowego. W celu stworzenia kompleksowej teorii ryzyka należy analizować oba podejścia łącznie.

Definicje te jednak rozpoczęły dalsze spory o naturę i charakter ryzyka ubezpieczeniowego. Brak definicji, która w sposób jednoznaczny przedstawiłaby istotę ryzyka, wynika przede wszystkim z jego skomplikowanej natury.

Szerzej na pojęcie ryzyka w działalności ubezpieczeniowej patrzy W. Ronka-Chmielowiec [2010, s. 194-195]. Wg autorki, w działalności ubezpieczeniowej występują równolegle trzy kategorie ryzyka:

1. ubezpieczeniowe – związane z przedmiotem ubezpieczenia,
2. ubezpieczyciela – związane z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego,
3. ubezpieczającego – występujące z charakteru samej umowy ubezpieczenia.

Analizując dotychczasowe wyniki dyskusji, można powiedzieć, że najistotniejszym ryzykiem jest ryzyko ubezpieczeniowe, gdyż ono w sposób zasadniczy odróżnia działalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych od innych przedsiębiorstw działających w gospodarce rynkowej.

**Antyselekcja ryzyka** – polega na tym, iż składka ustalana jest na określonym poziomie dla wszystkich ryzyk w danym segmencie, bazując na dostępnych danych statystycznych, i w efekcie może dojść do sytuacji, kiedy ubezpieczenie jest relatywnie droższe dla ryzyk o mniejszym prawdopodobieństwie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i tańsze dla ryzyk, których prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest większe. W portfelu ubezpieczyciela zaczynają dominować wówczas ryzyka o zwiększonym prawdopodobieństwie zdarzenia ubezpieczeniowego w wyniku narastającej niechęci do ubezpieczania się tej części potencjalnych ubezpieczonych, którzy charakteryzują się mniejszym prawdopodobieństwem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Opisany proces powstawania antyselekcji, może prowadzić do niemożności ubezpieczenia.

Podobnie jak w przypadku definicji nie ma jednoznacznej klasyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego. Wynika to głównie z przyjęcia różnych kryteriów podziału ryzyka. Prace nad klasyfikacją ryzyka trwają nadal. Jest to związane ze zmianami zachodzącymi na światowym rynku ubezpieczeń w zakresie: technik zarządzania ryzykiem, standardów rachunkowości, procesów globalizacyjnych, a także rozwoju instrumentów finansowych. Zmiany uwidaczniane w prawodawstwie Unii Europejskiej (UE) spowodowały, iż funkcjonujące od lat w krajach członkowskich UE przepisy w zakresie wypłacalności zakładów ubezpieczeń przestały odpowiadać nowym wyzwaniom, jakie stanęły przed organami nadzorów w zakresie ochrony interesów podmiotów i osób ubezpieczonych. Tym samym konieczne stało się wprowadzenie zmian w ramach projektu Wypłacalność II (tzw. Solvency I i II). Nowa dyrektywa UE – tzw. Solvency II – proponuje najbardziej przydatny podział ryzyka. Wyróżnia ona cztery kategorie ryzyk, jakie ponoszą przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe (Rysunek 19) [www.knf.gov.pl: aktualizacja: 19.01.2024 r.]:

1. Ubezpieczeniowe (z ang.: *underwriting risk*).
2. Kredytowe (z ang.: *credit risk*).
3. Rynkowe (z ang.: *market risk*).
4. Operacyjne (z ang.: *operational risk*).



Rysunek 19: Klasyfikacja ryzyk na podstawie Dyrektywy UE – tzw. Solvency II

Źródło: opracowanie na podstawie [www.knf.gov.pl: aktualizacja: 19.01.2024 r.].

### 2.3. Zarządzanie ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej

Za prekursora rozwoju zarządzania ryzykiem (z ang. *risk management*) uważa się H. Fayola [Wren, 1995, s. 49-52]. Jako pierwszy określił on sekwencję definiującą zarządzanie (planowanie, organizowanie, przewodzenie, kontrolowanie) oraz opracował 14. zasad sprawnego zarządzania: podział pracy; autorytet; dyscyplina; jedność rozkazodawstwa; jedność kierownictwa; podporządkowanie interesu osobistego interesowi ogółu; wynagrodzenie; centralizacja władzy; hierarchia; ład; sprawiedliwość menedżerów w stosunku do pracowników; stabilizacja zatrudnienia; inicjatywa; duch harmonii. Próby zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie w szerszym znaczeniu – obejmujące bardziej kompleksowe działania związane z procesem przewidywalności osiągnięcia celu (nie tylko odnoszące się do ubezpieczeń) – pojawiły się w początkowej dekadzie XX w., a związane były z problemem zarządzania ryzykiem w przemyśle zbrojeniowym [Jajuga, 2008, s. 174-203]. Okres od 1955 do 1964 roku, był początkiem kształtowania się nowoczesnej teorii zarządzania ryzykiem – zarówno na gruncie akademickim, jak i praktycznym [por. Hadyniak, Monkiewicz, (red.), 2010, s. 542]. Nie oznacza to, że „teoria zarządzania ryzykiem” wcześniej nie istniała (choćby wcześniej wspomniany francuski inżynier H. Fayol), lecz nie było pełnej zgodności, co do znaczenia zarządzania ryzykiem wśród teoretyków i praktyków. Problem istniał bardziej w samym pojęciu, którego wcześniej nie używano, a zarządzano ryzykiem. Chodzi tu przede wszystkim o ubezpieczenia. Wiele instytucji zajmujących się dzisiaj zarządzaniem ryzykiem wyrosło na bazie przedsiębiorstw ubezpieczeniowych [Williams, Smith, Young, 2002, p. 26-43]. Najbardziej owocnym okresem „rozkwitu” dziedziny związanej z procesem zarządzania ryzykiem przypada na czasy po drugiej wojnie światowej. Przedsiębiorstwa stosujące jakiegokolwiek zarządzanie ryzykiem lub ubezpieczeniami, korzystały ze specjalistów ds. ubezpieczeń. Głównym ich zadaniem było tworzenie portfela ubezpieczeń i zarządzanie nim. Istotna zmiana w procesie zarządzania ryzykiem nastąpiła w latach 60. ubiegłego wieku, w związku z odejściem od stosowania tradycyjnych produktów ubezpieczeniowych. Odkryto wówczas, że nie każde ryzyko może być ubezpieczone, że ubezpieczenia nie zaspakajają specyficznych potrzeb organizacji, oraz że za pomocą pewnych wewnętrznych

działań można kontrolować wpływ ryzyka i niepewności na organizację. Przedsiębiorstwa zorientowały się, że są w stanie przewidzieć pewne typy strat równie dobrze jak zakłady ubezpieczeń. Można powiedzieć, że na rynku pojawiło się nowe pojęcie – *samoubezpieczenie ryzyka*. A to doprowadziło do znacznego wzrostu znaczenia zarządzania ryzykiem i odejścia od nabywania ubezpieczeń. Dalszy etap rozwoju procesu zarządzania ryzykiem przypada na połowę lat 70. XX wieku. Według H.W. Snider’a [1991, p. 99-120], zarządzanie ryzykiem wyszło z tzw. internacjonalizacji i przeszło w fazę głębszego umiędzynarodowienia się – co nazywa się procesem globalizacji. Towarzystwo na rzecz Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeniami – zaczęło nawiązywać kontakty z europejskimi i azjatyckimi menadżerami zarządzającymi ryzykiem, a to doprowadziło do powstania nowych zawodowych stowarzyszeń na całym świecie. Dalszy rozwój tej dziedziny przypada na drugą dekadę lat 80., gdzie same metody analizy ryzyka stawały się coraz bardziej wyszukane. Przyczynę tego należy upatrywać w dwóch poważnych załamaniach rynku ubezpieczeń komercyjnych w tym okresie. Główne zmiany, jakie można zauważyć wśród osób zajmujących się procesem zarządzania ryzykiem skupiały się wokół:

1. Finansowania ryzyka planami samoubezpieczeniowymi.
2. Zależnymi towarzystwami ubezpieczeniowymi.
3. Planami ubezpieczania okresowego.
4. Grupami retencji ryzyka.

Przesłanką sukcesu przedsiębiorstwa oraz warunkiem jego przetrwania jest zatem zarządzanie ryzykiem [Jedynak, 1999, s. 187]. Tym samym, by móc rozpocząć proces zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie w pierwszej kolejności należy dokładnie określić źródła ewentualnego postania ryzyka. Źródła te znajdują się w otoczeniu przedsiębiorstwa lub w samym przedsiębiorstwie, który chcemy ustrzec od destabilizacji lub nadmiernych strat. Wówczas źródłem ryzyka mogą być zmiany w [Gil, 2001, s. 15-23]:

1. systemie prawnym,
2. siłach i zjawiskach przyrody,
3. otoczeniu konkurencyjnym (krajowym, zagranicznym),
4. preferencjach klientów,
5. złym systemie zarządzania zasobami ludzkimi,

6. braku środków finansowych – zagrażających płynności finansowej przedsiębiorstwa,
7. niestabilności polityki pieniężnej i fiskalnej państwa,
8. nieprzewidywalności zachowań giełdy i kursów walut,
9. zmianach w procesach technologicznych,
10. niepokojach społecznych.

Do kluczowych problemów, z jakimi spotykają się osoby zarządzające przedsiębiorstwem należy określenie, gdzie występuje ryzyko, jak jest duże oraz jaki może mieć wpływ na proces i samą organizację przedsiębiorstwa. Ponadto – co zrobić, by ewentualne zagrożenie usunąć lub ograniczyć do takiego stopnia, by nie zakłóciło procesu zarządzania przedsiębiorstwem. Ogół tych problemów mieści się w pojęciu „zarządzanie ryzykiem”, które można rozpatrywać w wąskim lub szerokim znaczeniu. W wąskim znaczeniu zarządzanie ryzykiem, należy rozumieć, poprzez podejmowanie decyzji skierowanych na ograniczenie wpływów zewnętrznych – nieprzewidywalnych. Natomiast, w szerokim znaczeniu, zarządzanie ryzykiem, polega na zastosowaniu odpowiedniego systemu prewencji, czyli metod i działań, które będą zmierzały do obniżenia stopnia oddziaływania danego ryzyka lub ryzyk na funkcjonowanie danego przedsiębiorstwa, czyli podejmowania optymalnych decyzji dla ograniczenia szkód w następstwie pojawienia się danego zdarzenia losowego (np. zmian w systemie prawnym, fiskalnym, czy niestabilności polityki monetarnej) [por. Nahotko, 1996, s. 91-170].

Zabezpieczenie się przed skutkami pojawienia się ryzyka i jego skutkami, można prowadzić w sposób pasywny lub aktywny [por. Dziawgo, 1998, s. 13-14].

**Sposób pasywny**, to bierne przyjmowanie ryzyka, bez jakiegokolwiek próby jego ograniczenia. Wiąże się to z brakiem odpowiedniej kadry, która nie potrafi zidentyfikować, oszacować i nie zna technik zabezpieczenia się przed ryzykiem.

**Sposób aktywny**, to podejmowanie wszelkich dostępnych działań, które mogą ograniczyć pojawienie się danego ryzyka, a w konsekwencji zminimalizować finansowe straty, związane z pojawieniem się danego ryzyka.

Biorąc pod uwagę źródła powstawania ryzyka, należy prześledzić pojęcie zarządzania ryzykiem (Tabela 3).

Tabela 3: Definicje zarządzania ryzykiem

Autor definicji	Definicja
A. Schmoll	jest intensywnym rozprawianiem się z polityką odnośnie do ryzyka i odpowiednim uwzględnieniem jej w polityce handlowej [1993].
L.T. Thornhill	to gałąź zarządzania związana m.in. z: zachowaniem istniejących aktywów celem zabezpieczenia dochodów depozytariuszy, wierzycieli i inwestorów, kontrolą ryzyk towarzyszących w normalnym biznesie „aktywom rynkowym”, (np. kredytom, obligacjom i innym instrumentom inwestycyjnym), ochroną dobrego wizerunku w oczach depozytariuszy, wierzycieli i inwestorów poprzez stwarzanie im poczucia zadowolenia i zaufania, wynikającego z ciągłej zdolności do osiągania zysków, niezależnie od przypadkowych strat, które mogłyby obniżyć lub zahamować zyski na pewien okres, utrzymaniem bezpieczeństwa urządzeń, wyposażenia, rejestrów oraz personelu na odpowiednim poziomie w zależności od ryzyka, określeniem działań, które należy podjąć w odniesieniu do pewnych zidentyfikowanych ryzyk, celem kontrolowania nieoczekiwanych wydarzeń i strat, planowaniem dozorem nieubezpieczonego ryzyka (tzn. nieubezpieczenie zamienne, programy samo ubezpieczenia, programy ubezpieczenia wiążącego), opracowanie szczegółów na tych poziomach ryzyk, których zarząd jest skłonny się podjąć, całkowitą odpowiedzialnością za nabywanie ubezpieczenia od ryzyka, w przypadku powstania strat z dążeniem do zminimalizowania ich skutków [1993].
K. Jędralska	oznacza bezpieczne kierowanie [1993]
M. Schulte	to planowa i celowa analiza, sterowanie i kontrola pozycji ryzyka. Planowanie oznacza przy tym systematyczną, a nieprzyporządkowaną analizę, zaś celowość oznacza świadome śledzenie wywodzących się z celów przedsiębiorstwa pozycji szans i ryzyka konkretnej instytucji [1994].



Autor definicji	Definicja
R. Patterson	obejmuje: zastanowienie się, czy ciężar ryzyka może być przerzucony na innych, np. właścicieli lub, w przypadku produktów pochodnych, na inne rynki, przemysł, czy zastosowanie technik zabezpieczających „hedgingu” nie uchroni nas przed nieoczekiwanymi zdarzeniami, zadanie sobie pytania, w jaki sposób monitorować ryzyko, tak by mieć system wczesnego ostrzegania przed problemami, opracowanie takich technik kontroli, które pozwolą nam reagować na problemy przez zastosowanie odpowiednich technik [1995].
M. Broda	jest elementem kierowania organizacją, systemem postępowania (i właściwie myślenia) umożliwiającym stałą kontrolę nad ryzykiem, na jakie jest ona narażona [1996].
M. Zdanowski	jest ciągłym procesem decyzyjnym, wspomagającym osiągnięcie zaplanowanego celu gospodarczego, społecznego lub politycznego, optymalnym kosztem przy pomocy procedur, umożliwiających całkowitą eliminację lub ograniczenie do akceptowanego poziomu wszelkich ryzyk zagrażających osiągnięciu celu [2000].
T. Michalski	jest to proces opanowania ryzyka obejmującego ogół działań związanych z analizą, eliminowaniem, ograniczaniem oraz zarządzaniem ryzykiem w konkretnym przypadku [2001].
T.T. Kaczmarek	Z należy rozumieć, jako prowadzenie polityki związanej z ryzykiem w przedsiębiorstwie [2001].
A. Śliwiński	jest rozumiane, jako system metod i działań zmierzających do obniżania stopnia oddziaływania ryzyka funkcjonowania podmiotu gospodarczego i do podejmowania w tym celu optymalnych decyzji. [2002].
L. Korzeniowski	to identyfikacja, kontrolowanie i decydowanie w celu ograniczania ryzyka oraz ochrony przed zagrożeniami [2002].
K. Ortyński	jest procesem identyfikacji zagrożeń, na które narażone są wszelkiego typu podmioty (firmy biznesowe, organizacje <i>non-profit</i> , jednostki, ludzie, rodziny) oraz wyboru najbardziej odpowiednich metod i technik, służących zabezpieczeniu się przed nimi. [2003].

Autor definicji	Definicja
E. Kowalewski	to szeroko pojęty proces zarządzania ryzykiem, którego istota sprowadza się do procedur towarzyszących podejmowaniu optymalnych decyzji gospodarczych w warunkach ryzyka. W węższym znaczeniu to zoptymalizowany proces zarządzania przedsiębiorstwem (podmiotem) w warunkach ryzyka. [2006].

Źródło: opracowanie własne.

Mają na uwadze powyższe definicje, można powiedzieć, że **zarządzanie ryzykiem** stanowi centralny element zarządzania strategicznego każdej organizacji. Jest to proces, w ramach którego przedsiębiorstwo, w tym ubezpieczeniowe w sposób metodyczny rozwiązuje problemy związane z ryzykiem, które towarzyszy jej działalności, w taki sposób, aby ta działalność – zarówno w poszczególnych dziedzinach, jak i traktowana, jako całość – przynosiła trwałe korzyści. Natomiast, **przedmiotem prawidłowego zarządzania ryzykiem** jest jego identyfikacja oraz właściwe działania względem niego, zaś **celem zarządzania ryzykiem** jest zapewnienie maksymalnych trwałych korzyści we wszelkich dziedzinach działalności organizacji. Obejmuje to zrozumienie potencjalnych pozytywnych i negatywnych skutków oddziaływania wszelkich czynników, które mogą mieć wpływ na organizację, a także działania na rzecz zwiększenia prawdopodobieństwa sukcesu oraz zmniejszenia prawdopodobieństwa porażki i niepewności, co do osiągnięcia przez organizację zakładanych celów.

**Zarządzanie ryzykiem musi się stać** – w wyniku określonej polityki ścisłego kierownictwa – integralnym elementem kultury organizacyjnej (czyli stylu działania organizacji). W ramach tego procesu musi nastąpić przełożenie założeń strategicznych na konkretne cele taktyczne i operacyjne, a także ścisłe określenie odpowiedzialności wszystkich menedżerów i pracowników, którzy w ramach swoich obowiązków zajmują się zarządzaniem ryzykiem.

Ponadto wprowadzenie zarządzania ryzykiem wiąże się z określeniem odpowiedzialności za wyniki, oceną osiągnięć i właściwemu wynagradzaniu za nie, a tym samym promowaniu efektywności działania na wszystkich szczeblach organizacji.

Tym samym, zarządzanie ryzykiem można określić w szerokim i wąskim znaczeniu.

W **szerszym znaczeniu** – jest to system metod i działań zmierzających do podejmowania w tym celu optymalnych decyzji. Natomiast, w **wąskim znaczeniu** polega na podejmowaniu działań skierowanych na ograniczenie wpływów zewnętrznych, nieprzewidywalnych czynników na organizację [Williams, Smith, Young, 2002, 26-43].

Y. Haimes [1992, p. 291] podchodził do zagadnienia zarządzania ryzykiem, jako systematycznego, syntetycznie uwarunkowanego i całościowego procesu, który opiera się na formalnym szacowaniu ryzyka i zarządzaniu nim oraz jest nakierowany na cztery źródła niedoskonałości systemowej w hierarchicznej i rozbudowanej strukturze niedoskonałości: sprzętu, oprogramowania, organizacji oraz ludzi. Natomiast N. Doherty [1985] patrzył na zarządzanie ryzykiem przez pryzmat nowoczesnej teorii finansów. Uważał, że decyzje dotyczące procesu zarządzania ryzykiem są decyzjami finansowymi i powinny być oceniane z punktu widzenia ich wpływu na wartość firmy. Poglądy te znalazły swoje potwierdzenie w opracowanych standardach i modelach zarządzania, w tym [Kuklińska, Dornfeld, 2009, s. 36-39]:

1. Zurich Mutual – zarządzanie ryzykiem w służbach publicznych – szansa czy wybór z 2000 r.;
2. Pomarańczowa Księga Zarządzania Ryzykiem – zasady i koncepcje z 2004 r.;
3. Association of Insurance and Risk Managers (AIRMIC) z 2004 r.;
4. Zarządzanie ryzykiem w sektorze publicznym. Podręcznik wdrażania systemu zarządzania ryzykiem w administracji publicznej w Polsce, Ministerstwo Finansów i Bentley Jennison.

Z przytoczonych definicji odnoszących się do pojęcia zarządzania ryzykiem, wynika, iż kluczowym elementem w tym procesie jest spójność z ogólnie znaną teorią zarządzania organizacją, poszerzoną o etapy procesu zarządzania ryzykiem. Natomiast, jeżeli chodzi o cechy związane z zarządzaniem ryzykiem, to ma ono charakter interdyscyplinarny i służy do zarządzania czystym ryzykiem w przedsiębiorstwie. Pogląd ten, oparty jest na założeniu, że proces zarządzania ryzykiem ulega w głównej mierze ewolucji, niż odwrotowi od nabywania umów ubezpieczenia, jak też na uznaniu faktu, że czynniki, które wprost nie decydują o wzroście wartości przedsiębiorstwa, mogą mieć istotny

wpływ na podejmowanie decyzji w zarządzaniu ryzykiem [Williams, Heins, 1989, p. 619].

Reasumując – **głównym celem zarządzania ryzykiem jest maksymalizacja zysków przy maksymalnej minimalizacji strat, a co jest z tym związane – kosztów, jakie przedsiębiorstwo (niezależnie od przedmiotu działalności) musiałoby ponieść w zabezpieczeniu się przed nimi** [por. Kulińska, Dornfeld, 2009].

Należy mieć na uwadze, że dla większości przedsiębiorstw – zawarcie umowy ubezpieczenia było, jest i będzie w przypadku określonego ryzyka, jedyną możliwością zabezpieczenia na wypadek powstania szkody i zabezpieczenia się przed nieprzewidzianymi stratami. A należy pamiętać, że *jedną z przyczyn ograniczania popytu na usługi ubezpieczeniowe jest jakość zarządzania ryzykiem* [Jędrzejczyk, 2011, s. 101-103].

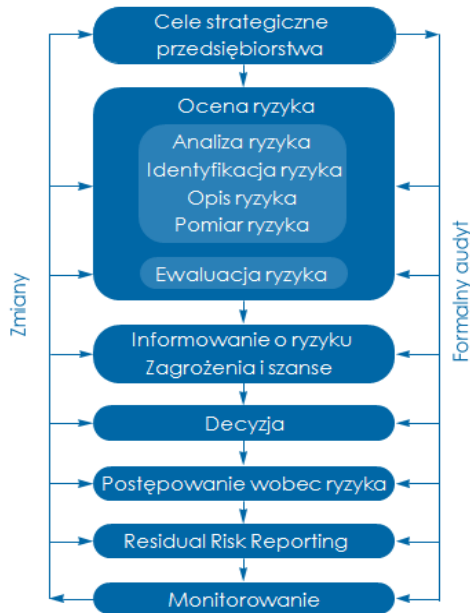
Przyjmowany przez przedsiębiorstwa sposób realizacji podstawowych zasad związanych z zarządzaniem ryzykiem, jest często uzależniony od wielkości danego przedsiębiorstwa (Tabela 4).

Tabela 4: Zasady związane z zarządzaniem ryzykiem a wielkość przedsiębiorstwa

<b>Rodzaj przedsiębiorstwa</b>	<b>Funkcje realizatora podstawowych czynności zarządzania ryzykiem</b>
Duże	<ul style="list-style-type: none"><li>• własny dział zarządzania ryzykiem</li></ul>
Średnie	<ul style="list-style-type: none"><li>• stanowisko ds. zarządzania ryzykiem lub;</li><li>• własny dział zarządzania ryzykiem</li></ul>
Małe	<ul style="list-style-type: none"><li>• stanowisko ds. zarządzania ryzykiem w niepełnym wymiarze godzin,</li><li>• czynności te zlecane są podmiotom zewnętrznym (np. brokerzy ubezpieczeniowi, pracownicy zakładów ubezpieczeń, przedstawiciele firm consultingowych)</li></ul>
Mikro	<ul style="list-style-type: none"><li>• właściciel przedsiębiorstwa lub</li><li>• usługa zostaje zlecona podmiotowi zewnętrznemu (rzadziej)</li></ul>

Źródło: opracowanie za: [por. Jedynak, 1999, s. 187-188].

Niezależnie od wielkości przedsiębiorstwa, przyjmowanych rozwiązań strukturalnych, jak też przedmiotu jego działalności, stosowane procedury winny być dla każdego z nich zbliżone i przebiegać w określonej kolejności [Jedynak, 1999, s. 187-188] (Rysunek 20).



Rysunek 20. Proces zarządzania ryzykiem

Źródło: opracowanie własne na podstawie, patrz tabela 3 i 4.

W każdym przedsiębiorstwie, jaki i zakładzie ubezpieczeń, prowadzącym działalność gospodarczą, proces zarządzania ryzykiem powinien obejmować zagadnienia makroskali prowadzonej działalności. Mając na uwadze specyfikę prowadzonej działalności, zarządzanie ryzykiem w towarzystwie ubezpieczeniowym musi obejmować również, a może przede wszystkim, analizę wszystkich bez wyjątku umów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych. W związku z tym proces ten w towarzystwie ubezpieczeniowym przybiera inną formę niż w trady-

cyjnych przedsiębiorstwach. Zakłady ubezpieczeń muszą dokonywać we własnym zakresie należytej oceny przyjmowanych do ubezpieczenia ryzyk, podejmować przedsięwzięcia zmierzające do ich ograniczania podczas trwania umów ubezpieczeniowych, prowadzić we własnym zakresie i żądać podejmowania działań prewencyjnych od swych klientów. Tym samym towarzystwo ubezpieczeniowe musi prowadzić proces zarządzania ryzykiem mając na uwadze prowadzenie zarządzania ryzykiem:

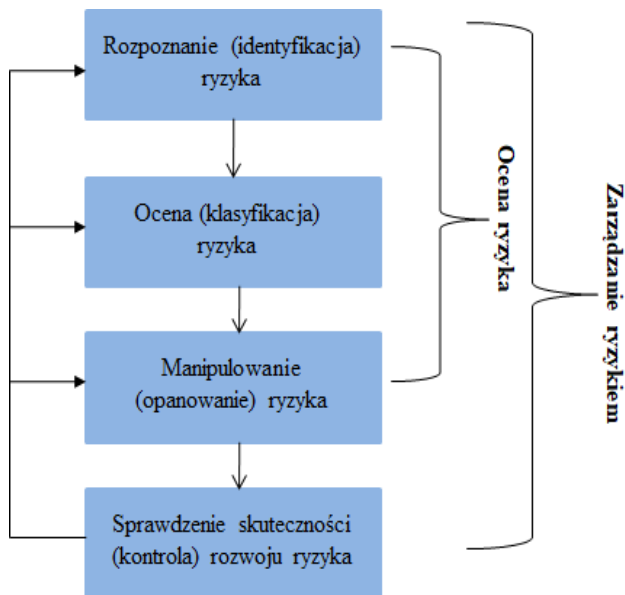
- 1, Jak każde inne przedsiębiorstwo, polegające na zidentyfikowaniu, ocenie, pomiarze i analizie metod podjęcia ryzyk bezpośrednio jej grożących,

2. Polegającej na „nabywaniu” ryzyk grożących innym organizacjom. W związku z tym – musi prowadzić także szczegółową ich analizę.

W ubezpieczeniach poszczególne etapy zarządzania ryzykiem klienta mają trochę inną formę niż zarządzanie ryzykiem każdej innej organizacji. Jest to zawężenie procesu zarządzania ryzykiem, które przeprowadza organizacja, jako całość.

Zakład ubezpieczeń przyjmuje do ubezpieczenia dane ryzyko, które powinno być już konkretne i zidentyfikowane przez specjalistów. Niezależnie od tego musi we własnym zakresie poddać dane ryzyko własnej analizie, które w ubezpieczeniach skupia się na następujących etapach (Rysunek 21):

1. Rozpoznanie (identyfikacja) ryzyka (*z ang.: risk identification*).
2. Ocena (klasyfikacja) ryzyka (*z ang.: risk assessment*).
3. Manipulowanie (opanowanie) ryzyka (*z ang.: risk manipulation*).
4. Sprawdzanie skuteczności (kontrola) ryzyka.



Rysunek 21: Proces zarządzania ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Jedynak, 1999, s. 187-188; Ortyński, 2003, s. 133-143].

Analiza ryzyka jest dokonywana przez przedstawicieli zakładu ubezpieczeń – *underwritera*, w momencie otrzymania od potencjalnych klientów (ubezpieczających) oferty. Powinna ona obejmować ustalenie hierarchii zagrożeń, hierarchii działań, identyfikację ryzyka, prawdopodobieństwo jego realizacji, jak i oszacowanie ryzyka [Williams, 2002, p. 26-43]. To także wybór właściwego sposobu finansowania ryzyka. Problemy jakie pojawiają się w trakcie analizy ryzyka związane są głównie z metodologią identyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego, jak też – wyboru narzędzia do identyfikacji tegoż ryzyka. A ponieważ ryzyko oznacza niepewność przyszłych zdarzeń, gdzie trudno jest w pełni ocenić skutki, a wszelkie zdarzenia są wynikiem działania określonych przyczyn, tym samym możemy powiedzieć, że każde powstające zdarzenie jest finałem złożonego procesu.

Do oceny (identyfikacji) ryzyka, wykorzystuje się metodę opartą na analizie przyszłych szkód związanych z obserwowanym obiektem, który może być ubezpieczony. Stosuje się przy tym rachunek prawdopodobieństwa, statystykę matematyczną, a gdy uwzględnimy dynamikę zjawiska, to także teorię procesów stochastycznych [Ronka-Chmielowiec, 2010, s. 194].

Drugim etapem w procesie zarządzania ryzykiem jest ocena (klasyfikacja) ryzyka, która polega na ustaleniu, na podstawie dostatecznych licznych obserwacji częstości zdarzeń szkodowych oraz przeciętnego ciężaru szkody [Hadyniak, 2010]. Pewną trudność w procesie mierzenia powstawania ryzyka może sprawić dynamika szkód zarówno bezpośrednich, jak i wynikających z nich szkód pośrednich [Ortyński, 2003, s. 133-143]. Należy pamiętać, że ocena ryzyka jest ważna nie tylko dla ubezpieczającego, ale także i dla ubezpieczyciela [Ronka-Chmielowiec, 2010, s. 194]. Pierwszy decyduje się, czy po wstępnej ocenie odstąpić ryzyko w całości, czy częściowo podzielić się ryzykiem z ubezpieczycielem – np. poprzez – ubezpieczenie z udziałem własnym lub franszyzą. Natomiast, drugi podmiot po ocenie ryzyka podejmuje różne decyzje ubezpieczeniowe i reasekuracyjne [por. Broda, 1999, s. 330-331].

Każda umowa ubezpieczenia dotyczy jednego lub kilku ryzyk ubezpieczeniowych, które opisują następujące zmienne: liczba szkód, wartość szkód oraz czas występowania tych szkód. Jest powiązana z możliwością wystąpienia szkody, w związku z tym, pociąga za sobą stratę finansową. Jeden wypadek ubezpieczeniowy może spowodować jedną lub więcej szkód. Stąd do analizy stosuje się następujące wskaźniki:

1. Częstości wypadków ubezpieczeniowych;
2. Rozszerzalności wypadków ubezpieczeniowych;
3. Intensywności działania wypadków ubezpieczeniowych;
4. Modele dyskretne liczby szkód;
5. Rozkład wartości indywidualnej szkody lub roszczenia [szerzej: Ronka-Chmielowiec, 2010, s. 194-195].

kolejnym etapem związanym z tym procesem są metody manipulacji, stanowiące część procesu zarządzania ryzykiem. Obejmują one sposoby eliminowania, ograniczania lub przenoszenia ryzyka. Są to metody obchodzenia się z ryzykiem, będące sumą doświadczeń kadry



zarządzającej w tej dziedzinie zdobytych w przeszłości. Przedmiotem zainteresowań są tylko te rodzaje ryzyka, którymi można manipulować przy istniejących zasobach przedsiębiorstwa i w zgodzie z jego celami [Grabski, Rutkowski, Wrzosek, 1994, s. 373].

Do metod manipulacji ryzykiem zaliczamy (*z ang. methods of handling risk*):

1. Unikanie ryzyka.
2. Aktywne lub pasywne zatrzymanie ryzyka.
3. Kontrolę ryzyka.
4. Transfer ryzyka.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia.

Wśród innych metod manipulacji ryzykiem możemy wymienić metody [Jedynak, Szydło, 2001, s. 377-388]:

1. Represyjne – polegają na zmniejszaniu zasięgu i skutków strat, które uprzednio wystąpiły [Kandel, 2000];
2. Kompensacje – elementy ryzyka w stosunku, do których metody prewencyjne nie są skuteczne, należy zabezpieczyć pod kątem pokrycia wartości ewentualnych strat, co jest warunkiem koniecznym dalszego gospodarowania. Możemy wyróżnić dwie metody kompensacji:
  - a) samoubezpieczenie,
  - b) ubezpieczenie.
- 3, Prewencyjne – są to wszelkie zbiory środków działania, które mają na celu zapobieganie niekorzystnym zdarzeniom i niedopuszczenie do ich zajścia [Jedynak, 1999, s. 187-188]. Prewencja nie oznacza jednak niepodejmowania ryzyka. Istota tych metod polega na pozytywnym kształtowaniu okoliczności realizacji ryzyka. Niezbędnym warunkiem prawidłowego funkcjonowania tych metod jest tworzenie określonej wielkości rezerw finansowych na wypadek zaistnienia niekorzystnych zdarzeń losowych [Łańcucki, 1994, s. 13];
4. Transfer ryzyka na podmioty inne niż towarzystwo ubezpieczeniowe;
5. Podział ryzyka i wspólnota ryzyka – poszukiwanie partnera (wspólnika), który wraz z perspektywą zysków przejmie odpowiedzialność za straty [Jedynak, 1999, s. 187-188].

Cały proces zarządzania ryzykiem powinien być stale administrowany przez tworzenie, weryfikację i ocenę proponowanych programów działania [Śliwiński, 2002, s. 274]. W tej fazie główny nacisk kładzie

się na systematycznym opracowywaniu programu działania, ocenianie jego przebiegu i ciągle dostosowywanie go do potrzeb procesu bezpiecznego kierowania. Główne jego zadania to prowadzenie odpowiedniej polityki związanej z działalnością ubezpieczeniową. Powinna tu być stała i systematyczna analiza:

1. Rynku ubezpieczeniowego,
2. Oferowanych produktów ubezpieczeniowych,
3. Potrzeb potencjalnych klientów.

Ponadto istotnym elementem prawidłowego kontrolowania rozwoju ryzyka (*z ang. control on risk evolution*) przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe powinno być także:

1. Bieżące dokonywanie analizy konkurencyjności i opłacalności oferowanych produktów, tak, aby z jednej strony przyciągać klientów atrakcyjnością swoich produktów, a z drugiej strony nie narażać się na niepotrzebne straty,
2. Ustalenie czy polityka i programy panowania nad ryzykiem została wdrożona zgodnie z zamierzeniem i daje akceptowane rezultaty;
3. Ustalanie, czy nie doszło do zmiany poziomu ryzyka;
4. Ustalenie, czy nie zmieniła się podatność na ryzyko [Hadyniak, 2010, s. 13-26];
5. Ustalenie czy praktyka zarządzania ryzykiem jest odpowiednia do zmieniającego się otoczenia (metody, narzędzia).

W fazie tej bardzo ważne jest przekazywanie uzyskanych informacji na potrzeby szczebla strategicznego i operacyjnego, co odbywa się na zasadzie sprzężenia zwrotnego [Vollmuth, 1993, s. 247]. Jednakże niezbędnym uzupełnieniem sprzężenia zwrotnego musi być sprzężenie wyprzedzające, szczególnie ważne w procesie wyznaczania przyszłych kierunków zarządzania ryzykiem. Odpowiednia ciągłość procesu zarządzania ryzykiem i transfer informacji w postaci sprzężenia zwrotnego i sprzężenia wyprzedzającego zapewniają szczeblom zarządzania przedsiębiorstwem – właściwą orientację na zmieniające się otoczenie i pomagają w trafnym podejmowaniu decyzji [por. Jedynak, 1999, s. 187-188].

## 2.4. Zdarzenie losowe a wypadek ubezpieczeniowy

O **zdarzeniu losowym** (z *ang.*: *fortuitous event*), w odniesieniu do ubezpieczeń gospodarczych będziemy mówili, gdy wystąpią następujące cechy [Kowalewski, 2002, s. 102]:

1. Masowość;
2. Możliwe, lecz nie konieczne – istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia, lecz niekoniecznie występują;
3. Statystyczna prawidłowość;
4. Nadzwyczajność – grozi wszystkim podmiotom, ale dotknięci są nim tylko niektórzy;
5. Losowość – trudno jest wskazać podmiot, który zostanie nim dotknięty;
6. Nastąpiło wbrew woli ubezpieczonego lub jest niezależne od woli osoby dotkniętej zdarzeniem losowym.

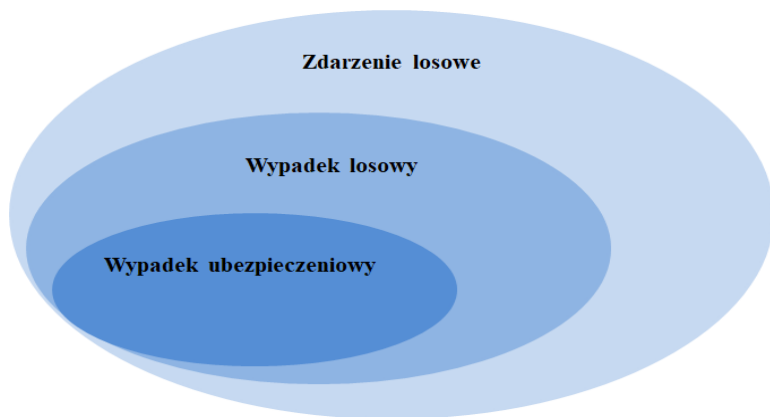
**Zdarzenie losowe** (z *ang.*: *fortuitous event*) – jest skutkiem obiektywnie istniejących zagrożeń (ryzyk), których nie da się uniknąć (przewidzieć). Ryzyka te są związane nie tylko z działalnością gospodarczą człowieka, ale także zagrażają one zdrowiu i życiu człowieka.

Przed poniesieniem finansowych konsekwencji zdarzeń losowych (ryzyk) można się zabezpieczyć poprzez:

1. Indywidualne gromadzenie środków finansowych na pokrycie strat spowodowanych zdarzeniem losowym – samoubezpieczenie (z *ang.*: *selfinsurance*), lub
2. Przeniesienie finansowego ciężaru na „kogoś innego” – ubezpieczyciela – ubezpieczenie (z *ang.*: *insurance*).

**Wypadek ubezpieczeniowy** (z *ang.*: *insurance anccident*) – to zdarzenie losowe objęte umową ubezpieczeniową, którego wystąpienie rodzi zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do spełnienia określonego świadczenia ubezpieczeniowego.

O tym, które zdarzenie losowe będzie wypadkiem ubezpieczeniowym, będą decydować czynniki, które kształtują treść złożonych zgodnie oświadczeń woli między ubezpieczycielem a ubezpieczającym. Które zdarzenie losowe, z danej umowy ubezpieczenia uznane zostaną za wypadek ubezpieczeniowy, określa szczegółowo zapis zawarty przez ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie lub OUW [Przybytniowski, Lenart, 2002, s. 22-23; 56-73] (Rysunek 22):



Rysunek 22: Zdarzenie losowe, wypadek losowy a wypadek ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie na podstawie: [Przybytniowski, 2001, s. 18-30].

### 2.4.1. Szkoda

**Szkoda** (z ang.: *loss*) – polega na naruszeniu prawnie chronionych dóbr i interesów. Oznacza takie zmniejszenie majątku, które nastąpiło wbrew woli uprawnionego [Szpunar, 1975. s. 36]. Znaczenie praktyczne w ustalaniu pojęcia szkody znalazła teoria różnicy, zwana też dyferencyjną. Polega ona na traktowaniu szkody, jako różnicy między dwoma stanami majątkowymi poszkodowanego. Od hipotetycznego stanu majątkowego, który by istniał, gdyby nie wystąpiło zdarzenie powodujące szkodę odejmuje się obecny stan majątku. Twórcą tej teorii jest F. Mommsen, który wskazywał na konieczność porównania stanu majątkowego przed i po zdarzeniu powodującym naruszenie interesów poszkodowanego [Zob.: Mommsen, 1955, p. 35; Lange, 1979; Mertens, 1967; Neuwald, 1968]. Teoria różnicy wiąże się, według A. Szpunara [1975, s. 41], z koniecznością realizacji zasady pełnego odszkodowania. Teoria ta, znalazła również swe miejsce w orzeczeniu SN z dnia 11 lipca 1957 (OSN 1958, poz. 76) **Szkodę majątkową stanowi różnica między obecnym stanem majątkowym poszkodowanego a tym, jaki by istniał, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wywołujące tę szkodę.**

Szkoda w prawie cywilnym jest to uszczerbek zarówno w dobrach o charakterze majątkowym jak i o charakterze niemajątkowym, powstały wskutek zdarzenia, zazwyczaj niezależnego od woli osoby poszkodowanej.

Rozpowszechnione jest wiązanie pojęcia szkody jedynie z uszczerbkiem majątkowym. Uszczerbek niemajątkowy jest określany, jako krzywda [Czachórski, 1998, s. 72; Reps, 1997, s. 80].

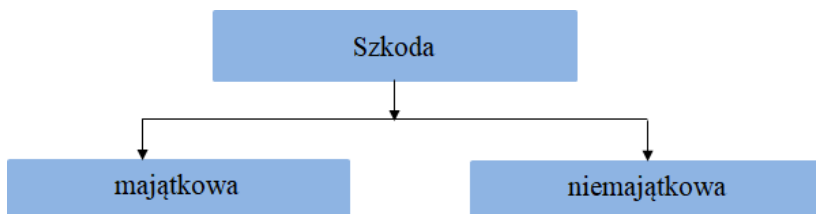
Możliwe są **cztery czasowe ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej** (choć art. 822 K.c. wymienia tylko trzy (bez *act committed* – czyli ma ono tylko domniemany charakter):

1. **Act committed** (źródło szkody było w okresie ubezpieczenia).
2. **Loss occurrence** (szkoda powstała w okresie ubezpieczenia).
3. **Loss manifestation** (szkoda została ujawniona w okresie ubezpieczenia).
4. **Claims made** (szkoda została zgłoszona w okresie ubezpieczenia).

Mając na uwadze naprawienia szkody, to Art. 363 § 1 K.c. **naprawienie szkody powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego.**

W zależności od rodzaju uszczerbku rozróżnia się szkody (Rysunek 23):

1. Majątkowe.
2. Niemajątkowe.



Rysunek 23: Klasyfikacja szkody w zależności od uszczerbku

Źródło: opracowanie na podstawie [Czachórski, 1998, s. 72; Reps, 1997, s. 80].

### **Szkoda majątkowa** (z ang.: *property damage*):

Stanowi ona zmniejszenie majątku, które zostało spowodowane wbrew woli poszkodowanego [Szpunar, 1975, s. 31; Tuhr, Peter, 1974, p. 84]. Na podstawie przepisów K.c. szkoda majątkowa może obejmować:

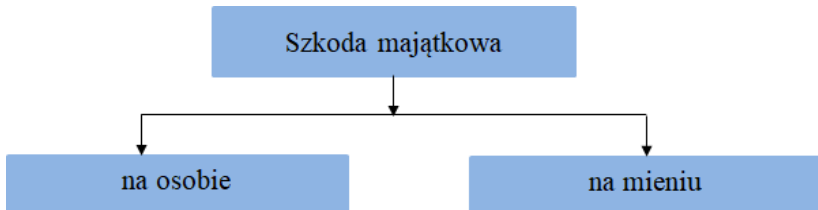
1. Szkodę rzeczywistą (z ang.: *damnum emergens*), czyli stratę, jaką doznaje mienie poszkodowanego.
2. Utratę korzyści (z ang.: *lucrum cessans*), jakiej poszkodowany mógł się spodziewać, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

Nie będą szkodą takie zdarzenia, jak dobrowolne zbycie przez właściciela własnego majątku (sprzedaż, darowizna, złomowanie itp.), lub normalne zużycie zgodne z przeznaczeniem np. zużycie opony, łożyska, klocków hamulcowych.

Wskutek szkody polegającej na utracie korzyści poszkodowany nie staje się bogatszy, jakkolwiek mógłby liczyć na wzbogacenie. O tego typu sytuacji mówimy wtedy, gdy korzyści, których osiągnięcie było wielce realne (np. utrata zysku przez przedsiębiorstwo w wyniku awarii maszyny).

Rozróżnia się szkody majątkowe (Rysunek 24):

1. Na osobie.
2. Na mieniu.



Rysunek 24: Klasyfikacja szkód majątkowych

Źródło: opracowanie na podstawie [Szpunar, 1975, s. 31; Tuhr, Peter, 1974, p. 84].

Szkoda majątkowa na osobie polega na naruszeniu dóbr osobistych poszkodowanego, może występować, poprzez:

- a) uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia (art. 444 § 1 i 2 K.c.) – jednorazowe świadczenie, renta,
- b) śmierć człowieka (art. 446 § 1, 2 i 3 K.c.) – renta obligatoryjna, zwrot kosztów leczenia i pogrzebu, jednorazowe świadczenie.

Szkodą na mieniu jest wszelki uszczerbek majątkowy niepolegający na naruszeniu dóbr osobistych, powstały bez związku z osobą poszkodowanego [Szpunar, 1975, s. 45]. Pojęcie mienia w polskim ustawodawstwie zostało określone w art. 44 K.c. Przez mienie rozumie się własność i inne prawa majątkowe.

Wynagrodzenie szkody majątkowej:

Możemy powiedzieć, iż istnieją trzy metody naprawienia szkody majątkowej:

1. Restytucja naturalna – np. naprawa lub zastąpienie uszkodzonego pojazdu innym.
2. Restytucja finansowa (rekompensata finansowa) – np. zwrot kosztów naprawy.
3. Płatności *ex gratia* (kulancja) – gdy wypłacający nie był zobowiązany do świadczenia, lecz spełnia je np. w celach reklamowych, lub by uwolnić się od postępowania sądowego, wpływającego zazwyczaj negatywnie na jego dobre imię – np. zwrot wartości skradzionego pojazdu w sytuacji, gdy kradzież nastąpiła w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń.

**Szkoda niemajątkowa** na osobie (z *ang.*: *non-material damage*), czyli krzywda (art. 445 K.c.) – polega ona na wszelkiego rodzaju cierpieniach fizycznych i psychicznych doznanych przez pokrzywdzonego [Szpunar, 1975, s. 66].

Wypłata odszkodowania za szkodę niemajątkową:

Celem wypłacenia odszkodowania ze szkody niemajątkowej jest zadośćuczynienie pieniężne za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym. W piśmiennictwie polskim panuje teoria kompensacji, według której przyznana suma pieniężna ma stanowić przybliżony ekwiwalent za szkodę niemajątkową poniesioną przez pokrzywdzonego [Por.: Uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 r. (OSNCP 1974, poz. 145)].

Podstawowe czynniki wpływające na wysokość odszkodowania z umowy ubezpieczenia majątkowego to:

1. Suma ubezpieczenia, na którą zawarto umowę ubezpieczenia – określana jest, jako suma ubezpieczenia (lub suma gwarancyjna<sup>4</sup>, limit kredytowy<sup>5</sup>);

<sup>4</sup> Suma gwarancyjna stosowana jest w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej.

<sup>5</sup> Limit kredytowy stosowany jest w ubezpieczeniach wierzycielności.

2. Rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia (wartość interesu ubezpieczeniowego).
3. Wysokość powstałej szkody.
4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

#### **2.4.2. Świadczenie ubezpieczeniowe**

Świadczenie jest przedmiotem zobowiązania. Przez świadczenie rozumie się zachowanie dłużnika zgodnie z treścią zobowiązania i polegające na zadośćuczynieniu godnemu ochronie interesowi wierzyciela. Interes ten ma najczęściej wartość majątkową [Czchórski, 1998, s. 51; Przybytniowski, Lenart, 2002, s. 23].

Określając treść świadczenia należy mieć na uwadze przepisy odnoszące się do skutków czynności prawnych. Uwzględnić trzeba mianowicie to, że czynność prawna wywołuje (art. 56 K.c.) nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów.

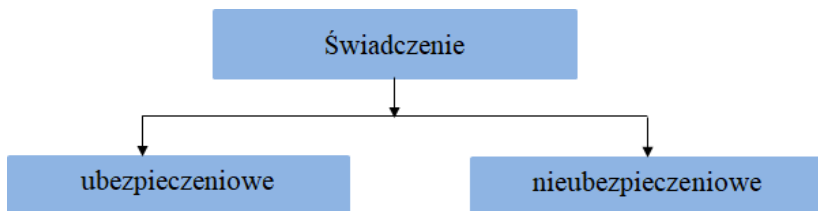
Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie [Art. 805 § 3 K.c.]:

1. Przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę;
2. Przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumie pieniężnej, renty lub innego świadczenia.

Ze względu na to czy świadczenie z zakładu ubezpieczeń przysługujące ubezpieczonemu, wynika z zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego lub z innych przyczyn. W takim wypadku, świadczenie (tylko w formie pieniężnej) można podzielić na świadczenia (Rysunek 25):

1. Ubezpieczeniowe.
2. Nieubezpieczeniowe.





Rysunek 25: Klasyfikacja świadczenia

Źródło: opracowanie na podstawie [Przybytniowski, Lenart, 2002, s. 23].

Do **świadczeń ubezpieczeniowych** zalicza się takie świadczenia, które spełniane są przez zakład ubezpieczeń w razie zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku, zwanego w doktrynie wypadkiem ubezpieczeniowym.

Do **świadczeń nieubezpieczeniowych** zalicza się takie świadczenia, które spełniane są przez zakład ubezpieczeń bez związku z wypadkiem ubezpieczeniowym. Przykładami takich świadczeń są: w ubezpieczeniach majątkowych – zwrot składki ubezpieczeniowej w razie zmniejszenia sumy ubezpieczenia oraz w ubezpieczeniach życiowych wypłata wartości odstąpienia.

Ze względu na źródło obowiązku świadczenia w tym i obowiązku wynagrodzenia szkody możemy dokonać następującej klasyfikacji świadczeń ubezpieczeniowych:

1. Odszkodowanie za szkody majątkowe:
  - a) na mieniu,
  - b) na osobie.
2. Zadośćuczynienie za szkody niemajątkowe.
3. Wypłata umówionej sumy pieniężnej.
4. Zapłata innego świadczenia.

### 2.4.3. Odszkodowanie ubezpieczeniowe

#### **Istota odszkodowania:**

Świadczenie polegające na naprawieniu szkody, w prawie nazywa się odszkodowaniem. Odszkodowanie to szczególna forma świadczenia.

Odszkodowanie ma na celu kompensowanie strat (wyrównanie) w następstwie powstałej szkody [Art. 805 § 2 K.c.]. Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłacenia odszkodowania w razie zajścia wypadku przewidzianego w umowie ubezpieczenia.

Wg. prawa ubezpieczeniowego – odszkodowanie wypłacane jest w **pieniądku**, wg K.c. Istnieje **pojęcie naprawienia szkody**, czyli in natura – przywrócenie do stanu pierwotnego (szkoda częściowa) lub zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej – szkoda całkowita).

W przypadku K.c. – wysokość odszkodowania przyjmuje się wg kryterium normatywnego (adekwatnego związku przyczynowego), a w prawie ubezpieczeniowym – przyjmują się zasadę bezpośredniości następstw wypadku ubezpieczeniowego.

### **Limitowanie odszkodowania:**

W ubezpieczeniach majątkowych istnieje zakaz wzbogacenia się poprzez ubezpieczenie (np. poprzez uzyskanie świadczenia od kilku ubezpieczycieli, przekraczające wartość szkody).

W ubezpieczeniach osobowych najczęściej mówi się o świadczeniu nieodszkodowawczym. Jest to stwierdzenie nieprecyzyjne – w ubezpieczeniach osobowych, można także mówić o odszkodowaniu, np. za koszty związane z leczeniem z tytułu NNW. W tych ubezpieczeniach nie obowiązuje zakaz uzyskiwania wielokrotnego świadczenia za to samo zdarzenie [Szpunar, 1998, s. 75 i nast.].

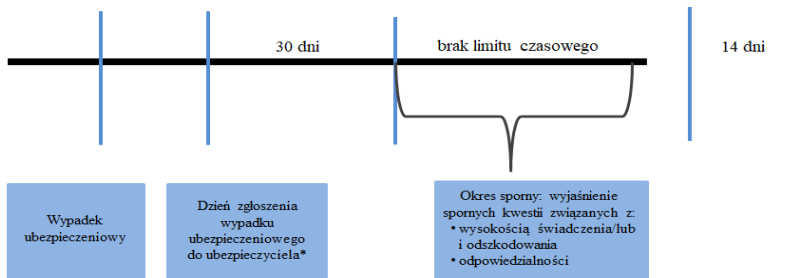
W Polsce praktyka ubezpieczeniowa ukształtowała odmienne podejście do stosowania regresu.

1. W ubezpieczeniach majątkowych – stosuje się regres.
2. W ubezpieczeniach osobowych – brak regresu.

### **2.4.4. Termin wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia ubezpieczeniowego**

Ważnym elementem, jest termin wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia ubezpieczeniowego przez zakład ubezpieczeń. Termin ten może być określony przez (Rysunek 26):

1. Umowę ubezpieczenia – zawartą pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym [Art. 805 § 1 K.c.].
2. OWU.
3. K.c. – jeżeli nie umówiono się inaczej, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. W sytuacji, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia zakład ubezpieczeń powinien spełnić w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zaistnieniu szkody [Art. 817 K.c.].



\* Zgłoszenie szkody powinno się odbywać niezwłocznie, po zaistnieniu szkody, chyba, że są okoliczności, które powodują, że jest to niemożliwe (np. dzień świąteczny, lub co jest wyjątkiem od reguły, jest to szkoda z ubezpieczenia domu letniskowego lub grobowca – zgłasza się w dniu stwierdzenia pojawienia się szkody. Szkody drobne, nie wymagające specjalisty – można samemu zlikwidować (robiąc pełną dokumentację – patrz OWU).

## Rysunek 26: Ustawowy termin spełnienia świadczenia lub/i odszkodowania ubezpieczeniowego

Źródło: opracowanie na podstawie [por. Kowalewski, 2002, s. 182; Przybytniowski, 2002, s. 56-73].

Brak limitu czasowego odnosi się do wyjaśnienia kwestii spornych związanych z wysokością odszkodowania lub/i świadczenia i odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy strony sporu wyjaśniają zasadność wysokości zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego lub gdy toczy

się postępowanie przed sądem (w tym przed sądem polubowym przy Rzeczniku Finansowym (RzF)).

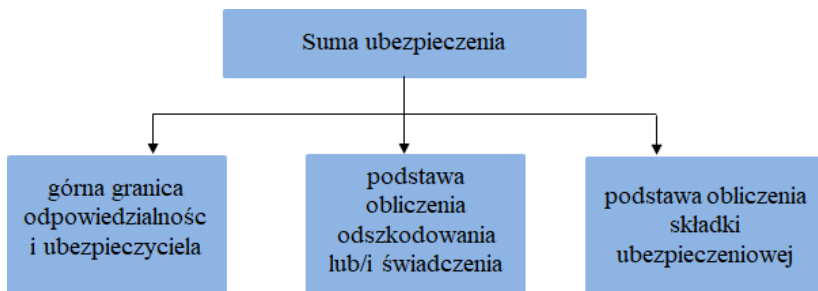
Zakończenie postępowania i uznanie zasadności roszczenia jest datą rozpoczęcia biegu 14. dniowego. W tym terminie ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić określone odszkodowanie lub/i świadczenie z umowy ubezpieczenia.

## 2.5. Systemy ubezpieczeń

### 2.5.1. Suma ubezpieczenia a rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia

**Suma ubezpieczenia** ((U) z *ang.*: *insured amount*) jest górną granicą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Stanowi ona podstawę do ustalenia odszkodowania lub/i świadczenia ubezpieczeniowego.

W ubezpieczeniach osobowych umowy mogą stanowić, iż zakład ubezpieczeń wypłaci odpowiednią jej krotność, np. 1,5 lub dwie SU. W ubezpieczeniach majątkowych SU jest z reguły górną granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela, o ile strony nie umówiły się inaczej [Art. 824 § 1 K.c. (zmniejszenie lub zwiększenie wartości przedmiotu ubezpieczenia)] (Rysunek 27).



Rysunek 27: Suma ubezpieczenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązującego systemu prawnego [Ubez., K. m. i K.c.].

Właściwie skalkulowana suma ubezpieczenia przez strony umowy ubezpieczenia, winna zapewniać ubezpieczonemu odszkodowanie umożliwiające odtworzenie posiadanego mienia do stanu przed wystąpieniem szkody – **szkoda całkowita** (z ang.: *total loss*) [Art. 805 § 3 K.c.].

**Szkoda częściowa** (z ang.: *partial loss*) – to stan mienia po zaistnieniu szkody z umowy ubezpieczenia, która wskazuje na uzasadnienie ekonomiczne jego naprawy. Czyli, każda powstała szkoda, której ubezpieczyciel nie uzna, jako szkody częściowej, traktuje się, jak szkodą częściową.

**Przykład:** Doszło do szkody komunikacyjnej. Ubezpieczony posiadał obowiązkowe ubezpieczenie komunikacyjne OC. Przedstawiciel zakładu ubezpieczeń (szkodowiec z ang.: *loss adjuster*) dokonał oględzin pojazdu i wycenił szkodę. Ubezpieczyciel ocenił zniszczenia na poziomie 30% wartości pojazdu, **co stanowi szkodę częściową**. Szkoda całkowita najczęściej uznawana jest przez ubezpieczyciela **od ok. 70% rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia** – (patrz OWU) (w tym wypadku – pojazdu). **Pamiętaj**, że ubezpieczyciel wylicza wartość przedmiotu ubezpieczenia na dzień powstania szkody.

**Suma gwarancyjna** (SG) jest górnym ograniczeniem odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela stosowanym w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej.

**Rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia** ((W) z ang. *actual value of the insured item*) – jest to suma ubezpieczenia, na którą została zawarta umowa ubezpieczenia minus amortyzacja (eksploatacja), czyli:

$$U - A = W \quad (17)$$

Jeśli wprowadzimy następujące oznaczenia:

U – suma ubezpieczenia;

W – rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia na dzień powstania szkody;

Z – wysokość powstałej szkody;

Q – wielkość przysługującego odszkodowania,

**to w praktyce ubezpieczeniowej mogą wystąpić trzy następujące sytuacje:**

Suma ubezpieczenia ( $U$ ) i rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia ( $W$ ) w praktyce przyjmują trzy relacje:

- a) ubezpieczenia w pełnej wartości, gdy suma ubezpieczenia jest równa rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia, czyli:

$$U = W \quad (18)$$

wówczas wypłacone odszkodowanie  $Q$  wyniesie:

$$Q = Z \quad (19)$$

- b) nadubezpieczenie, gdy suma ubezpieczenia ( $U$ ) przewyższa rzeczywistą wartość przedmiotu ubezpieczenia ( $W$ ):

$$U > W \quad (20)$$

wówczas wypłacone odszkodowanie  $Q$  wyniesie:

$$Q = Z \quad (21)$$

- c) niedubezpieczenie, gdy suma ubezpieczenia ( $U$ ) jest niższa od rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia. Przedmiot ubezpieczenia nie jest objęty pełną ochroną a ubezpieczony w przypadku szkody całkowitej nie otrzyma pełnej kompensaty strat:

$$U < W \quad (22)$$

wówczas wypłacone odszkodowanie  $Q$  wyniesie:

$$Q = Z \quad (23)$$

W przypadku nadubezpieczenia i ubezpieczenia w pełnej wartości ubezpieczony może liczyć, że ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie umożliwiające odtworzenie przedmiotu ubezpieczenia. Obie te sytuacje zapewniają realizację zasady pełnej ochrony ubezpieczenia.

Ważne: należy pamiętać, że powyższe sytuacje odnoszą się wyłącznie do ubezpieczeń majątkowych.

W przypadku niedoubezpieczenia zasada pełnej ochrony ubezpieczeniowej będzie miała zastosowanie w zależności od przyjętego systemu odpowiedzialności za szkodę.

W ubezpieczeniach majątkowych może jeszcze wystąpić:

- a) **wartość odtworzeniowa** (z ang.: *replacement value*, inaczej: wartość nowa (z ang.: *new value*), jest stosowana np.: w przypadku nieruchomości, gdy chodzi o jej przywrócenie, stałych elementów czy wyposażenia do stanu nowego (nieulepszzonego), poprzez naprawę czy odkupienie.

**Obliczamy:** w zależności od rodzaju przedmiotu ubezpieczenia, ubezpieczyciele stosują różne zasady wyliczenia sumy ubezpieczenia (U):

- dla domu – koszty są równe naprawie lub odbudowie pod adresem miejsca ubezpieczenia. Uwzględnia się tu także: cenę robót budowlanych, elektrycznych i instalacyjnych;
- dla stałych elementów domu – koszty są równe zakupowi, naprawie, jak też wytworzeniu nowego przedmiotu tej samej marki, typu, wymiarów, technologii, przy uwzględnieniu kosztów montażu, demontażu i transportu;
- dla wyposażenia domu – koszty są równe zakupowi, naprawie, jak też wytworzeniu nowego przedmiotu tej samej marki, typu, wymiarów, technologii.

**Przykład:** posiadamy dom. Nie jest nowy, ale stan jego jest zadowalający. Pewnego jesiennego dnia był huragan, w wyniku czego uszkodzeniu uległ dach, który należało niezwłocznie naprawić. W sumie koszt naprawy wyniósł 4 tys. Zł. W tym wypadku, zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia, właściciel domu, uzyska odszkodowanie zgodne z poniesionymi na naprawę.

b) **wartość rynkowa** – (z ang.: market value). Wartość ta jest podstawą do ustalenia sumy ubezpieczenia dla domu.

**Obliczamy:** należy pomnożyć powierzchnię użytkową domu i cenę rynkową za 1m<sup>2</sup>. Cena ta powinna obowiązywać w danej dzielnicy miasta lub miejscowości. Przy obliczaniu, należy uwzględnić najbardziej zbliżone parametry, stan techniczny oraz standard wykończenia. Mając na uwadze fakt, że ceny domów są zmienne, wartość rynkowa danej nieruchomości jest ustalana na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.

**Przykład:** kupiliśmy trzy lata temu dom, który postanowiliśmy ponownie ubezpieczyć. Jego wartość rynkowa uległa zmianie (wzrosła) i w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, zakup dokładnie takiego samego domu, w tej samej miejscowości, nie wynosi 400 tys. zł, lecz 550 tys. zł. Wcześniejsza zadeklarowana suma ubezpieczenia (400 tys. zł) jest zbyt niska i w razie pojawienia się szkody całkowitej, kwota 400 tys. zł nie wystarczałaby na zakup nowego domu o tym samym standardzie – brakłoby 150 tys. zł. Umowa ubezpieczenia domu miałaby charakter niedoubezpieczenia.

- c) **wartość księgową netto** (z ang.: *net book value*) – to wartość początkowa budynków, budowli czy innych środków trwałych po uwzględnieniu tzw. odpisów amortyzacyjnych. W przypadku tej wartości, ubezpieczony przedmiot z reguły nie odpowiada rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia. W takiej sytuacji – przedmiot ubezpieczenia już zamortyzowany może być równy “0”.
- d) **wartość początkowa** (księgową brutto; skróty: KB, WKB, z ang.: gross book value) – koszt zakupu mienia powiększona o ewentualne ulepszenia, czyli najczęściej wartość odpowiadająca fakturze za zakup danego urządzenia lub cena, jaką płacimy przedsiębiorstwu budowlanemu za wybudowanie budynku.



## 2.5.2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

W zależności od rodzaju, mienie może być ubezpieczone:

- a) na sumy stałe
- b) solidarnie na sumy stałe,
- c) na sumy zmienne, gdzie występuje najczęściej:
  - wartość częściowa, a w tym:
    - ✓ wartość proporcjonalna,
    - ✓ na pierwsze ryzyko.

**Na sumy stałe** – suma ubezpieczenia podana przez ubezpieczającego powinna odpowiadać dla:

a) **środków trwałych:**

- ✓ **wartości odtworzeniowej** tj. kosztom odbudowy lub nabycia, ustalonym na podstawie indywidualnej wyceny dokonanej bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

lub:

- ✓ **wartości rzeczowej** tj. kosztom odbudowy lub nabycia, po potrąceniu stopnia zużycia, ustalonym na podstawie indywidualnej wyceny dokonanej bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

- b) **środków obrotowych** – najwyższej ogólnej wartości mienia przewidzianej w okresie ubezpieczenia odpowiadającej kosztom jego wytworzenia lub nabycia (wartość maksymalna),
- c) **mienia przejętego od osób trzecich** w celu wykonania usługi lub do komisowej sprzedaży – najwyższej ogólnej wartości rzeczowej tego mienia przewidzianej w okresie ubezpieczenia z tym, że w przypadku sprzedaży komisowej zmniejszonej o prowizję komisową.

**Solidarnie na sumy stałe** – występuje np. w ubezpieczeniu majątku od ryzyka kradzieży, czy od ryzyka ognia, w sytuacji, gdy mienie, które zgłaszane jest do ubezpieczenia przez ubezpieczającego znajduje się w różnych miejscach i ustala się dla całości mienia jedną wartość sumy ubezpieczenia.

**Na sumy zmienne** – występuje najczęściej w sytuacjach, gdy ubezpieczający ubezpiecza swój majątek, np. środki obrotowe, przewiduje wahania cen.

Zadanie:

W systemie ubezpieczenia na sumy zmienne przyjęto, że składka zaliczkowa w wysokości 3,8‰ będzie liczona od średniego miesięcznego stanu zapasów w wysokości 420 tys. zł i zostanie pobrana w wysokości 50%. Suma wszystkich zgłoszonych w 12 miesiącach wartość zapasów wyniosła 3,822 mln zł.

Obliczyć:

- 1) średniomiesięczną sumę ubezpieczenia,
- 2) składkę zaliczkową miesięczną,
- 3) składkę zaliczkową miesięczną do zapłaty,
- 4) składkę całkowitą miesięczną do zapłaty,
- 5) składkę dodatkową miesięczną do zapłaty.

Rozwiązanie

- 1) średniomiesięczna suma ubezpieczenia:  
 $3\,822\,000\text{ zł} // 12\text{ miesięcy} = 318\,500\text{ zł} // \text{miesiąc}$
- 2) składka zaliczkowa miesięczna:  
 $3,8\text{‰} \times 420\text{ tys. zł} = 1596\text{ zł}$
- 3) składka zaliczkowa miesięczna do zapłaty:  
 $50\% \times 1596\text{ zł} = 798\text{ zł}$
- 4) składka całkowita miesięczna do zapłaty:  
 $318\,500\text{ zł} \times 3,8\text{‰} = 1210\text{ zł}$
- 5) składka dodatkowa miesięczna do zapłaty:  
 $1\,210\text{ zł} - 798\text{ zł} = 412\text{ zł}$

**Uwaga:** Ubezpieczenia mienia w systemie na sumy zmienne daje pełną gwarancję rekompensaty za szkody (tak jak w systemie na sumy stałe), pozwala jednak uniknąć nadubezpieczenia i znacznie zaoszczędzić na składce ubezpieczeniowej, gdyż zamiast w tym przypadku zapłacić 1 596 zł składki, ubezpieczający płaci tylko 1 210 zł, czyli zaoszczędza 386 zł.

**Ubezpieczenie na wartość częściową** – system ten jest często stosowany zamiennie w stosunku do systemu na pierwsze ryzyko. Występuje wtedy, gdy ubezpieczający chce do ubezpieczenia zasadniczego, jakim jest ubezpieczenie od ognia, także włączyć ubezpieczenie od

kradzieży, gdzie ustalona suma jest wartością częściowej w stosunku do wartości całkowitej określonego majątku ruchomego zgłoszonego do ubezpieczenia od ognia.

W przypadku **szkody częściowej** – ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w zależności od przyjętego w umowie systemu odpowiedzialności ubezpieczyciela:

- 1) **odpowiedzialność na pierwsze ryzyko** – suma ubezpieczenia jest ustalana odrębnie dla każdej grupy mienia na podstawie przewidywanej maksymalnej straty w okresie ubezpieczenia.

**Przykłady wypłaty odszkodowania na zasadzie pierwszego ryzyka:**

- a) **szkoda jest niższa od sumy ubezpieczenia** – odszkodowanie ubezpieczeniowe pokrywa w całości szkodę do sumy ubezpieczenia:

$$U = 30.000 \text{ zł,}$$

$$S = 25.000 \text{ zł,}$$

$$Z = 10.000 \text{ zł,}$$

$$Q = ?$$

$$Q = \text{zakład ubezpieczeń wypłaci} - 10.000 \text{ zł.}$$

- b) **szkoda jest wyższa od sumy ubezpieczenia** – odszkodowanie jest równe sumie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel wypłaca, tylko tę część szkody, która nie przewyższa sumy ubezpieczenia:

$$U = 30.000 \text{ zł,}$$

$$S = 25.000 \text{ zł,}$$

$$Z = 28.000 \text{ zł.}$$

$$Q = ?$$

$$Q = \text{zakład ubezpieczeń wypłaci} - 25.000 \text{ zł.}$$

- 2) **system odpowiedzialności proporcjonalnej** – polega na tym, że zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowania ubezpieczeniowe w wysokości pozostającej w takim stosunku do wielkości szkody, w jakim suma ubezpieczeniowa pozostaje do wartości przedmiotu ubezpieczenia. Można to zapisać:

$$Q : Z = U : W \quad (24)$$

stąd:

$$Q = Z \times \frac{U}{W} \quad (25)$$

gdzie:

$Q$  – odszkodowanie ubezpieczeniowe,

$Z$  – wysokość szkody,

$U$  – suma ubezpieczenia,

$W$  – rzeczywista wartość przedmiotu ubezpieczenia.

a) Szkoda częściowa:

Przykład:

$W = 30.000$  zł,

$U = 15.000$  zł,

$Z = 15.000$  zł,

$Q = ?$

$$Q = \frac{15.000\text{zł} \times 15.000\text{zł}}{30.000\text{zł}} = 7.500$$

b) Szkoda całkowita:

Przykład:

$W = 30.000$  zł

$S = 25.000$  zł

$Z = 30.000$  zł

$Q = ?$

$$Q = \frac{30.000 \text{ zł} \times 25.000\text{zł}}{30.000 \text{ zł}} = 25.000$$

**Limit kredytowy** (z ang.: *credit limit*) – jest górnym ograniczeniem odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela w ubezpieczeniach należności (kredytu, wierzytelności). Określa on pułap należności od dłużnika, który objęty jest ochroną ubezpieczeniową. Dług powyżej limitu kredytowego w razie braku zapłaty pozostaje na wyłącznym ryzyku wierzyciela.

**Udział własny** (z ang.: *self retention*) w szkodzie – polega na podziale odpowiedzialności za przedmiot ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczyciela i ubezpieczającego. W rezultacie jest to także umowne ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela do części będącej jego udziałem, a ubezpieczający musi przewidzieć odtworzenie części przedmiotu ubezpieczenia we własnym zakresie. Konsekwencją takiego podziału odpowiedzialności jest ograniczenie podstawy obliczania składki do części objętej udziałem zakładu ubezpieczeń i pomniejszenie odszkodowania o część będącą udziałem własnym ubezpieczającego. Ubezpieczający ponosi określony procentowo lub kwotowo udział w szkodzie stosownie do przyjętego udziału własnego.

Warunek ten wyrażany jest na dwa sposoby:

- a) **kwotowo** (np. 2 000 zł **udziału własnego** w momencie wystąpienia danej szkody);

Przykład:

$$U = 15.000 \text{ zł}; \quad W = 12.000 \quad Z = 12.00 \text{ zł}$$

$$\text{b) } 12.000 \text{ zł} - 2\,000 \text{ zł} = \mathbf{10.000 \text{ zł}}$$

- b) **procentowo** (np. 20% **udziału własnego** w momencie wystąpienia danej szkody);

Przykład:

$$U = 15.000 \text{ zł}; \quad W = 12.000 \text{ zł} \quad Z = 12.000 \text{ zł}$$

$$12.000 \text{ zł} * 20\% = 12.000 - 2.400 = \mathbf{9.600 \text{ zł}}$$

**Franszyza** – (z ang.: – *franchise* – zwolnienie od czegoś) [Kopaliński, 1990, s. 179] – to klauzula prawna umowy ubezpieczeniowej, zastrzegająca ograniczenie wartości odszkodowania (w określonych warunkach).

W związku z tym można powiedzieć, że franszyza jest to umowne ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę.

W praktyce rozróżnia się franszyzę:

1. Integralną.
2. Redukcyjną.
3. Kilometrową.
4. Czasową.

**Franszyza integralna** (z ang.: *integral franchise*) – jest to ograniczenie odpowiedzialności, ubezpieczyciela polegające na zwolnieniu z odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jeżeli szkoda nie przekracza określonego w umowie poziomu.

Przykład:

- a) Franszyza – 100zł; szkoda – 80zł; **wypłata – brak**
- b) Franszyza – 100zł; szkoda – 150zł; **wypłata – 150zł**

**Franszyza redukcyjna** (z ang.: *reduction franchise*) – polega na zmniejszeniu odpowiedzialności, ubezpieczyciela. Zmniejszenie to określane jest w wartościach bezwzględnych np. w kwocie lub w wartościach względnych, np. w procencie lub ułamku wartości szkody.

Przykład:

- Franszyza – 20zł; szkoda – 100zł; **wypłata – 80zł.**
- Franszyza – 20zł; szkoda – 10zł; **wypłata – brak.**

**Franszyza kilometrowa** (z ang.: *kilometer franchise*) – ubezpieczyciel świadczy usługę pomocową lub wypłaca odszkodowanie za udzieloną pomoc, gdy do zdarzenia doszło w odległości większej niż ustalona odległość w km od miejsca zamieszkania.

Zadanie:

Franszyza kilometrowa wynosi 100 km.

Czy ubezpieczyciel wypłaci kwotę odpowiadającą franszyzie kilometrowej, czyli 500 zł, jeśli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w odległości od zamieszkania ubezpieczonego:

- a) 99 km,
- b) 101 km.

Rozwiązanie:

- a) nie,
- b) tak.

**Franszyza czasowa** (z ang.: *time franchise*) – ubezpieczyciel świadczy usługę pomocową lub wypłaca odszkodowanie za udzieloną pomoc począwszy od ustalonego czasookresu od chwili zdarzenia.

Zadanie:

Franszyza czasowa wynosi 24 godziny. Czy ubezpieczyciel wypłaci kwotę odpowiadającą franszyzie czasowej, czyli 600 zł, jeśli pomocy udzielono po:

- a) 23 godz.
- b) 24 godz.

Rozwiązanie:

- a) nie,
- b) tak.

Pytania kontrolne:

1. Jakie wyróżniamy sytuacje decyzyjne (omówić, podać różnice)?
2. Co to jest ryzyko i jaka jest jego istota w działalności ubezpieczeniowej?
3. Jakie mamy rodzaje niepewności?
4. Jaka jest różnica między niepewnością a ryzykiem?
5. Jaki mamy rodzaje miar ryzyka (omówić)?
6. Na czym polega ryzyko w działalności ubezpieczeniowej?
7. Czym się różni proces zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie od zarządzania ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej?
8. Co to jest zdarzenie losowe?
9. Jaka jest różnica między zdarzeniem losowym, wypadkiem losowym a wypadkiem ubezpieczeniowym?
10. Co to jest szkoda, szkoda majątkowa i szkoda niemajątkowa?
11. Jaka jest różnica między świadczeniem a odszkodowaniem?
12. Czym różni się szkoda częściowa od szkody całkowitej?
13. Na czym polega ustawowy termin spełnienia świadczenia lub/i odszkodowania ubezpieczeniowego?
14. Jaka jest różnica między sumą ubezpieczenia a sumą gwarancyjną?
15. Jaka jest różnica między rzeczywistą wartością przedmiotu ubezpieczenia, wartością odtworzeniową a wartością rynkową?
16. Czym różni się franszyza redukcyjna od franszyzy integralnej?
17. Czym różni się franszyza od udziału własnego w szkodzie?
18. Na czym polega wypłata odszkodowania na zasadzie proporcji, a na czym wypłata odszkodowania na zasadzie pierwszego ryzyka?





## Rozdział 3

### Umowa, jako źródło ubezpieczenia

W aktualnym stanie prawnym jedynym źródłem stosunku prawnego ubezpieczenia jest umowa. Wszystkie ubezpieczenia gospodarcze są ubezpieczeniami umownymi. Oznacza to, że podmiot by być ubezpieczonym musi zawrzeć umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Wymóg ten dotyczy zarówno ubezpieczeń obowiązkowych, jak i dobrowolnych.

#### 3.1. Pojęcie umowy ubezpieczenia

Według aktualnie obowiązujących przepisów prawnych wszystkie ubezpieczenia w Polsce mają **charakter umowny**.

Przez **umowę ubezpieczenia** (z *ang. insurance policy*) należy rozumieć, zobowiązanie pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym (w zakresie swojej działalności), w wyniku, którego ubezpieczyciel **zobowiązuje się spełnić określone świadczenie** (ma to charakter warunkowy) w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający **zobowiązuje się zapłacić składkę** (obowiązek bezwarunkowy) [Art. 805 § 1 K.c.].

Całokształt prawnych stosunków ubezpieczenia gospodarczego – w swych kluczowych kwestiach – normowany jest przepisami kodeksu cywilnego, w szczególności w części regulującej umowę ubezpieczenia (art. 805 – 834):

- a) art. 805 – 820 K.c. – poświęcony jest kwestiom ogólnym umowy ubezpieczenia,
- b) art. 821 – 828 K.c. – poświęcony jest szczegółowym zagadnieniom wynikającym z zawarcia umowy ubezpieczenia majątkowego,
- c) art. 829 – 834 K.c. – poświęcony jest szczegółowym zagadnieniem, związanym z zawarciem umów osobowych.

Natomiast w **ubezpieczeniach morskich** (z *ang. marine insurance*) ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za składkę ubezpieczeniową **wypłacić odszkodowanie za szkody poniesione wskutek niebezpie-**

czeństw, na jakie przedmiot ubezpieczenia jest **narażony w związku z żeglugą morską** [Art. 292 K.m.].

Przedmiotem **umowę ubezpieczenia na życie** (z ang.: *life insurance policy*) jest **życie ubezpieczonego**. **Śmierć osoby ubezpieczonej powoduje obowiązek wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela na rzecz uposażonego lub uposażonych (jeżeli jest lub są wskazani w umowie ubezpieczenia)**. Ubezpieczenie to można zawrzeć na **czas określony lub dożywotnio**.

Przez **umowę ubezpieczenia majątku** (z ang.: *property insurance policy*), rozumie się rodzaj ubezpieczenia, gdzie przedmiotem jest **mienie ubezpieczonego**, którego wartość **materialną można określić oraz odpowiedzialność cywilna**. Taką umowę zawiera się na **czas określony**, najczęściej są to umowy średniookresowe (roczne).

Przez umowę ubezpieczenia **ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeń** (z ang.: *insurance company*)) zobowiązuje się [Orlicki, 2002, s. 3]:

- a) pełnić ochronę ubezpieczeniową w okresie trwania umowy ubezpieczenia, czyli ponosić ryzyko zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
  - b) zapłacić określoną w umowie sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego,
- a **ubezpieczający** (z ang.: *policyholder*) – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia zobowiązuje się zapłacić składkę.

Tym samym, **istnieje przedmiotowe i podmiotowe prawo umowy ubezpieczenia** [Przybytniowski, 2002, s. 61], które polega na prawie uzyskania przez ubezpieczonego wypłaty określonej sumy pieniężnej lub przywrócenia danego przedmiotu do stanu przed powstaniem szkody w razie zajścia wypadku losowego, gdyż:

- a) potencjalne prawo do uzyskania wypłaty określonej sumy pieniężnej (**ekspektatywny charakter stosunku ubezpieczenia**) – ubezpieczony otrzymuje z chwilą powstania prawnego stosunku ubezpieczenia (**prawo przedmiotowe**),
- b) prawo do zapłaty określonej sumy pieniężnej otrzyma ubezpieczający (ubezpieczony) z chwilą zajścia wypadku losowego określonego treścią nawiązania prawnego stosunku ubezpieczenia (**prawo podmiotowe**).

Według tego samego autora [2002, s. 1], treść stosunku prawnego powstałego w wyniku zawarcia umowy ubezpieczenia kształtowana jest poprzez:

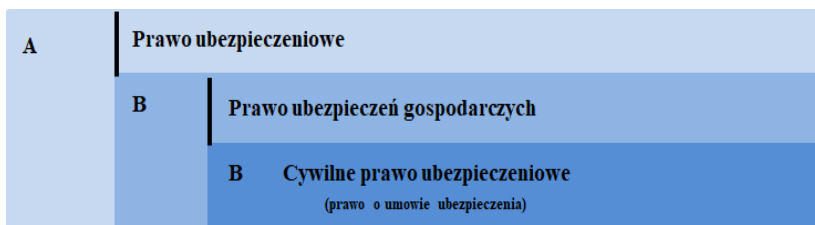
- normy prawne,
- oświadczenie woli stron umowy ubezpieczenia,
- wzorce umów (ogólne warunki ubezpieczenia),
- zasady współżycia społecznego,
- ustalone zwyczaje.

## 3.2. Cechy i regulacje prawne umowy ubezpieczenia

### 3.2.1. System prawny umowy ubezpieczenia gospodarczego

System prawny regulujący zasady funkcjonowania umowy ubezpieczenia w ubezpieczeniach gospodarczych, w przeciwieństwie do innych gałęzi prawa, nie jest oparty na jednym akcie prawnym – stąd też, źródła prawa są rozproszone i znajdują się w różnych aktach normatywnych.

Przez pojęcie – źródło prawa ubezpieczeń (Rysunek 28), należy rozumieć – formy, w jakich się przejawia, i w jakich jest podawana podmiotom prawa wola państwa w zakresie spraw dotyczących ubezpieczeń gospodarczych [Monkiwicz (red.), 2000, s. 30].



Legenda:

- A – ogół norm prawnych regulujących organizację i zasady działalności ubezpieczycieli oraz prawa i obowiązki stron w dziedzinie ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.
- B – całokształt norm prawnych regulujących stosunki związane z istnieniem i funkcjonowaniem ubezpieczeń gospodarczych
- C – ogół norm prawnych regulujące zasady powstawania prawnego stosunku ubezpieczenia umów:
- ubezpieczenia bezpośredniego,
  - ubezpieczenia pośrednich (reasekuracji).

Rysunek 28: Źródła prawa ubezpieczeniowego

Źródło: opracowanie na podstawie [Kowalewski, 2002, s. 18; Przybytniowski, 2002, s. 56-57]

**Umowa ubezpieczenia gospodarczego** (z ang. *business insurance policy*) uregulowana jest normami prawa cywilnego, czyli jest umową cywilną. Prawny stosunek ubezpieczenia gospodarczego – w swych kluczowych kwestiach – normowany jest:

- przepisami kodeksu cywilnego,
- przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Dz.U. 2015 poz. 1844].
- przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zwana dalej ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych [Dz.U. z 2003 r. nr 142, poz. 1152, z późn. zm.].
- przepisami kodeksu morskiego w szczególności tytułu VI, [Dz.U. z 2001 r., Nr 138, poz. 1545, z późn. zm.].

Przepisy **kodeksu cywilnego** regulujące zasady funkcjonowania umowy ubezpieczenia mają charakter ramowy, gdyż obejmują one swym zakresem bardzo różne rodzaje ubezpieczeń. W związku z tym, istotną rolę przy zawieraniu umowy ubezpieczenia mają ogólne warunki ubezpieczenia (OWU).

Istotną rzeczą związaną z umową ubezpieczenia, regulowaną przepisami K.c., jest fakt, iż mają one w większości charakter bezwzględnie obowiązujący (imperatywny), co oznacza, że strony umowy ubezpieczenia **nie mogą w sposób dowolny kształtować swych praw i obowiązków**. Niektóre z przepisów przewidują w swej treści możliwość odstępstwa od zasad zawartych w rozdziale „umowa ubezpieczenia”. Posiadają one zapis, „jeżeli nie umówiono się inaczej” – mają one **charakter dyspozytywny**.

Zmiana treści zawarta w zapisach bezwzględnie obowiązujących – imperatywnych – będzie **z mocy prawa nieważna**.

Przepisy kodeksu cywilnego nie dotyczą umów morskich oraz reasekuracyjnych.

### 3.2.2. Cechy umowy ubezpieczenia

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi [Kowalewski, 2002, s. 42; Orlicki, 2002, s. 25-45; Reps, Reps, 2000, s. 56-58] należy

pamiętać, iż źródłem powstania stosunku ubezpieczenia gospodarczego pomiędzy dwoma stronami (ubezpieczycielem i ubezpieczającym) jest umowa ubezpieczenia. Umowa ta jest umową:

1. **Dwustronnie zobowiązującą** – po zawarciu umowy ubezpieczenia powstają prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia. Jedną stroną jest podmiot przejmujący odpowiedzialność ponoszenia ryzyka spełnienia świadczenia w wyniku zaistnienia określonego w umowie zdarzenia losowego – ubezpieczyciel. Drugą stroną jest ubezpieczający zobowiązany do zapłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. **Kwalifikowaną** – gdyż jedną ze stron umowy jest ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeń) posiadający specjalne uprawnienia – zezwolenie organu nadzoru ubezpieczeniowego (KNF) [Sangowski, 2000, s. 93].
3. **Konsensualną** – tzn., że umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku poprzez zgodne oświadczenie woli (konsens) stron przystępujących do ubezpieczenia: ubezpieczyciela i ubezpieczającego. Nie ma szczegółowych zasad regulujących formę zawarcia umowy ubezpieczenia, co oznacza, że każde zachowanie stron, wyrażające zgodne oświadczenie woli, może być uznane za wolę dostateczną.
4. **Nazwaną** – oznacza to, że umowa jest uregulowana w przepisach prawnych: kodeksie cywilnym, kodeksie morskim.
5. **Wzajemną** – strony umowy ubezpieczenia stają się dla siebie nie tylko wierzycielami, ale także i dłużnikami. Uzależnione jest to od tego, o jakim świadczeniu jest mowa, czy o zapłacie składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego, czy pełnienie ochrony ubezpieczeniowej bądź zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
6. **Odpłatną** – świadczenie z umowy ubezpieczenia zawsze ma charakter odpłatny. Odpłatność ta charakteryzuje się zapłatą składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego;
7. **Adhezyjną** – większość umów jest zawierana na zasadzie przystąpienia ubezpieczającego do warunków ubezpieczenia ustalonych przez zakład ubezpieczeń.
8. **Największego zaufania** – należy pamiętać, że umowa ubezpieczenia zawierana przez strony umowy ubezpieczenia, które muszą mieć do siebie szczególnie zaufanie. Umowa zawierana jest w dobrej wie-

rze – ubezpieczający przekazuje z największą starannością wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia wierząc, że ubezpieczyciel nie będzie stosował żadnych „kruczków”, które mogą pozbawić go ochrony ubezpieczeniowej;

9. **Konsumencką** – o charakterze umowy konsumenckiej mówimy, dlatego, że jedną ze stron umowy ubezpieczenia jest konsument lub podmiot, którego prawa zrównano z prawami konsumenta [Art. 22<sup>1</sup> K.c. oraz art. 384 § 5 K.c.].
10. **Stalej współpracy kontraktowej** – zawarcie umowy „składa się z czterech głównych etapów:
  - przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
  - ochrony ubezpieczeniowej (w trakcie trwania umowy ubezpieczenia),
  - postępowanie likwidacyjne – wystąpienie zdarzenia losowego z umowy ubezpieczenia (wypadku ubezpieczeniowego),
  - terminowość i szybkość wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia z umowy ubezpieczenia.
11. **Ma charakter masowy**
12. **Ma ustandaryzowaną formę**, czyli brak możliwości w zakresie negocjacji (ubezpieczenia obowiązkowe) lub niewielkie możliwości w zakresie negocjacji (ubezpieczenia dobrowolne).
13. **Najwyższa dobra wola**, którą rozumieć należy, jako wzajemne zaufanie stron umowy ubezpieczenia. Jako przedstawiciel ubezpieczyciela (pośrednik ubezpieczeniowy), przystępując do umowy, zakładam, że wszelkie informacje przekazane mi przez ubezpieczającego są zgodne ze stanem faktycznym. Natomiast, ubezpieczający, liczy na to, że ubezpieczyciel spełni warunki z umowy ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia zdarzenia losowego (wypadku ubezpieczeniowego) i otrzyma odpowiednie odszkodowanie lub/i świadczenie z umowy ubezpieczenia.

### 3.2.3. Odpowiedzialność gwarancyjna zakładu ubezpieczeń

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia gospodarczego, powstaje z dniem, jaki zostanie uzgodniony przez strony tej umowy [art. 814 § 1 K.c.]. Samo zawarcie umowy ubez-

pieczenia – nie powoduje powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (konsensus, co do zapisów umowy ubezpieczenia), powstaje ona od dnia, od którego zakład ubezpieczeń przejmie odpowiedzialność.

Źródłem powstania prawnego stosunku ubezpieczenia jest zawarcie umowy (odpowiedzialność formalna), natomiast przesłanką powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest zapłacenie składki ubezpieczeniowej (odpowiedzialność materialna).

Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy i zapłaceniu składki. Nie wyklucza się możliwości zawarcia umowy przez strony umowy, w której początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń oznaczony zostanie inaczej. Można wskazać w umowie konkretny, późniejszy niż następny dzień po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej – dzień, od którego zakład ubezpieczeń będzie ponosił odpowiedzialność gwarancyjną z danej umowy ubezpieczenia (**odpowiedzialność gwarancyjna** – mamy do czynienia wtedy, gdy podmiotem odpowiedzialnym za naprawienie szkody jest, (czy to na podstawie umowy, czy też przepisu prawnego), podmiot niebędący sprawcą szkody).

Przykładem odpowiedzialności gwarancyjnej jest **odpowiedzialność ubezpieczyciela** za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdu na podstawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego.

Jest możliwość objęcia ochroną ubezpieczeniową (odpowiedzialnością) – okres poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia. Warunkiem skuteczności objęcia ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest to, aby w chwili zawarcia umowy żadna ze stron nie wiedziała lub też nawet przy zachowaniu należytej staranności nie mogła się dowiedzieć, że [patrz: Art. 806 § 1 i 2 K.c. – nieważność i bezskuteczność umowy ubezpieczenia]:

- a) wypadek ubezpieczeniowy już zaszedł,
- b) odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie.

W związku z możliwością występowania rozbieżności między datą zawarcia umowy ubezpieczenia, a datą powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela można wyróżniać okresy:

1. Formalny – rozpoczyna się z datą zawarcia umowy, a kończy z chwilą jej wygaśnięcia.
2. Materialny – odpowiedzialność gwarancyjna ubezpieczyciela.

3. Techniczny – składkowy i utrzymywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

### 3.3. Strony umowy ubezpieczenia oraz inne podmioty stosunku ubezpieczenia

#### 3.3.1. Strony umowy ubezpieczenia

Ubezpieczenie jest stosunkiem prawnym, pomiędzy dwoma podmiotami:

**Ubezpieczającym** (z *ang. policyholder*) – osoba fizyczna, prawna, przedsiębiorstwo nieposiadające osobowości prawnej, która zawarła we własnym imieniu z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia i zobowiązała się do zapłacenia składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczający może ubezpieczyć – własne życie, mienie, przed skutkami zdarzeń losowych – w tej sytuacji staje się równocześnie ubezpieczonym.

a

**Ubezpieczycielem** (z *ang. insurance company* – zakład ubezpieczeń) – zobowiązanym do wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego.

#### 3.3.2. Podmioty umowy ubezpieczenia

Zawarta przez dwie strony umowa ubezpieczenia wiąże w praktyce cztery podmioty. Są to strony umowy – **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** oraz inne podmioty tego stosunku prawnego – **ubezpieczony**, **uposażony** i **uprawniony**.

**Ubezpieczający** staje się podmiotem umowy ubezpieczenia, zarówno z punktu widzenia formalnego, jak i materialnego, w sytuacji, gdy zawrze umowę ubezpieczenia na rzecz siebie. Gdy ubezpieczający zawrze umowę ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, np. NNW szkole – zawarcie umowy na rzecz swojego dziecka – nadal pozostaje stroną umowy ubezpieczenia.

Podmiotem umowy ubezpieczenia staje się także **ubezpieczyciel**. Następuje to z chwilą zawarcia umowy.



Umowa ubezpieczenia, ponadto może wiązać inne podmioty.

Ponadto, do podmiotów umowy ubezpieczenia zaliczamy:

- a) **ubezpieczony** (z *ang. insured*) – osoba (podmiot), którego dobrom osobistym bądź majątkowym zagraża określone w umowie ubezpieczenia zdarzenie losowe. W praktyce najczęściej ubezpieczający i ubezpieczony jest jedną i tą samą osobą. W razie zawarcia umowy na rzecz osoby trzeciej – ubezpieczający nie staje się ubezpieczonym. Ta sytuacja może występować zarówno w ubezpieczeniach osobowych, jak i majątkowych<sup>6</sup>,
- b) **uposażony** (z *ang.: beneficiary*) – osoba, wobec której ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie ubezpieczeniowe. Może to być np. osoba, na której rzecz zawarto umowę ubezpieczenia (z umowy ubezpieczenia życiowego) lub poszkodowany (w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej). Gdy w umowie ubezpieczenia, nie ma wskazanego uposażonego, wtedy mamy do czynienia z **uprawnionym**.  
W razie zawarcia umowy na rzecz osoby trzeciej – ubezpieczający nie staje się zarazem ubezpieczonym.

Jeżeli **przepisy prawne nie stanowią inaczej**, uposażony w umowie ubezpieczenia osobowego, powinien być wskazany (np.: w sytuacji, gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz swojego dziecka).

Wskazanie uprawnionego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo, jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia, suma ta przypada najbliższej rodzinie ubezpieczonego w kolejności ustalonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej [patrz: Art 832 K.c.].

- c) **Uprawniony** (z *ang.: entitled*) – osoba, wobec której ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie ubezpieczeniowe. Może to być np. osoba, na której rzecz zawarto ubezpieczenie, zarówno z umowy ubezpieczenia osobowego lub poszkodowany – w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej.

---

<sup>6</sup> Kodeks cywilny w swych zapisach o ubezpieczonym, pisze tylko pod kątem ubezpieczeń osobowych. Nic nie wspomina na temat ubezpieczonego w części dotyczącej ubezpieczeń majątkowych. Nie znaczy to, że w ubezpieczeniach majątkowych nie będziemy „mówili” o zawarciu umowy na rzecz osoby trzeciej.

Dziedziczenie ustawowe, co **do całości sumy ubezpieczenia**, zachodzi w sytuacji, gdy spadkodawca (ubezpieczony) nie powołał spadkobiercy (uprawnionego/nych), albo, gdy żadna z osób, które powołał nie chce lub nie może być spadkobiercą (uprawnionym do wzięcia świadczenia z umowy ubezpieczenia). Uzyskanie ustawowe świadczenia z umowy ubezpieczenia, co **do części świadczenia**, zachodzi w sytuacji, w której spadkodawca (ubezpieczony) nie powołał spadkobiercy (uprawnionego/nych), co do tej części spadku, albo, gdy którakolwiek z osób, które powołał do całości nie chce lub nie może być spadkobiercą (uprawnionym) – o ile nie występuje instytucja podstawienia [Art. 963 K.c.] lub przyrostu [art. 965 K.c.].

Zasada pierwszeństwa testamentu – dziedziczenie ustawowe przewidziane jest wtedy, gdy spadkodawca (uprawniony) sam skutecznie nie rozrządził spadkiem.

Krąg spadkobierców, określany jest przez związki rodzinne tzn. wynikające z więzów krwi, małżeństwa lub przysposobienia,

Ustawodawca określa **grupy osób najbliższych**, a następnie określa, kto dziedziczy w braku osób danej grupy (lub niektórych z nich),

Kolejne osoby są powołane do dziedziczenia dopiero w sytuacji, **gdy bliżej powołani nie chcą lub nie mogą dziedziczyć**.

Według KC dziedziczyć mogą następujący bliscy:

- Małżonek.
- Zstępni (tj. dzieci, wnuki, prawnuki itd.) – [Art. 931 K.c.].
- Rodzice – [Art. 932. § 1-3 K.c.].
- Rodzeństwo spadkodawcy i ich zstępni – [Art. 932 § 4 i 5 K.c.].
- Dziadkowie spadkodawcy i ich zstępni – [Art. 934 K.c.].
- Dzieci małżonka spadkodawcy, których żadne z rodziców nie dożyło otwarcia spadku – [Art. 934(1) K.c.].

Rozszerzenie katalogu spadkobierców nastąpiło nowelizacją KC z 2.04.2009 r. – rozszerzono katalog uprawnionych dziedziczenia o dalszych krewnych niż rodzice w linii prostej oraz zstępni rodzeństwa w linii bocznej, a także włączono do kręgu spadkobierców ustawowych pasierbów. Zmiany stosuje się do spadków otwartych od 28.06.2009 r.

d) Uprawnionym z umowy ubezpieczenia może być także **poszkodowany** (z ang.: *injured*). Poszkodowany, to podmiot stosunku ubezpieczenia, który występuje w ubezpieczeniach odpowiedzialności

cywilnej. Należy w tym miejscu pamiętać, że poszkodowany nie jest stroną umowy ubezpieczenia „OC”.

W literaturze przedmiotu, można także spotkać pojęcie – **beneficjent** (z ang.: *beneficiary*), czyli osoba, która jest uprawniona do otrzymania świadczenia lub/i odszkodowania z umowy ubezpieczenia osobowego lub/i majątkowego w przypadku zajścia zdarzenia losowego (wypadku ubezpieczeniowego) z umowy ubezpieczenia (ubezpieczony, uposażony i uprawniony z umowy ubezpieczenia). Może nim być podmiot, czyli osoba fizyczna, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna).

**Ważne:** Definiujący umowę ubezpieczenia, wymienia dwa podmioty, jako strony umowy ubezpieczenia gospodarczego: **zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel)** i **ubezpieczającego**. Jednakże w stosunku prawnym ubezpieczenia może wystąpić więcej podmiotów. Są to zazwyczaj także: **ubezpieczony uposażony** i **uprawniony** do świadczenia lub/i odszkodowania.

### 3.4. Forma i tryb zawarcia umowy ubezpieczenia

Zastrzeżenie formy pisemnej, dokumentowej albo elektronicznej bez rygору nieważności ma taki skutek, że w razie niezachowania zastrzeżonej formy nie jest w sporze dopuszczalny dowód z zeznań świadków lub z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności.

Zapisu tego nie stosuje się, gdy zachowanie formy pisemnej, dokumentowej albo elektronicznej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków czynności prawnej.

Obowiązek nadania umowie określonej formy istnieje tylko wówczas, gdy stanowią tak obowiązujące przepisy lub została wcześniej zawarta umowa między stronami (umowa wstępna).

W myśl przepisów K.c. do zawarcia ważnej umowy ubezpieczenia gospodarczego nie jest wymagana żadna forma kwalifikowana. Jednakże, w myśl treści znacznej ilości OWU umowy zawierane są w formie pisemnej [Art. 74 K.c.].

Przepis art. 43 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dalej: u.d.u.r.) pozwala sporządzać dokumenty związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia w postaci elek-

tronicznej, jeżeli będą w sposób należyty utworzone, utrwalone, przechowywane i zabezpieczone. Dodatkowo podpis osoby reprezentującej zakład ubezpieczeń na dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia może być odtworzony mechanicznie.

Mając na uwadze art. 43 u.d.u.r. nie powinno budzić wątpliwości, że doręczenie dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia (polisy) w postaci elektronicznej spełnia wymagania art. 809 K.c. Tu jednak powstaje pytanie, w jaki sposób dokument ubezpieczenia w postaci elektronicznej powinien zostać doręczony. Doręczenie należy rozumieć nie tylko, jako fizyczne wręczenie, ale również, jako dostarczenie na nośniku, który umożliwia z jednej strony – zachowanie dokumentu, a z drugiej strony – jego swobodne odtworzenie. Skoro doręczenie umowy ubezpieczenia decyduje o chwili zawarcia umowy, to sposób doręczenia polisy powinien również pozwalać precyzyjnie określić chwilę doręczenia. W tym kontekście wydaje się, że wystarczające jest przesłanie polisy w formacie powszechnie stosowanym lub linku do ubezpieczającego pocztą elektroniczną lub sms-em. Natomiast, niewystarczające wydaje się umieszczenie polisy ubezpieczeniowej lub linku na koncie ubezpieczyciela, chyba że strony umówiły się, że dokumenty będą doręczane właśnie w ten sposób.

Inną kwestią jest rozpoczęcie tzw. materialnej odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Precyzuje to art. 814 § 1 K.c. Wprowadza on domniemanie, że odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się **od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej**. Polisa ubezpieczeniowa zawierana na odległość zawiera zwykle odrębne uzgodnienia, precyzujące moment rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, który determinowany jest koniecznością zachowania ciągłości w utrzymaniu ubezpieczenia np. odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Pewne wątpliwości mogą dotyczyć sytuacji, gdy składka uiszczana jest w drodze przelewu i co do zasady decydować powinien nie sam moment zlecenia przelewu, ale moment uznania rachunku ubezpieczyciela sumą dłużną. W sytuacji, gdy umowa zawierana jest przez pośrednika (agenta ubezpieczeniowego) i składka ma być zapłacona na jego konto, należy mieć również na względzie art. 14 ust. 1 u.d.u.r., zgodnie z którym sumy pieniężne przekazane z tytułu umowy ubezpieczenia

przez ubezpieczającego pośrednikowi ubezpieczeniowemu (agentowi) **uznać się za wpłacone zakładowi ubezpieczeń.**

Poza przepisami kodeksu cywilnego, istotną rolę przy zawarciu umowy ubezpieczenia odgrywają – OWU.

Zawarcie umowy ubezpieczenia, to dokonanie czynności prawnej, której elementami koniecznymi są:

1. Uczestnictwo dwóch stron.
2. Złożenie zgodnego oświadczenia woli przez obie strony.

Zawarcie umowy najczęściej następuje na drodze złożenia przez określony podmiot oferty, (którą nazywamy wnioskiem o ubezpieczenie) i jej przyjęcia przez zakład ubezpieczeń.

**Oferta** (z ang.: *offer*) to oświadczenie woli zawierające stanowczą propozycję zawarcia umowy. Określa ona, co najmniej istotne elementy jej treści. Dzięki tym cechom oferty – umowa może dojść do skutku w następstwie prostego przyjęcia przez drugi podmiot. Przyjęcie oferty jest także oświadczeniem woli.

Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w sposób [Art. 66-72 K.c.]:

#### **Ofertowy – prosty lub złożony:**

**Prosty** – ma miejsce, gdy oferta złożona przez ubezpieczającego (oferenta) wyrażona najczęściej poprzez przedstawienie wniosku o ubezpieczenie, zostanie przyjęta przez ubezpieczyciela w całości. Przyjęcie oferty przez zakład ubezpieczeń winno nastąpić w okresie jej ważności. Termin może być oznaczony w ofercie, a gdy go nie ma określają go przepisy kodeksu cywilnego.

**Złożony** – ma miejsce wtedy, gdy przekazana przez ubezpieczającego oferta zawarcia umowy ubezpieczenia spotyka się z propozycją zmian (kontrpropozycją) ze strony ubezpieczyciela.

**Rokowaniowy** – polega na negocjowaniu treści poszczególnych postanowień umowy. Ma to miejsce przy umowach nietypowych, niemieszczących się w standardowej ofercie zakładu ubezpieczeń.

**Przetargowy** – polega na wyborze przez ubezpieczającego na zasadzie konkurencji najkorzystniejszej oferty ubezpieczenia.

Należy jednak pamiętać [Art. 811 K.c.], że jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę

na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu, co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Natomiast, przy braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

### **3.5. Dokument stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i rodzaje polis**

#### **3.5.1. Obowiązek dokumentowania zawarcia umowy ubezpieczenia**

Umowa ubezpieczenia winna być stwierdzona dokumentem ubezpieczenia i uważa się ją za zawartą z chwilą dostarczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, z tym, że nie musi być tym dokumentem polisa ubezpieczeniowa [Art. 809 K.c.]. Zgodnie z tym artykułem umowę ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą doręczenia przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, który stanowi potwierdzenie przyjęcia przez zakład ubezpieczeń jego oferty.

Wystawienie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia (*z ang.: insurance policy; z wł. Polizza, czyli pokwitowanie*) nie stanowi przesłanki ważności umowy ubezpieczenia. Jest to tylko dowód zawarcia umowy.

#### **3.5.2. W dokumencie ubezpieczenia zawierane są zazwyczaj następujące dane podstawowe:**

1. Dane podmiotu ubezpieczenia.
2. Przedmiot ubezpieczenia.
3. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej (początek i koniec trwania umowy ubezpieczenia).
4. Suma ubezpieczenia /gwarancyjna.

5. Suma odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela (umowy obowiązkowe).
6. Dane ubezpieczyciela.
7. Numer dokumentu ubezpieczenia.
8. Miejsce i data zawarcia umowy.
9. Podpis stron umowy ubezpieczenia.

Poza tym, na dokumencie ubezpieczenia często umieszcza się także następujące informacje:

1. Ubezpieczony.
2. Uposażony.
3. Dane związane z możliwością rozszerzenia standardowych warunków ubezpieczenia.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej.
5. Sposób opłacenia składki oraz terminy jej opłacenia.
6. Informacje o udzielonych zniżkach lub zwyczajach składki ubezpieczeniowej.

Zakład ubezpieczeń ma jedynie obowiązek dokumentowania zawarcie umowy w formie pisemnej lub elektronicznej (patrz podrozdział 3.4).

### **3.6. Ogólne warunki ubezpieczenia**

Przesłanką powstania ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU z *ang.*: *general policy condicions*) – była dążność do wyeliminowania potrzeby wielokrotnego definiowania powtarzających się treści oraz uproszczenia trybu zawierania umowy ubezpieczenia.

Już w jego pierwotnej wersji przepisów K.c. [Dz.U. 1964, poz. 93 z późn. zm.] ustawodawca starał się uregulować zasady funkcjonowania OWU, jak też ich obowiązywania, (czyli: skuteczność) w danym stosunku ubezpieczenia, [Art. 812 K.c. § 1]. Ubezpieczyciel jest obowiązany podać w umowie ubezpieczenia tekst ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których dana umowa została zawarta [Art. 812 § 2 K.c.].

Jeżeli OWU były ogłoszone lub wyłożone do publicznej wiadomości, ubezpieczyciel może w umowie ubezpieczenia bądź tylko powołać się na OUW, bądź też zamieścić w umowie tylko wyciąg z tych warunków, w których zawarte są najbardziej istotne ich posta-

nowienia, podając, gdzie warunki te zostały ogłoszone lub wyłożone do publicznej wiadomości.

Na mocy art. 384 § 1 K.c., ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowny, w szczególności ogólne warunki umów, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Treść przedmiotowej normy prawnej przesądza o tym, że ustawodawca nie zwolnił zakładów ubezpieczeń od istotnego obowiązku przedkontraktowego, wskazując, jednakże wyraźnie na skutek braku dochowania tego obowiązku w postaci braku związania stron umowy ubezpieczenia treścią wzorca umownego [Fuchs, Malik, 2019, s. 57].

Przedmiotowy przepis art. 384 § 1 K.c., znajduje zastosowanie zarówno do osób fizycznych, jak i do podmiotów, którym taki status nie przysługuje, (czyli, nie spełniają zapisu z art. 221 K.c.), lub które – w oparciu o regulacje dotyczące umowy ubezpieczenia – nie korzystają z ochrony na podstawie art. 805 § 4 K.c.

Tym samym, należy przyjąć, że ubezpieczyciel realizuje dyspozycję, jaka jest przewidziana w art. 384 § 1 K.c. dopiero wtedy, gdy w odpowiednim terminie, który poprzedza zawarcie umowy ubezpieczenia, dostarcza wzorzec umowny w taki sposób, aby ubezpieczający miał realną możliwość zapoznania się z treścią wzorca, tak, by po przeprowadzeniu jego analizy mógł podjąć decyzję o przystąpieniu (bądź nie) do stosunku prawnego, jaki jest regulowany treścią OWU. W związku z tym, ubezpieczający **musi** mieć zapewnioną możliwość zapoznania się z treścią wręczonych mu wcześniej OWU, na podstawie których zawierana jest umowa ubezpieczenia. Wynika z tego, że doręczenie OWU **w czasie podpisywania umowy lub po jej podpisaniu** nie spełnia warunku z art. 384 § 1 K.c., a konsekwencją za niedopełnienie wymogu z w/w przepisu, powinno być – brak nawiązania stosunku prawnego stron umowy ubezpieczenia.

Mając na uwadze praktykę ubezpieczeniową, ważne jest stanowisko A. Chróścickiego [2008], zgodnie z którym, jeżeli przekazanie OWU powinno nastąpić przed zawarciem umowy ubezpieczenia, to czynność faktyczna w postaci doręczenia OWU musi być **wcześniej-sza** zarówno, co do czynności **sporządzenia**, jak również **wręczenia** umowy ubezpieczenia (polis). W przeciwnym wypadku nie dochodzi do stworzenia ubezpieczającemu możliwości zapoznania się z treścią OWU w rozumieniu art. 384 § 1 K.c.



Niedopełnienie treści art. 384 § 1 K.c. prowadzi do utraty mocy obowiązującej OWU, którym posługuje się ubezpieczyciel. Umowa ubezpieczenia **nie kształtuje wtedy treści zobowiązania**, jakie łączy strony umowy, jednakże **nie ma wpływu** na ważność ustalonego pomiędzy stronami stosunku prawnego. Nie ma w tym wypadku znaczenia fakt, iż po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU zostaną ubezpieczającemu przedłożone lub dostarczone. Zawarta umowa ubezpieczenia jest, zatem **ważna** i wywołuje **skutki prawne**, zgodnie z oświadczeniami woli stron (konsensus), a zatem – normami powszechnie obowiązującymi, zasadami współżycia społecznego i ustalonymi zwyczajami, zgodnie z art. 56 K.c. Przyjmuje się przy tym, że w tej sytuacji nie ma zastosowania art. 58 § 3 K.c., gdyż OWU nie stają się częścią zawartej pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia [Olejniczak, 2014]. W takiej sytuacji treść umowy ubezpieczenia **dochodzi do skutku**, jednakże jej zapisy są **kształtowane w oparciu** o konsensus zawartej umowy ubezpieczenia [Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2004 r., sygn. akt IV CK 577/03, niepublikowany].

Polega to na tym, że zakład ubezpieczeń **obowiązany jest** spełnić na rzecz ubezpieczonego świadczenie lub/i odszkodowanie w wysokości powstałej szkody w następstwie zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego. Wiąże się to z tym, że treść takiej umowy będzie podlegała regulacjom powszechnie obowiązującym (przede wszystkim: art. 805 i nast. K.c.), uwzględniając przy tym: konsensus treści umowy ubezpieczenia, pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem, w tym: zakres umowy ubezpieczenia, jak też wysokości sumy ubezpieczenia, na jaką ta umowa została zawarta.

W tej sytuacji **stroną negatywną** dla ubezpieczyciela będzie **niemożność powoływania** się względem ubezpieczającego (umowa zawarta na rzecz osoby trzeciej) lub ubezpieczonego na treści, które prowadzą do **wyłączenia lub ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela** w związku z wystąpieniem zdarzenia losowego z umowy ubezpieczenia. Jak wskazuje Cz. Żuławska [2005], te skutki stanowią sankcję dla ubezpieczyciela za uchybienia związane z niedostarczeniem w odpowiednim czasie ubezpieczającemu OWU.

Przepisy kodeksu cywilnego, jak również przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, jak też innych ustaw z zakresu ubezpieczeń, nie regulują w sposób szczegółowy praw i obo-

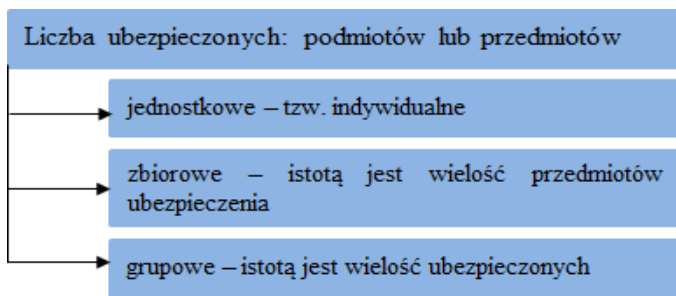
wiązków stron umowy ubezpieczenia stosownie do istniejących typów ubezpieczeń. By jasno i wyraźnie określić wzajemne prawa i obowiązki stron powtarzających się (typowych) umów ubezpieczenia, poszczególni ubezpieczyciele wprowadzili dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia wzorce umowne, czyli ogólne warunki ubezpieczenia.

Istotne znaczenie dla ważności umowy ma spełnienie obowiązku doręczenia tekstu OWU przez ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ponadto zakład ubezpieczeń udziela ubezpieczającemu, będącą osobą fizyczną, informacji o sposobie i trybie rozpatrywania skarg i zażaleń z umowy ubezpieczenia, a także o organie właściwym do ich rozpatrywania.

### **3.7. Rodzaje, czas trwania i wygaśnięcie umowy ubezpieczenia**

#### **3.7.1. Liczba ubezpieczonych i czas trwania umowy ubezpieczenia**

Konstrukcje umów ubezpieczenia, w zależności od tego, czy są to umowy ubezpieczenia na życie, czy ubezpieczenia majątkowe, mogą być dość skomplikowane. Najważniejsze jest, aby klient miał świadomość, jaki rodzaj usługi ubezpieczeniowej obejmuje dany produkt. W tym celu przy każdym rodzaju produktu omawiane są przykłady potencjalnych klientów, dla których dany produkt może być przeznaczony. W związku z tym, w literaturze przedmiotu, można wyróżnić wiele kryteriów, klasyfikujących umowy ubezpieczenia. Do kryteriów podziału umów ubezpieczenia można zaliczyć np.: liczbę ubezpieczonych podmiotów lub przedmiotów (Rysunek 29), okres ubezpieczenia (Rysunek 30).



Rysunek 29: Kryterium liczby ubezpieczonych

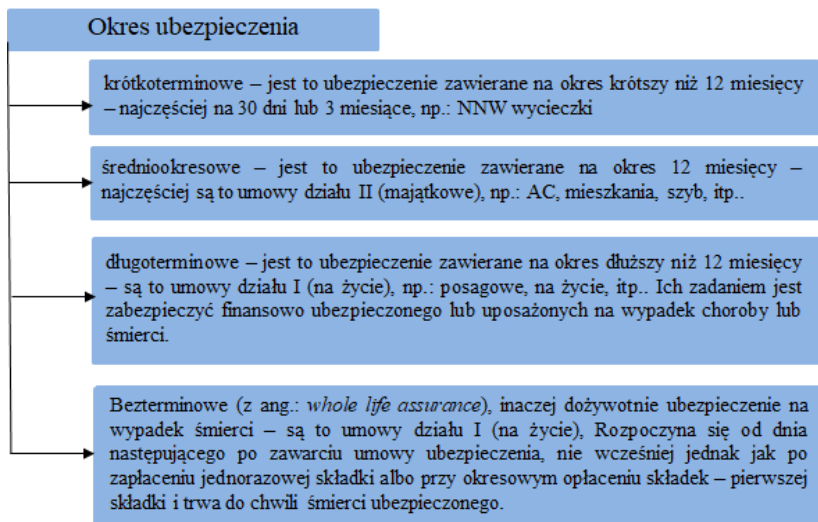
Źródło: opracowanie własne.

Poza tym, wśród polis jednostkowych, wyróżniamy:

- a) **imienną** – na umowie ubezpieczenia umieszczone jest imię i nazwisko ubezpieczającego lub nazwa firmy, która ma wszelkie prawa i obowiązki wynikające z zawartej umowy,
- b) **na okaziciela** – osoba posiadająca polisę jest uprawniona do ubiegania się o wypłatę świadczeń z umowy, pod warunkiem udowodnienia, iż roszczenie to wynika ze szkody dotyczącej jej interesów,
- c) **na zlecenie** – uprawnienia z takiej umowy, są cedowane na inne osoby przez odpowiednie oświadczenie ubezpieczającego zamieszczone w polisie.

a wśród umów grupowych:

- a) **zbiorowe** – osoba prawna – jako ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia i opłaca składkę w imieniu kilku osób lub przedsiębiorstw gospodarczych,
- b) **grupowe** – jedna umowa ubezpieczenia obejmuje wiele osób lub przedsiębiorstw gospodarczych, ubezpieczonych na własny rachunek, tzn. osoby te lub przedsiębiorstwa same opłacają składkę.



Rysunek 30: Kryterium czasu trwania umowy ubezpieczenia

Źródło: opracowanie własne.

Przepisy kodeksu cywilnego nie regulują okresu trwania umowy ubezpieczenia. Wszelkie zapisy związane z okresem umowy ubezpieczenia można znaleźć w postanowieniach OWU.

**Ważne:** Okres trwania umowy oznaczony jest **początkową i końcową datą**. Może być także oznaczony **dniem, w którym nastąpi jakiś fakt**, np. data rozpoczęcia wycieczki.

### 3.7.2. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się wraz z wygaśnięciem stosunku prawnego ubezpieczenia.

1. Umowa na czas określony – ulega rozwiązaniu z chwilą upływu okresu, na który została zawarta (nie, gdy występuje klauzula prolongacyjna),
2. Umowa na czas nieokreślony – może być rozwiązana przez wypowiedzenie przez jedną ze stron.

3. Odstąpienie od umowy przez jedną ze stron – jednostronne oświadczenie woli złożone drugiej stronie umowy. Odstąpienie nie jest wypowiedzeniem, gdyż nie wymaga się upływu okresu, jaki winien upłynąć od daty złożenia oświadczenia woli do daty rozwiązania umowy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w którym zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od niej, jeżeli jest:

1. Osobą fizyczną w terminie – **30 dni**,
2. Przedsiębiorcą w terminie – **7 dni od zawarcia umowy**.

Umowa może wygasnąć także w razie:

1. Gdy staje się ona bezprzedmiotowa (śmierć ubezpieczonego, całkowita utrata przedmiotu ubezpieczenia),
2. Spełnienia roszczenia przez zakład ubezpieczeń.
3. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia majątkowego.
4. Przeniesienie własności ubezpieczonej nieruchomości nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia – prawa i obowiązki przechodzą na nabywcę. Zakład ubezpieczeń i ubezpieczony mogą wypowiedzieć umowę ubezpieczenia – na zasadach określonych w OWU.

Ponadto zauważyć należy, iż prawa i obowiązki z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Nie powoduje to rozwiązania umowy ubezpieczenia. Zasada ta nie dotyczy rzeczy ruchomych.

Pytania kontrolne:

1. Co to jest umowa ubezpieczenia?
2. Kiedy mówimy o charakterze umownym, a kiedy o charakterze obligatoryjnym w umowie ubezpieczenia?
3. Jaka jest różnica między umową ubezpieczenia majątkowego, umową ubezpieczenia na życie i umową ubezpieczenia morskiego?
4. Jaka jest różnica między przedmiotem a podmiotem umowy ubezpieczenia?
5. Na czym polega ekspektatywność umowy ubezpieczenia?
6. Co to jest przedmiotowe, a co to jest podmiotowe prawo do otrzymania świadczenia lub/i odszkodowania z umowy ubezpieczenia?

7. Czym różni się formalna odpowiedzialność ubezpieczyciela od materialnej odpowiedzialności?
8. Jakie są źródła prawa ubezpieczeniowego (wymienić, omówić)?
9. Jakie mamy rodzaje cech umowy ubezpieczenia (wymienić, omówić)?
10. Na czym polega odpowiedzialność gwarancyjna ubezpieczyciela?
11. Kiedy mówimy o stronach umowy ubezpieczenia, a kiedy o podmiotach?
12. Na czym polega tryb zawarcia umowy ubezpieczenia?
13. Co to jest dokument umowy ubezpieczenia?
14. Jakie są formy zawarcia umowy ubezpieczenia?
15. Co to są Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OUW)?
16. Jakie mamy rodzaje umów ubezpieczenia (wymienić, omówić)?
17. Kiedy i na jakich zasadach można rozwiązać umowę ubezpieczenia, a kiedy następuje jej wygaśnięcie?

## Rozdział 4

### Zakład ubezpieczeń w gospodarce rynkowej

#### 4.1. Rynek usług ubezpieczeniowych

Przedsiębiorstwo w gospodarce rynkowej produkuje towary, które przynoszą mu najwyższe zyski przy pomocy technik zapewniających najniższe koszty. Jest niezależną jednostką gospodarczą, wyodrębnioną pod względem ekonomicznym, techniczno-organizacyjnym i prawnym utworzoną w celu trwałego zarobkowego zaspokajania potrzeb osób trzecich na rynku. Kierownictwo tej jednostki podejmuje decyzje samodzielnie i na własne ryzyko. Jest ono podstawowym ogniwem życia gospodarczego i bez względu na formę własności i strukturę organizacji, charakteryzuje się:

- 1) celem działalności,
- 2) odrębnością ekonomiczną (przedsiębiorstwo dysponuje wydzielonym majątkiem),
- 3) odrębnością prawną,
- 4) odrębnością organizacyjną,
- 5) wyodrębnieniem obszaru, na którym jest zlokalizowane.

W teorii ekonomii nazwa „*gospodarka rynkowa*” jest stosowana na oznaczenie typu gospodarki, w której dominującym regulatorem procesów gospodarczych jest rynek [Przybytniowski, 2012]. W języku potocznym oznacza gospodarkę kapitalistyczną, niezależnie od stadium jej rozwoju. Zazwyczaj przyjmuje się, że wzorcową gospodarką rynkową była brytyjska gospodarka z pierwszej połowy XIX w. Podkreśla się, że funkcje gospodarcze państwa były wtedy ograniczone do minimum – pełniło ono funkcję „nocnego stróża”.

Podstawą gospodarki rynkowej jest prywatna własność czynników wytwórczych, która powinna charakteryzować się trzema wyróżnikami ustrojowymi [szerzej: Begg, Fischer, Dornbusch, 1995; Beeg 2003]:

1. Racjonalnością ekonomiczną.
2. Charakterem pieniężnym.
3. Mechanizmem rynkowym.

#### 4.1.1. Otoczenie zakładu ubezpieczeń

Analizując otoczenie każdego przedsiębiorstwa należy pamiętać, że nie są one ani samowystarczalne, ani odizolowane od otoczenia – przeciwnie, wymieniają zasoby ze swoim otoczeniem i są od niego zależne [Stoner, Freeman, Gilbert, 2011]. Potwierdza to występowanie stałej interakcji między organizacją a jej otoczeniem [Godziszewski, Haffer, Stankiewicz, Sudoł, 2011]. Przedsiębiorstwo w tych interakcjach nie zostaje ubezwłasnowolnione i skazane jedynie na proces przystosowawczy. Burzliwość otoczenia, w którym funkcjonuje zasadnicza część przedsiębiorstw, pozwala przypuszczać, że dostosowanie się to nie jedyny właściwy sposób reagowania przedsiębiorstwa na zmienne warunki działania. Konieczne jest wzajemne oddziaływanie, wyrażające się zarówno idealnym dopasowaniem do zachodzących zmian, jak i dynamicznie pojawiającym się niedopasowaniem [Urbanowska-Sojkin, Banaszyk, Witczak, 2004; Kultys, 2009].

Każde przedsiębiorstwo stanowi zazwyczaj element zbioru podobnych organizacji o pewnych wspólnych cechach, do których można zaliczyć [Ansoff, 1965]:

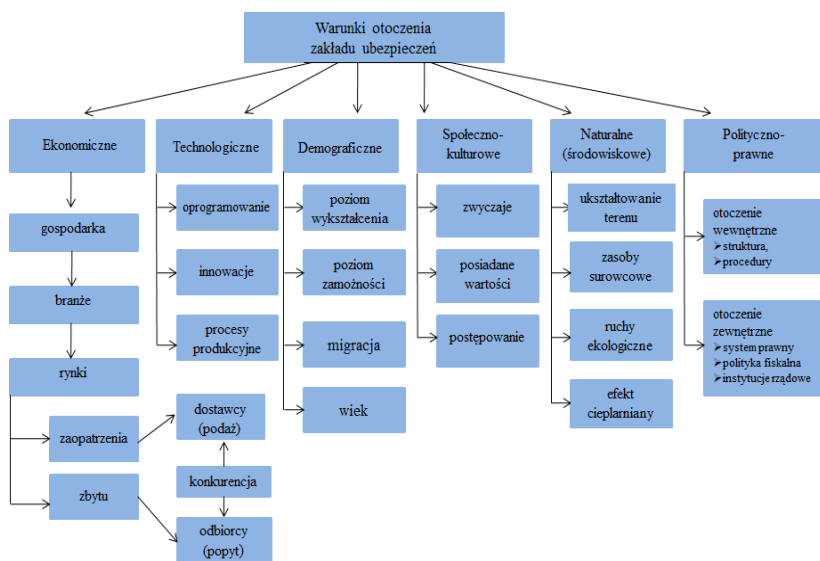
1. Sprzedaż podobnych produktów wspólnej grupie nabywców/klientów;
2. Zakup zasobów od wspólnej grupy dostawców;
3. Otrzymywanie subsydiów z tych samych źródeł;
4. Posiadanie podobnych kompetencji i umiejętności, mających podstawowe znaczenie dla ich działań handlowych.

Twórcy i autorzy różnych szkół zarządzania strategicznego koncentrują się na odmiennych grupach czynników charakteryzujących otoczenie przedsiębiorstwa (z *ang.*: *environmental analysis*). Pojęcie to zostało wprowadzone przez cybernetykę, a istotą było odróżnienie wnętrza organizacji od jego otoczenia, czyli od tego, co jest na zewnątrz organizacji i co ma większy lub mniejszy wpływ na jej działalność. H.I. Ansoff [1965] podkreśla wagę celów i zadań, wewnętrzną ocenę firmy oraz ocenę zewnętrznych możliwości. K.R. Andrews [1971] z kolei opiera wybór określonej strategii rozwoju przedsiębiorstwa na następujących czynnikach: możliwościach, jakie stwarza otoczenie, umiejętnościach i zasobach firmy, preferencjach zarządu, zobowiązaniach wobec społeczeństwa. Wymienione czynniki stanowią inspirację



także dla analizy strukturalnej M. Portera [1996]. Wśród czynników wewnętrznych wyróżnia on silne i słabe strony przedsiębiorstwa, hierarchię wartości osób wprowadzających strategię, natomiast wśród zewnętrznych: okazje i zagrożenia sektorowe oraz oczekiwania społeczne. Natomiast R.W. Griffin [2002] otoczenie przedsiębiorstwa dzieli na bliskie i dalsze. Otoczenie bliższe (bezpośrednie) – obejmuje wszystkie systemy, z którymi przedsiębiorstwo jest w bezpośrednich stosunkach, natomiast otoczenie dalsze (pośrednie) – przedstawia systemy, z którymi przedsiębiorstwo ma pośrednie stosunki.

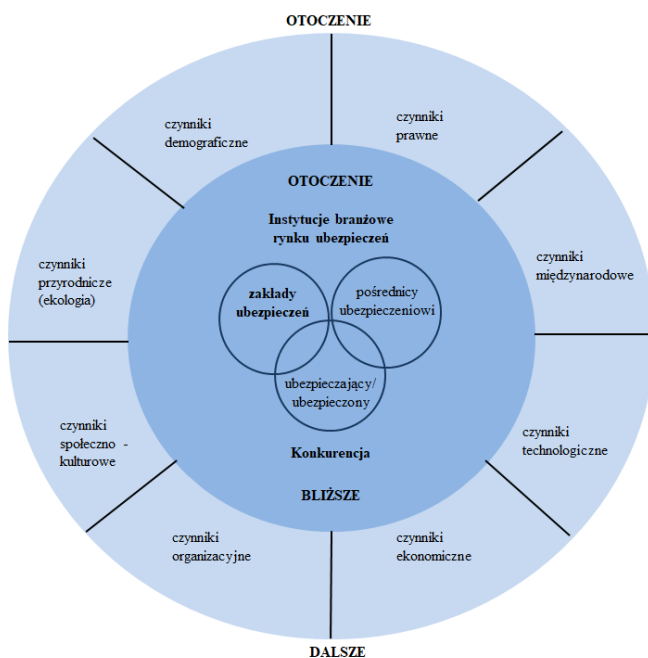
Biorąc pod uwagę powyższe definicje, można powiedzieć, że analiza otoczenia zakładu ubezpieczeń to **suma czynników i procesów, które funkcjonują w środowisku przedsiębiorstwa**. Czynniki te mają wpływ na działalność prowadzoną przez ubezpieczyciela, które stale wchodzi z nimi w różnego rodzaju interakcje (Rysunek 31 i 32).



Rysunek 31: Warunki otoczenia przedsiębiorstwa

Źródło: opracowanie własne [patrz: Przybytniowski, 2013, s. 19].

**Zakład ubezpieczeń jest organizacją gospodarczą, funkcjonującą w otoczeniu ekonomiczno-społecznym, zdolną dostarczać usługi ubezpieczeniowe spełniające oczekiwania klientów, mogących je nabyć w sposób bezpośredni lub pośredni (za pomocą pośrednika – agenta, brokera ubezpieczeniowego) za cenę spełniającą oczekiwania (potrzeby) klienta i pozwalającą im na uzyskanie pozytywnego rezultatu w postaci nieujemnego wyniku finansowego [Przybytniowski, 2013, s. 22]. Natomiast, przedmiotem działalności zakładu ubezpieczeń, jak było opisywane we wcześniejszych rozdziałach: udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, czyli utrzymanie gotowości do wypłaty świadczenia lub/i odszkodowania ubezpieczeniowego, a w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego – wypłaty określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia ubezpieczeniowego.**



Rysunek 32: Ekonomiczno-społeczne uwarunkowania zakładu ubezpieczeń

Źródło: opracowanie za: [Przybytniowski, 2012, s. 23]

Każdy zakład ubezpieczeń, jak można zaobserwować na rysunkach 35 i 36, działa w określonych warunkach otoczenia. Składa się ono z elementów, na które ubezpieczyciel ma nikły lub żaden wpływ, a które musi poznawać i analizować, a także przewidywać wpływ na własne działania i decyzje.

Do najważniejszych elementów otoczenia zakładu ubezpieczeń wg A. Wąsiewicza, [(red.) 1994ab] należą czynniki:

1. **Ekonomiczne**, społeczne i demograficzne – stan gospodarki, koniunktura gospodarcza, poziom inflacji wpływają w sposób zdecydowany na zachowanie nabywców na rynku, a także decyzje przedsiębiorstw. Nie bez znaczenia są również zmiany strukturalne w zakresie ewolucji struktur społeczno-zawodowych, następującej koncentracji przedsiębiorstw, a także postępującej urbanizacji. Znaczącymi elementami są również zmiany demograficzne na przykład tempo wzrostu ludności;
2. **Instytucjonalno–prawne** – ubezpieczyciel prowadzi działalność oraz podejmuje decyzje w określonym systemie prawnym. Ustawy, przepisy, dekrety i regulaminy będące efektem decyzji organów władzy państwowej, a także funkcjonowanie instytucji administracji państwowej mogą ułatwiać bądź utrudniać działalność podmiotów gospodarczych.
3. **Technologiczne** – w zakładach ubezpieczeń prowadzone są ustawicznie prace nad doskonaleniem dotychczasowych lub opracowaniem nowych technologii wytwarzania w rezultacie, czego pojawiają się usługi o zupełnie nowych właściwościach, zaspokajające coraz nowsze potrzeby. Dlatego też ubezpieczyciele powinni brać pod uwagę występujące zmiany w otoczeniu wynikające z postępu technologicznego, systematycznie modyfikujące zakres i jakość swojej oferty ubezpieczeniowej.
4. **Spoleczno–kulturowe** – ubezpieczyciel prowadzi swoją działalność w środowisku, które ukształtowane jest poprzez określone tradycje. Podejmując działanie musi brać pod uwagę obowiązujące w tym środowisku normy moralne, zwyczaje.

Według K. Ortyńskiego [por. Monkiewicz, 2003] otoczenie zakładu ubezpieczeń może być badane, jako otoczenie:

1. **Ogólne (makroekonomiczne)** – obejmujące środowisko przyrodnicze, wymiary demograficzne, prawne, gospodarcze, technologiczne, społeczne, demograficzne, międzynarodowe, kulturowe;

2. **Konkurencyjne** – odnoszące się głównie do najpoważniejszych konkurentów (obecnych i potencjalnych), znajdujących się, jak i po stronie popytu, tak i po stronie podaży;
3. **Własne (operacyjne)** – charakteryzujące produkty, rynek i klientów, czyli elementy bezpośrednio oddziałujące na zakład ubezpieczeń.

Należy pamiętać, że zakład ubezpieczeń w kategoriach ekonomicznych stanowi organizację oferującą i dostarczającą usługi ubezpieczeniowe. „Produkcja ubezpieczeniowa” daje się podzielić na dwa obszary: przygotowanie usługi i oferowanie tej usługi. Działania przygotowawcze obejmują w szerszym zakresie opracowanie strategii biznesowej uwzględniającej segment, w obrębie którego będzie prowadzona działalność, zakres produktów oraz plan ich rozwoju. Na poziomie operacyjnym działania te obejmują obserwację rynku, opracowywanie i modyfikowanie produktów, a także budowę i rozbudowę sieci sprzedaży oraz organizację szkoleń. Proces zawierania umowy ubezpieczenia można podzielić na pięć głównych faz:

1. Akwirowanie i tworzenie bazy potencjalnych klientów oraz nawiązanie z nimi kontaktu. Kończy się na wyrażeniu gotowości klienta do zawarcia umowy ubezpieczenia. Potwierdzeniem owej gotowości może być spisanie wniosku o ubezpieczenie.
2. Przekazanie wniosku o ubezpieczenie przez pośrednika ubezpieczeniowego (agent lub brokera ubezpieczeniowego) do ubezpieczyciela. Obejmuje ona ocenę zagrożenia i zaklasyfikowanie go do określonej grupy ryzyka i związanej z nią taryfy składek. Wystawienie umowy ubezpieczenia (polisy) kończy tę fazę.
3. Wpłata składki lub raty składki ubezpieczeniowej. Faza ta trwa przez cały okres, na który została wystawiona polisa i opłacona składka.
4. Wystąpienie zdarzenia losowego (wypadku ubezpieczeniowego) objętego umową ubezpieczenia i związana z tym wypłata odszkodowania.
5. Szybkość i terminowość wypłaty świadczenia lub/i odszkodowania. [Jedynak, 1999; Varcholová, 2002; Monkiewicz, Gąsiorkiewicz, Hadyniak, 2000; Hadyniak, 2010].

Oznacza to, że nie każdy proces przygotowania i oferowania usługi przebiega pięciofazowo, gdyż nie z każdej umowy ubezpieczenia zachodzi konieczność wypłaty świadczenia lub/i odszkodowania.

Aby prezentowany biznesowy proces przygotowania i oferowania usługi osiągnął zamierzony efekt, muszą być spełnione dodatkowe warunki, tzw. „cykle biznesowe”. Związane jest to głównie z ciągle zmieniającym się otoczeniem rynkowym i umiejętnością dostosowania się do zmian w globalnej gospodarce, a co za tym idzie – rosnącą świadomością klientów. Tym samym skuteczność realizacji powyższego pięcioletniego cyklu produkcji uzależniona jest ściśle od:

1. Prawidłowej struktury organizacyjnej.
2. Prawidłowego systemu wdrażania procedur.
3. Prawidłowego procesu zarządzania kapitałem ludzkim – związanego z transferem wiedzy.
4. Śledzeniem zmian odnoszących się do rozwoju informatyki i technologii.
5. Prawidłowego zaopatrzenia.

#### 4.1.2. Rynek ubezpieczeniowy

**Rynek ubezpieczeniowy** (z *ang.*: *insurance market*) [Tutt, 1991; Bardwell, Rooley, 1997; Dorfman, 2002; Kowalewski, Sangowski, 2004; Przybytniowski 2009b] jest segmentem rynku ogólnego, który obejmuje całokształt usług ubezpieczeniowych, zaliczany do tzw. rynku usług finansowych. Określany jest on także mianem rynku usług ubezpieczeniowych [Sułkowska, 2000] i obejmuje całokształt powiązań i relacji pomiędzy jednostkami oferującymi ten rodzaj usług (reprezentującymi podaż usług ubezpieczeniowych) a jednostkami zgłaszającymi zapotrzebowanie na nie (reprezentującymi popyt na usługi ubezpieczeniowe) zgodnie z ich możliwościami finansowymi. Stanowi odzwierciedlenie zmian zachodzących w gospodarce światowej [Przybytniowski J.W., 2003].

W ujęciu **podmiotowym** obejmuje on wszystkie osoby i podmioty uczestniczące w dystrybucji usług ubezpieczeniowych oraz podmioty, organy i instytucje zrzeszające uczestników rynku, kontrolujące i nadzorujące jego działalność i funkcjonowanie.

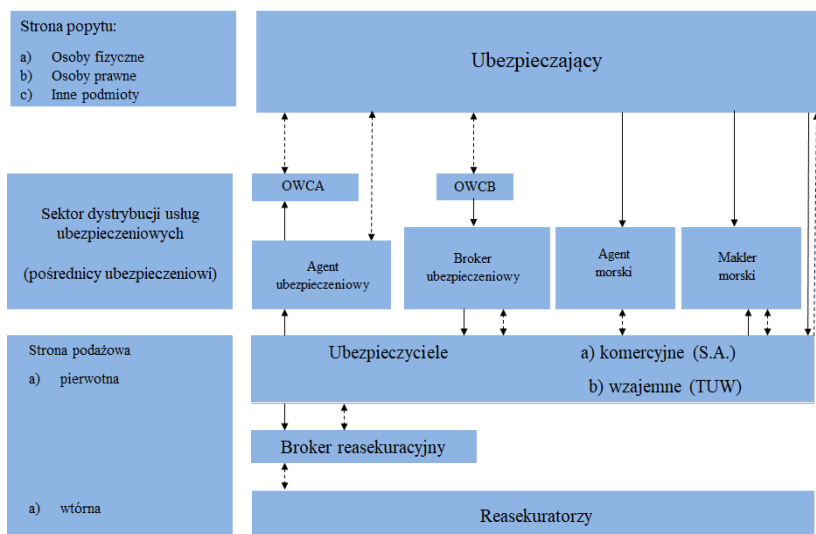
W ujęciu **strukturalnym**, rynek ubezpieczeniowy stanowią grupy podmiotów uczestniczące w całym procesie dystrybucji usług ubezpieczeniowych (od ubezpieczających do zakładów ubezpieczeń i reasekuracji) (Tabela 5).

Tabela 5: Rynek usług ubezpieczeniowych

Wyszczególnienie	Strona podażowa	Strona popytowa
Strona podmiotowa rynku usług ubezpieczeniowych	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubezpieczyciele – S.A. TUW-y</li> <li>2. Reasekuratorzy zawodowi i miesza</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoby fizyczne</li> <li>2. Prawne</li> <li>3. Inne, np.: organizacje, stowarzyszenia</li> </ol>
Strona przedmiotowa rynku usług ubezpieczeniowych	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produkty zakładów ubezpieczeń</li> <li>2. Dodatkowe usługi (np. assistance)</li> </ol>	Potrzeby: <ul style="list-style-type: none"> <li>- podstawowe,</li> <li>- dodatkowe,</li> <li>- prestiżowe</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne, na podstawie [por. Płonka, 2004; Przybytniowski, 2013].

Zatem, można powiedzieć, [Przybytniowski, 2013], że **rynek usług ubezpieczeniowy** to „miejsce”, na którym następuje proces nabywania ochrony ubezpieczeniowej (obietnicy); (umów ubezpieczenia, gwarancji oraz reasekuracji) pomiędzy stroną popytową (ubezpieczający) a stroną podażową (ubezpieczyciel), gdzie następuje wzajemne kształtowanie się stron transakcji, przy jednoczesnym wywieraniu wpływu na wysokość ceny (Rysunek 33).

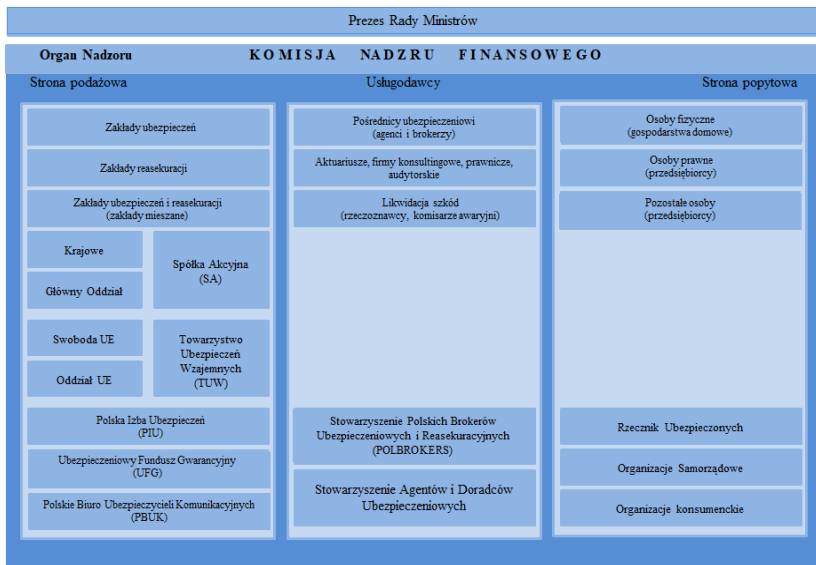


Rysunek 33: Rynek usług ubezpieczeniowych

Źródło: opracowanie własne.

Do składników rynku usług ubezpieczeniowych należą także:

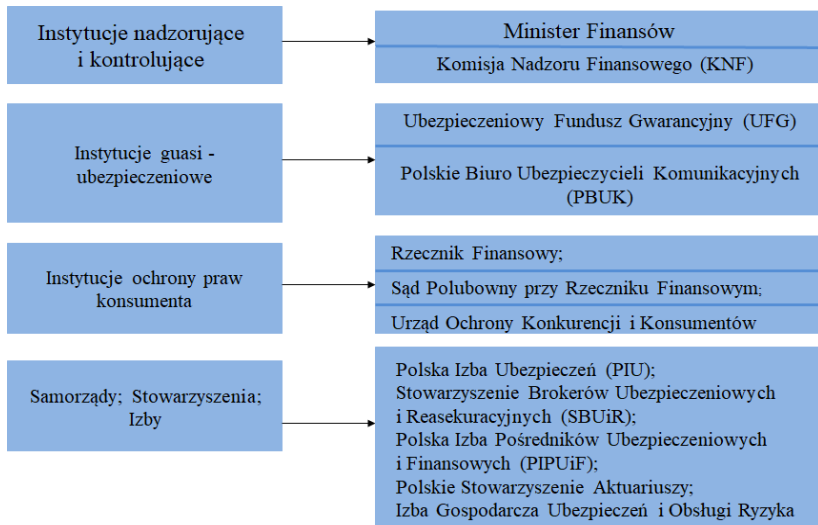
1. Wszelkiego rodzaju instytucje pomocnicze mające bezpośredni lub pośredni wpływ na rynek ubezpieczeń, ułatwiające kontakty nabywców i sprzedawców w fazie zawierania ubezpieczenia i w fazie świadczenia usługi wraz z wypłatą świadczenia lub odszkodowania ubezpieczeniowego [Sangowski, 2001].
2. Dystrybutorzy usług ubezpieczeniowych.
3. Podmioty wspomagające rynek usług ubezpieczeniowych – usługodawcy, m. in.: rzeczoznawcy, podmioty zajmujące się oceną ryzyka, firmy audytorskie, konsultingowe, aktuarialne, prawnicze, czy podmioty zajmujące się likwidacją szkód (Rysunek 34).



Rysunek 34: Składniki rynku usług ubezpieczeń  
 Źródło: opracowanie własne.

Ujęcie instytucjonalne – (Rysunek 35) obejmuje: stronę popytową, stronę podaźową, kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych, samorządy gospodarcze, instytucje nadzorujące działalność ubezpieczeniową. Ponadto rynek ten wspomagają różni usługodawcy tacy jak, np. rzeczoznawcy, firmy wyspecjalizowane w ocenie ryzyka czy likwidacji szkód, firmy audytorskie, konsultingowe, aktuarialne, informatyczne, prawnicze, zarządzające funduszami oraz wszelkiego rodzaju instytucje badawcze.





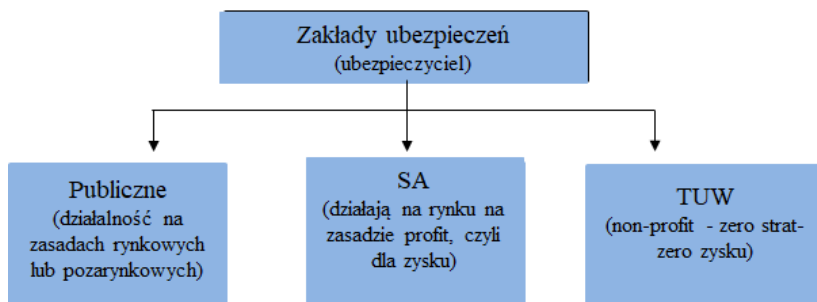
Rysunek 35: Rynek usług ubezpieczeniowych w ujęciu podmiotowym  
Źródło: opracowanie własne.

**Zakłady ubezpieczeń** (ubezpieczyciele) mogą prowadzić swoją działalność w formie

- a) publicznej (działalność na zasadach rynkowych lub pozarynkowych),
- b) prywatnej (działają na rynku na zasadzie profit (SA<sup>7</sup>) – dla zysku),
- c) non-profit (TUV<sup>8</sup>) – „zero strat-zero zysku” (Rysunek 36).

<sup>7</sup> *Pierwsze towarzystwa komercyjne* (ubezpieczeniowe towarzystwa kapitałowe) miały swój początek w XVII w. (Anglia). Pierwszymi założycielami tych towarzystw byli bankierzy, którzy dla ubezpieczenia ryzyk zawierali umowy z kilkoma ubezpieczycielami. Przyczynę powstania pierwszego typowego towarzystwa kapitałowego, należy upatrywać w wielkim pożarze Londynu w 1666 roku.

<sup>8</sup> *Początki TUV-ów* (samopomocowe formy ochrony ubezpieczeniowej) należy upatrywać w tzw. „kasach” ubezpieczeniowych (XVI w. – Niemcy), gdzie nabycie ubezpieczenia następowało poprzez przystąpienie do stowarzyszenia, a celem było zapewnienie pewnych i niedrogich ubezpieczeń.



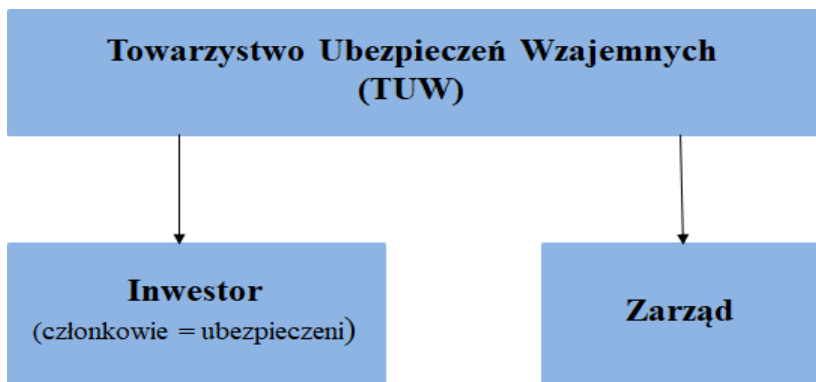
Rysunek 36: Formy działalności zakładów ubezpieczeń w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

Należy jednak pamiętać, że działalność ubezpieczycieli (podmiotów gospodarczych) oparta jest o **zasady funkcjonowania rynku** i niezależnie od tego, czy są to zakłady typu SA czy TUW – mają zadania biznesowe, a to wiąże się z tym, że osiągają je w określonych warunkach rynkowych.

**Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (TUW (Rysunek 37))** – to zakład, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności. Celem tego ubezpieczyciela jest wspólne i lepsze pokrycie ryzyka oraz obniżka kosztów finansowanych ryzyk, natomiast – istotą tych ubezpieczeń – jest **zasada wzajemności**, która opiera się na:

1. Połączeniu praw wynikających z umów ubezpieczenia oraz praw członkowskich.
2. Świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej członkom towarzystwa.
3. Eliminacji nastawienia na zysk.
4. Współdecydowaniu członków o losie towarzystwa.



Rysunek 37: Ubezpieczenie wzajemne

Źródło: opracowanie w oparciu o obowiązujące przepisy prawne

Cechy ubezpieczeń wzajemnych:

1. Ograniczony transfer ryzyka.
2. Ograniczone tzw. ryzyko moralne (oznacza zmianę bodźców po stronie ubezpieczającego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia).
3. W zarządzanie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych włączeni są członkowie ubezpieczyciela i zarazem ubezpieczeni.
4. Brak podmiotu trzeciego, udostępniającego kapitału.
5. Nadwyżki z operacji ubezpieczeniowych wracają do ubezpieczonych w postaci zwrotów bądź obniżenia składek za następnym okresem ubezpieczenia, a w przypadku niekorzystnego przebiegu szkodowego uiszczenia dopłaty do składki.
6. Występuje zasada jedności stosunku prawnego ubezpieczenia (stosunek ubezpieczenia wzajemnego jest regulowany nie tylko w umowie ubezpieczenia – OWU, ale także w regulacjach statutowych TUV).

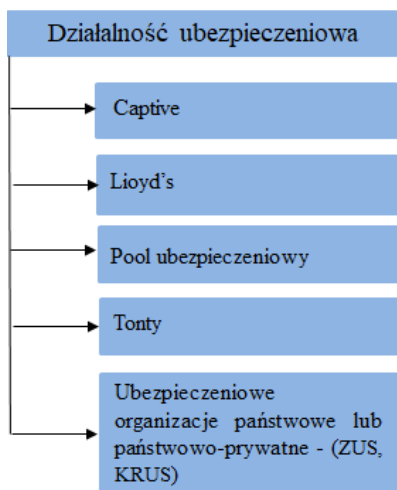
**Zakłady ubezpieczeń o charakterze komercyjnym (SA)** – to ubezpieczenie prowadzone przez ubezpieczycieli, w których w formułę funkcjonowania wmontowane jest osiągnięcie dochodu (zysku).

Cechy ubezpieczeń komercyjnych:

1. Źródłem pochodzenia kapitałów zakładu ubezpieczeń są kapitały własne wnoszone przez właścicieli i zasoby ubezpieczających wnoszone w formie składek ubezpieczeniowych.

2. Zakłady ubezpieczeń wykorzystują dla osiągnięcia dochodu:
  - a) dochody z działalności techniczno-ubezpieczeniowej,
  - b) dochody z działalności lokacyjnej czasowo wolnych środków.
3. W przypadku ujemnego wyniku technicznego, finansuje się go z dochodu z działalności lokacyjnej, a jeśli okaże się on niewystarczający, finansuje się go z kapitału zapasowego, który służy głównie, jako osłona kapitału podstawowego.

Ponadto na rynku ubezpieczeniowym możemy spotkać inne formy działalności ubezpieczeniowej (Rysunek 38):



Rysunek 38: Pozostałe formy prawne zakładów ubezpieczeń działające w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

„**Captive**” (z jęz. pol. – *zależny*) – specyficzna forma przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, gdzie podmioty są kontrolowane kapitałowo przez swych założycieli, których ubezpieczają [szerzej: Handschke, Monkiewicz (red.), 2010].

Są to przedsiębiorstwa tworzone, jako spółki córki, zajmujące się ubezpieczeniami ze składek tego przedsiębiorstwa. Oczywiście

na własny zakład ubezpieczeń mogą sobie pozwolić tylko wielkie przedsiębiorstwa i korporacje międzynarodowe. Korporacje te starają się inwestować jak najwięcej, a z drugiej strony oszczędzać i zmniejszać koszty własne. Stąd też idea instytucji typu *capetive* tam właśnie znalazła szczególne zastosowanie. Podstawą ubezpieczeń *capetive* jest to, że poprzez samoubezpieczenie przedsiębiorstwo może oszczędzać środki, ponieważ nie musi płacić za usługę ubezpieczeniową ani dzielić się zyskiem z tej działalności z ubezpieczycielem i z reasekuratorem. *Capetive* jest z reguły rodzajem przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, będąc jednocześnie doskonałym narzędziem dla zarządzania przepływami środków i unikania opodatkowania w firmie „matce”.

W bezpośrednim tłumaczeniu „*Capetive Insurance Company*” oznacza: „Zależne Towarzystwo Ubezpieczeniowe”. Według Bawcutt’a [1997] i Klingenschmida, [2008] *captiv* to:

Ubezpieczyciel, który ubezpiecza całość bądź tylko część swojego macierzystego przedsiębiorstwa. Kluczowym czynnikiem tej definicji jest to, że taka zakład ubezpieczeń jest własnością macierzystego przedsiębiorstwa, który w ten sposób korzysta z usług ubezpieczeniowych na rynku za pomocą swojej firmy „córki”. Dokładne zdefiniowanie i określenie, co jest *capetive* staje się trudne, głównie z powodu występujących wielu jego rodzajów, np.:

- a) „czystych” (z ang. *pure capetive*) instytucji typu *capetive*, tzn. zajmujących się działalnością ubezpieczeniową tylko swojej macierzystej korporacji, a nie innych firm czy osób fizycznych,
- b) ogólny (z ang.: *broad capetive*) – będący własnością jednego podmiotu, jednak ubezpieczający właściciela, podmioty od niego zależne oraz podmioty niezależne od właściciela,
- c) stowarzyszeniowy jednorodny (z ang.: *association homogeneous capetive*) – będący własnością wszystkich bądź części ubezpieczonych w towarzystwie podmiotów, prowadzących podobną działalność,
- d) niejednorodny (z ang.: *heterogeneous capetive*) – będący własnością wszystkich bądź części podmiotów ubezpieczonych w towarzystwie, prowadzących różne rodzaje działalności.
- e) do wynajęcia (z ang.: *rent-a-capetive*), którego właściciel nie asekuruje własnych ryzyk, lecz wynajmuje pojemność innym podmiotom, które, wpłacając składki, tworzą fundusze na zabezpieczenie swoich przyszłych strat. Są one tworzone przez duże podmioty

gospodarcze lub ich grupy, głównie w celu redukcji i stabilizacji kosztów finansowania ryzyka, czerpania zysków z inwestycji zgromadzonych środków oraz finansowania ryzyka nieakceptowanego przez inne towarzystwa ubezpieczeniowe.

W szerszym znaczeniu słowo *capetive* obejmuje przedsiębiorstwa, które równolegle do działalności ubezpieczeniowej – bezpośredniej (zawieranie umów Ubezpieczenia), zajmują się również działalnością ubezpieczeniową – pośrednią (reasekuracją). Jest specyficznym narzędziem zatrzymania, a w pewnych przypadkach transferu ryzyka.

W odróżnieniu od takich rozwiązań jak „pool ubezpieczeniowy” czy samoubezpieczenie, ma jednak sformalizowaną strukturę. To metoda zazwyczaj droższa niż samoubezpieczenie poprzez tworzenie rezerw wewnętrznych. Wymaga także większego zaangażowania kapitałowego. Jednak zapewnia większą kontrolę programu ubezpieczeń oraz możliwości jego modyfikacji. Niezmiernie istotny jest także poza ubezpieczeniowy aspekt przedsięwzięcia. *Capetive* rodzi koszty działalności, pozwala jednak z jednej strony na obniżenie podatków, a z drugiej na osiągnięcie dochodów z inwestycji.

**Lloyd's** – nietypowa organizacja ubezpieczeniowa. Członkowie Lloyd'a prowadzą działalność ubezpieczeniową, jako osoby prywatne.

Mogą być oni członkami:

- a) operacyjnymi (z *ang.*: *working underwriter*), lub;
- b) nieoperacyjnymi (z *ang.*: *names*).

Ich interesy reprezentują agenci członków (z *ang.* *members agents*). Członkowie Lloyd'a są zrzeszeni w syndykatach (z *ang.* *sindicats*). Propozycję ubezpieczenia gwarantowi (członkowi) operacyjnemu przedkłada broker Lloyd'a reprezentujący ubezpieczającego, obowiązany do zawarcia umowy na najlepszych dla klienta warunkach [szerzej: Przybytniowski, (red.) 2002; Przybytniowski, 2010; Handschke, Monkiewicz (red.), 2010], jako:

- a) gwarant (członek) operacyjny (z *ang.*: *working underwriter*) zajmuje się zawodowo działalnością ubezpieczeniową. Podejmuje się ubezpieczenia w imieniu syndykatu. Przejmuje on ryzyko ubezpieczanych transakcji.
- b) członkowie nieoperacyjni (z *ang.*: *names*) są inwestorami niezajmującymi się bezpośrednio działalnością ubezpieczeniową. „Nazwiska” są wprowadzane do jednego lub kilku syndykatów przez agentów

członków (z ang.: *members' agents*), którzy powinni czuwać nad ich interesami. Członkowie nieoperacyjni, czyli tak zwane „nazwiska” są to osoby gwarantujące wypłacalność syndykatu całym swoim majątkiem. Żeby zostać „nazwiskiem” gwarant musi się wykazać majątkiem, co najmniej 250000 funtów (odliczając wartość domu). Majątek ten stanowi zabezpieczenie wypłacalności syndykatu Lloyd’a na wypadek, gdyby jego rezerwy i środki własne okazały się zbyt szczupłe w stosunku do roszczeń beneficjentów ubezpieczenia. „Nazwiska” nie muszą angażować tych ogromnych sum bezpośrednio w działalność ubezpieczeniową. Ich rola polega tylko na gwarancjach dodatkowo (w porównaniu z innymi zakładami ubezpieczeń) rozszerzających kapitały stanowiące pokrycie ewentualnych roszczeń. Lukratywność „inwestycji” dokonywanych przez „nazwiska” polega na tym, iż ich kapitał pracuje podwójnie np.: w lokatach giełdowych i u Lloyd’a.

Dla zapewnienia wysokiej realności wyników finansowych, sprawozdania finansowe syndykatów ogłaszane są z opóźnieniem trzech lat.

**Pool ubezpieczeniowy** – tworzony przez kilka towarzystw ubezpieczeniowych, niepowiązanych ze sobą – głównie dla przyjmowania dużego ryzyka, które mogłoby zachwiać stabilnością finansową jednego towarzystwa;

**Tontyny** – polegają na tworzeniu stowarzyszeń subskrybentów w celu dokonywania wspólnej kapitalizacji udziałów, a następnie podziału zgromadzonych środków wśród osób pozostałych przy życiu lub wśród osób uprawnionych przez zmarłych. W Europie tontyny działają wyłącznie we Francji. Tontyny nie pobierają składki i nie wypłacają świadczeń w oparciu o ryzyko określone metodami statystyki ubezpieczeniowej (aktuariatu), lecz na podstawie naturalnego eliminowania świadczeniobiorców poprzez zgon uprawnionych do świadczenia.

**Ubezpieczeniowe organizacje państwowe lub państwowo-prywatne** – przykładem tej formy działalności jest np. ZUS, KRUS;

Niezależnie od tego, jaką formę prawną działalności ubezpieczeniowej przyjmą ubezpieczyciele, to muszą przygotować spójną i przemyślaną koncepcję zarządzania strategicznego, która powinna składać się z czterech syntetycznych elementów, wśród których wyróżnić można [patrz: Przybytniowski, 2012a]:

1. Misję przedsiębiorstwa, określającą zasadniczy powód istnienia danej jednostki i chęć przedsiębiorstwa do bycia postrzeganym

na rynku w określony sposób, (co jest praktycznie realizowane poprzez sformułowanie zasad, głównych celów, jakie długofalowo definiują filozofię funkcjonowania podmiotu, nadających kierunek prowadzonej działalności, a nierzadko wskazujących także dziedziny, którymi ma się ono zajmować);

2. Wizję strategiczną, czyli koncepcję przyszłości firmy, aspirację, która powinna być wspólna zarówno dla kierownictwa jak i pozostałych członków organizacji. Stanowi obraz przyszłość firmy, którą pracownicy chcą wykreować;
3. Cele funkcjonowania i zadania, określające, co dany podmiot chce osiągnąć;
4. Strategię działania, która pokazuje, jak osiągnąć zamierzone cele i zadania, stanowi ona drogi realizacji zamierzeń kierownictwa podmiotu, jest receptą konkretyzującą działania, jakie mają być podjęte w celu realizacji wizji i misji podmiotu.

**Misja jest nadrzędnym, uogólnionym celem łączącym w sobie wszystkie działania, jakie są podejmowane w danym podmiocie, co z drugiej strony oznacza, że w przeciwieństwie do sformułowanych celów przedsiębiorstwa, misja może być tylko jedna.** Istotę misji podmiotu stanowi swego rodzaju przesłanie, które umożliwia identyfikację rynkową danego przedsiębiorstwa, czyli sposób, w jaki podmiot chce być postrzegany przez swoje otoczenie [Przybytniowski, 2012b].

**Analizując działalność usługową zakładu ubezpieczeń, misja w tego typu przedsiębiorstwie polega na podejmowaniu spójnych i harmonijnych działań mających na celu dostosowanie swoich usług do potrzeb klientów, jak również wyodrębnienie komórki, która powinna realizować opracowaną strategię marketingową.**

Specyfika produktu, jaki oferuje w dystrybucji ubezpieczyciel bez względu na zakres oferty zawsze polega na uświadamianiu rzeczywistym lub potencjalnym klientom ponoszenie jakiegoś ryzyka, prawdopodobieństwa powstania szkody czy naruszenia prawa własności. Zawarcie umowy ubezpieczenia (usługi ubezpieczeniowej) w szczególności sposób zaspokajają oczekiwania klientów, oddziałuje na psychikę, wzmacnia poczucie pewności i bezpieczeństwa. Specyfika produktu – usługi firmy ubezpieczeniowej stawia określone wymagania przed sprzedającymi te usługi oraz przed agentami i brokerami ubezpieczeniowymi.



### 4.1.3. Wskaźniki koncentracji rynku ubezpieczeń

Wskaźnik Herfindahla – Hirschmana (z ang.: *Herfindahl-Hirschman Index*), określane również często w skrócie, jako HHI, jest miarą koncentracji rynku i określa szacunkowy poziom zagęszczenia w danej branży oraz poziom konkurencji na danym rynku ubezpieczeniowym. Stosowany jest głównie w USA oraz w UE. Stosuje się go do wydawania zgody na połączenia/fuzje przedsiębiorstw, które po połączeniu mogłyby spowodować znaczną koncentrację rynku (lub jej znaczny wzrost). Obliczeń stosuje się według wzoru:

$$HHI = \sum_{i=1}^n x_i u_i^2 \quad (26)$$

gdzie:

$u_i$  – udział „i-tego” podmiotu w rynku.

$n$  – liczba podmiotów na rynku.

$HHI = 1/n$  (gdy koncentracja jest doskonała).

$HHI = 1$  (gdy występuje monopol).

Właściwości:

1. Spadek indeksu HHI implikuje spadek siły producentów i wzrost konkurencyjności
- b) Wzrost indeksu HHI implikuje wzrost siły producentów i zmniejszenie konkurencyjności.

Zgodnie z wytycznymi obowiązującymi w USA, wskaźnik ten mniejszy niż 1 000 oznacza brak koncentracji, natomiast wskaźnik HHI z przedziału [1 000; 1 800] oznacza umiarkowaną koncentrację. Jeżeli wskaźnik HHI jest większy niż 1 800 oznacza wysoką koncentrację rynku.

Wytyczne UE skupiają się bardziej na ocenie zmiany tego wskaźnika po fuzji niż na samym jego poziomie.

Zadanie 1:

**Obliczyć** wskaźnik HHI, gdy 6 największych ubezpieczycieli ma 90% udział w rynku, natomiast pozostałe 10 zakładów ubezpieczeń ma po 1% udziału w sprzedaży:

1. 6 największych zakładów ubezpieczeń wytwarza po 15% ogólnej dystrybucji umów ubezpieczenia (pozostałe 10 ma po 1% udziału w dystrybucji).
2. Największy ubezpieczyciel wytwarza 80% ogólnej dystrybucji na rynku ubezpieczeń, a 5 po 2% (pozostałe 10 ma po 1% udziału w dystrybucji).

Rozwiązanie:

1.  $HHI = 6 \times 0,15^2 + 10 \times 0,01^2 = 0,136$ .
2.  $HHI = 1 \times 0,8^2 + 5 \times 0,02^2 + 10 \times 0,01^2 = 0,643$ .

Uwaga:

Pomimo że w obu przypadkach 6 największych zakładów ubezpieczeń dystrybuje 90% swoich umów ubezpieczenia, w pierwszym przypadku konkurencja będzie intensywna, a w drugim występuje prawie monopol, co pokazuje wskaźnik HHI.

Zadanie 2:

Obliczyć wskaźnik HHI, gdy 10 największych zakładów ubezpieczeń ma łącznie 81% udział w rynku, natomiast pozostałe 17 zakładów ubezpieczeń ma średnio po 1,117% udziału w rynku (obliczenia dotyczą rynku Działu I – ubezpieczenia na życie):

1.  $u_1 = 29,2\%$
2.  $u_2 = 8,56\%$
3.  $u_3 = 7,33\%$
4.  $u_4 = 6,17\%$
5.  $u_5 = 5,55\%$
6.  $u_6 = 5,49\%$
7.  $u_7 = 5,44\%$
8.  $u_8 = 5,40\%$
9.  $u_9 = 4,21\%$
10.  $u_{10} = 3,67\%$

Rozwiązanie:

$$HHI = 0,292^2 + 0,0856^2 + 0,0733^2 + 0,0617^2 + 0,0555^2 + 0,0549^2 + 0,0544^2 + 0,0540^2 + 0,0421^2 + 0,00367^2 + 17 \times 0,0117^2 = 0,0852 + 0,0073 + 0,054 + 0,003 + 0,004 + 0,0029 + 0,0029 + 0,0017 + 0,0013 + 0,0023 = \mathbf{0,1376}$$

Zadanie 3:

Obliczyć wskaźnik HHI, gdy dla 10 największych zakładów ubezpieczeń, które mają łącznie 87% udział w rynku, natomiast pozostałe 22 zakłady ubezpieczeń mają po 0,59% udziału w rynku (Dział II -ubezpieczenia majątkowe).

1.  $u_1 = 36,27\%$
2.  $u_2 = 14,52\%$
3.  $u_3 = 13,45\%$
4.  $u_4 = 6,82\%$
5.  $u_5 = 3,52\%$
6.  $u_6 = 3,08\%$
7.  $u_7 = 2,94\%$
8.  $u_8 = 2,25\%$
9.  $u_9 = 2,12\%$
10.  $u_{10} = 1,66\%$

Rozwiązanie:

$$\text{HHI} = 0,3627^2 + 0,1452^2 + 0,1345^2 + 0,0682^2 + 0,0352^2 + 0,0308^2 + 0,0294^2 + 0,0225^2 + 0,0212^2 + 0,0166^2 + 22 \times 0,0059^2 = 0,1315 + 0,0219 + 0,0181 + 0,0046 + 0,0012 + 0,0010 + 0,0009 + 0,0005 + 0,0004 + 0,0003 + 0,0007 = \mathbf{0,0627}$$

Innym wskaźnikiem, mierzącym koncentrację rynku, jest wskaźnik **Giniego**. Jest on stosowany w statystyce, jako miara koncentracji (nierównomierności) rozkładu zmiennej losowej. Nazwa współczynnika pochodzi od nazwiska jego twórcy, włoskiego statystyka Corrado Giniego. Obliczamy go według wzoru:

$$G = 1 + \frac{1}{n} - \frac{2}{n} \sum_{i=1}^n i x u_i^2 \quad (27)$$

gdzie:

$i$  – ranga nadana podmiotowi przy zastosowaniu uporządkowania wedle malejących udziałów.

$n$  – liczba podmiotów na rynku.

$u_i$  – udział „ $i$ -tego” podmiotu w rynku.

Właściwości:

1. Współczynnik Giniego przyjmuje wartości z przedziału  $[0; 1]$ , często jednak wyraża się go w procentach.
2. Wartość zerowa współczynnika wskazuje na pełną równomierność rozkładu.
3. Wzrost wartości współczynnika oznacza wzrost nierówności rozkładu.
4. Współczynnik Giniego przyjąłby wartość 1, gdyby tylko jedna obserwacja uzyskała dodatnią wartość zmiennej (na przykład tylko jedno gospodarstwo domowe posiadało dochody) przy nieskończonej liczbie obserwacji.

Zadanie 1

Oblicz wskaźnik Giniego przy następujących założeniach

1.  $n = 3$
2.  $u_1 = 45\%$  ( $i = 3$ )
3.  $u_2 = 30\%$  ( $i = 2$ )
4.  $u_3 = 25\%$  ( $i = 1$ )

Rozwiązanie:

$$\text{Wskaźnik } G = 1 + 1/n - 2/n \sum i \times u_i^2 = 1 + 1/3 - 2/3 (3 \times 0,45^2 + 2 \times 0,30^2 + 1 \times 0,25^2) = 1 + 1/3 - 2/3 (0,6075 + 0,1800 + 0,0625) = 1 + 1/3 - 2/3 (0,85) = 1 + 1/3 - 0,567 = \mathbf{0,7558}$$

**Odwrócone:**

$$\text{Wskaźnik } G = 1 + 1/n - 2/n \sum i \times u_i^2 = 1 + 1/3 - 2/3 (1 \times 0,45^2 + 2 \times 0,30^2 + 3 \times 0,25^2) = 1 + 1/3 - 2/3 (0,2025 + 0,1800 + 0,1875) = 1 + 1/3 - 2/3 (0,57) = 1 + 1/3 - 0,38 = \mathbf{0,953}$$

Zadanie 2:

Oblicz wskaźnik Giniego przy następujących założeniach (Dział I, 10 największych udziałów zakładów ubezpieczeń w rynku – łącznie 81%):

1.  $n = 10$
2.  $u_1 = 29,2\%$  ( $i = 10$ )
3.  $u_2 = 8,56\%$  ( $i = 9$ )
4.  $u_3 = 7,33\%$  ( $i = 8$ )
5.  $u_4 = 6,17\%$  ( $i = 7$ )
6.  $u_5 = 5,55\%$  ( $i = 6$ )

7.  $u_6 = 5,49\%$  ( $i = 5$ )
8.  $u_7 = 5,44\%$  ( $i = 4$ )
9.  $u_8 = 5,40\%$  ( $i = 3$ )
10.  $u_9 = 4,21\%$  ( $i = 2$ )
11.  $u_{10} = 3,67\%$  ( $i = 1$ )

Rozwiązanie:

$n$

$$\text{Wskaźnik } G = 1 + 1/n - 2/n \sum_{i=1}^n i \times u_i^2 = 1 + 1/10 - 2/10$$

$i=1$

$$[10x + 9 \times 0,0856^2 + 8 \times 0,0733^2 + 7 \times 0,0617^2 + 6 \times 0,055^2 + 5 \times 0,0549^2 + 4 \times 0,0544^2 + 3 \times 0,0540^2 + 2 \times 0,0421^2 + 1 \times 0,0367^2] = 1 + 1/10 - 2/10$$

$$[0,8526 + 0,0659 + 0,0429 + 0,0266 + 0,0182 + 0,015 + 0,0118 + 0,0087 + 0,0035 + 0,0013] = 1 + 1/10 - 2/10 (1,048) = 1 + 1/10 - 0,2096 = \mathbf{0,8904}$$

Zadanie 3

Oblicz wskaźnik Giniego przy następujących założeniach (dział II, 10 największych udziałów zakładów ubezpieczeń w rynku – łącznie 81%):

1.  $n = 10$
2.  $u_1 = 36,27\%$
3.  $u_2 = 14,52\%$
4.  $u_3 = 13,45\%$
5.  $u_4 = 6,82\%$
6.  $u_5 = 3,52\%$
7.  $u_6 = 3,08\%$
8.  $u_7 = 2,94\%$
9.  $u_8 = 2,25\%$
10.  $u_9 = 2,12\%$
11.  $u_{10} = 1,66\%$

Rozwiązanie:

n

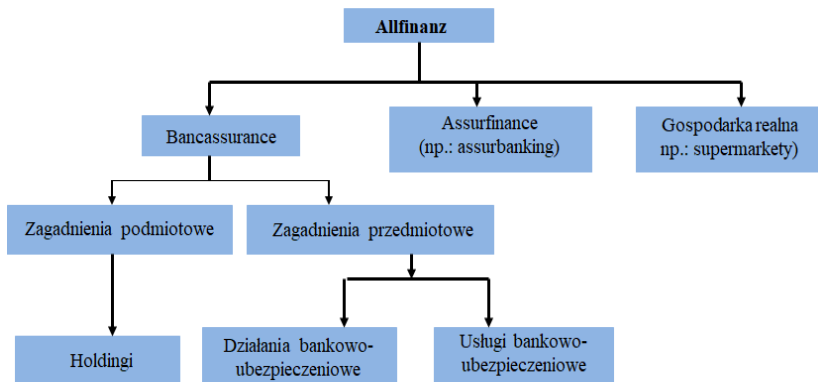
$$\text{Wskaźnik } G = 1 + \frac{1}{n} - \frac{2}{n} \sum_{i=1}^n i \times u_i^2 = 1 + \frac{1}{10} - \frac{2}{10} [10 \times$$

$$0,3627^2 + 9 \times 0,1452^2 + 8 \times 0,1345^2 + 7 \times 0,0682^2 + 6 \times 0,0352^2 + 5 \times 0,0308^2 + 4 \times 0,0294^2 + 3 \times 0,0225^2 + 2 \times 0,0212^2 + 1 \times 0,0166^2] = 1 + \frac{1}{10} - \frac{2}{10} [0,8526 + 0,0659 + 0,0429 + 0,0266 + 0,0182 + 0,015 + 0,0118 + 0,0087 + 0,0035 + 0,0013] = 1 + \frac{1}{10} - \frac{2}{10} (1,048) = 1 + \frac{1}{10} - 0,2096 = \mathbf{0,8904}$$

#### 4.1.4. Świadczenie usług ubezpieczeniowych

Rozwój rynków usług ubezpieczeniowych, prowadzi do zmian strukturalnych w sektorze instytucji finansowych, a w konsekwencji do powstania nowych kanałów dystrybucji usług ubezpieczeń. Udział pośredników ubezpieczeniowych (agentów i brokerów ubezpieczeniowych) oraz podmiotów wspomagających funkcjonowanie kanałów dystrybucji, prowadzi między innymi do wzrostu efektywności kontaktów pomiędzy uczestnikami tego rynku, uzyskiwania korzyści skali oraz redukcji sprzeczności funkcjonalnych pomiędzy działaniami podejmowanymi przez jeden podmiot.

Funkcję pośrednika ubezpieczeniowego (Rysunek 39) przyjmują na siebie prawie wszystkie współpracujące podmioty sektora finansowego w myśl zasady „wszystko pod jednym dachem” (z *ang.*: *allfinanz*). Przyczyn tych zmian upatrywać należy w innowacyjności i liberalizacji rynków finansowych, deregulacji przepisów prawnych, jak też – rozwoju technologii informatycznych i otoczenia sektora finansowego. Na popytową stronę rynku ubezpieczeniowego wpływają głównie zmiany: demograficzne, preferencji, świadomość i skłonności do oszczędzania klientów zakładów ubezpieczeń.



Rysunek 39: Zintegrowane kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych

Źródło: opracowanie za: [Przybytniowski za Śliperski, 2002 /w:/ Jędrzejczyk, Przybytniowski, 2009].

**Allfinanz** – to forma więzi funkcjonalnej dwóch lub więcej podmiotów należących do różnych segmentów rynku finansowego. W efekcie podmioty te wychodzą z ofertą produktu finansowego spełniającego funkcje charakterystyczne dla różnych segmentów rynku finansowego. W wyniku Allfinanz podmiot posiadający zezwolenie na określoną typową dla swego segmentu usługę oferuje czynność finansową zgodnie z posiadany zezwoleniem oraz pośredniczy w sprzedaży innej usługi finansowej, realizując sprzedaż wiązaną. Nazwa ta stosowana jest na rynkach niemieckojęzycznych.

**Bancassurance** – Wspólne przedsięwzięcia bankowo-ubezpieczeniowe, tzw. bancassurance [Przybytniowski, 2013] Działalność ta ma charakter jednostronny (ubezpiaczyciel dystrybuuje swoje produkty w sieci bankowej) lub dwustronny (wzajemne świadczenie ww. usług) [por. Messyasz–Handschke, 2002]. Porozumienia mają charakter aliansu strategicznego lub też charakter relacji skupionych na określonej grupie produktów.

**Assurfinance** – to forma więzi funkcjonalnej ubezpieczyciela i podmiotu należącego do innego segmentu rynku finansowego. W efekcie

zakład ubezpieczeń oferuje produkt ubezpieczeniowy uzupełniony o inną usługę finansową. Również dla tej formy nie jest istotna więź kapitałowa łącząca (lub nie) różne podmioty rynku finansowego. Istotna jest dystrybucja ubezpieczenia uzupełnionego o usługę finansową – typową dla innego segmentu rynku finansowego. Ubezpieczyciel oferuje ubezpieczenie zgodne z posiadanym zezwoleniem oraz pośredniczy w sprzedaży nietypowej dla ubezpieczeń usługi finansowej. Przykładami mogą być udzielane przez zakłady ubezpieczeń na życie pożyczki do poziomu wartości pieniężnej ubezpieczenia lub sprzedaż ubezpieczeń na życie z funduszem inwestycyjnym.

**Finansowe supermarkety** – stanowią zintegrowany kanał dystrybucji instrumentów finansowych grup kapitałowych lub rzadziej – przedsiębiorstw współpracujących na zasadzie wspólnego przedsięwzięcia. Założeniem jest – obciążanie dodatkowymi obowiązkami pracowników banków z zakresu ubezpieczeń lub pracowników zakładów ubezpieczeniowych ofertami produktów bankowych. Zajmują się one oferowaniem produktów ubezpieczeniowych, bankowych oraz innych instrumentów finansowych, takich jak: fundusze inwestycyjne, fundusze emerytalne, leasing, faktoring itp.

**Cross selling** (z ang) – to usługa komplementarna wygenerowana przez jeden podmiot rynku finansowego jest dołączana do bazowej usługi finansowej generowanej zgodnie z zezwoleniem przez inny podmiot [Lenart, 2002]. W rezultacie takich zabiegów inwestorzy mogą osiągać korzyści z różnych segmentów rynku finansowego mimo obowiązujących regulacji strukturalnych. Usługobiorcy z kolei mogą w jednym miejscu nabyć zintegrowaną usługę.

Typowymi przykładami mogą być: ubezpieczone kredyty hipoteczne, ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym, w ramach, którego zakład ubezpieczeń „przejmuje” ryzyko życiowe a towarzystwo funduszy inwestycyjnych zapewnia usługę wspólnego inwestowania gromadzonych kapitałów.



## 4.2. Dystrybucja ubezpieczeń

### 4.2.1. Pojęcie pośrednictwa ubezpieczeniowego

Nim, zostanie opisane pojęcie dystrybucji ubezpieczeń, należy w pierwszej kolejności przywołać początki “narodzenia” się tego pojęcia w ubezpieczeniach.

**Pojęcie pośrednictwa** (łac. *faktor* = pośrednik) [Tokarski, (red.), 1980] odnosi się do działalności osoby trzeciej, mającej na celu porozumienie między stronami (...), występowanie w roli łącznika lub rozjemcy, a także załatwiania dla zarobku różnego rodzaju transakcji handlowych pomiędzy obu stronami [Szymczak, (red.) 1979].

**Pośrednictwo ubezpieczeniowe** (z ang.: *insurance mediation*) wiąże się integralnie z nowoczesną organizacją ubezpieczeń gospodarczych opartą na zasadach rynkowych [Warkało, Marek, Mogilski, 1983]. Służy nie tylko „zdobywaniu” przez ubezpieczycieli większej liczby kandydatów do ubezpieczenia [Łazowski, 1997], ale pozwala także orientować się w mechanizmach rynku ubezpieczeniowego, przyczyniając się do umasowienia ubezpieczeń i stałego podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa [Przybytniowski, 2006]. Działalność **pośredników ubezpieczeniowych** (z ang.: *insurance intermediary*) skraca drogę między ubezpieczycielem i ubezpieczającym, ułatwiając ich kontakty oparte na idei negocjacji i harmonijnej współpracy [Kowalewski, 1991].

W dorobku literatury francuskiej pośrednictwo ubezpieczeniowe traktowane jest, jako handlowe [Bigot, Langé, 1999]. Mimo, że w literaturze francuskojęzycznej dostrzega się, iż usługi proponowane przez pośrednika ubezpieczeniowego (zwłaszcza niezależnego, tzw. *courtiera*) wykazują tendencję do wykraczania poza pośrednictwo w czysto transakcyjnym ujęciu, panuje przekonanie, że nie przesądza to o konieczności jego wyodrębnienia z pośrednictwa handlowego, gdyż czynności podejmowane przez pośredników ubezpieczeniowych podporządkowane są ściśle zawieraniu **umowy ubezpieczenia** [Lambert-Faivre, 1998, Spitz, 2008; Beres, 2008; Badoc, 2009] (z ang.: *contract of insurance*). Zgodnie z koncepcją tzw. francuską, pośredników ubezpieczeniowych dzieli się na trzy grupy: pracowników ubezpieczyciela mających za zadanie pozyskiwanie ubezpieczeń – akwizytorów, agentów ubezpieczeniowych i maklerów.

Podobnie działalność pośrednika ubezpieczeniowego postrzega doktryna szwajcarska [Delvesa, 1993]. Natomiast w ujęciu węższym, wypływającym z prawa niemieckiego, istnieje ścisła granica pomiędzy pracownikami najemnymi ubezpieczyciela, a agentami. Do pośredników ubezpieczeniowych zalicza się tylko agentów ubezpieczeniowych i maklerów ubezpieczeniowych [Kowalewski, 1994ab] (z *ang. insurance broker*).

#### 4.2.2. Dystrybucja ubezpieczeń na świecie

**Pośrednictwo** (z *ang.: intermediary*) jest terminem związanym ze sferą ubezpieczeń, ale jego uniwersalny charakter wykracza daleko poza niego. Pojęcie to ma swoją długą historię i ewaluował wraz z rozwojem form ubezpieczeniowych. Istnieje zależność znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego od jego ewolucji historycznej. Już w czasach starożytnych na etapie wspólnoty pierwotnej istniały prymitywne formy oparte na zasadach wzajemnej pomocy i solidarności. Wyodrębnienie się ubezpieczeń, jako samodzielnej instytucji gospodarczej i prawnej wystąpiło najwcześniej w morskiej żegludze handlowej i handlu morskim [Przybytniowski, 2010]. Wiąże się z nimi ściśle pojęciem maklera. On, jako pierwszy samodzielny pośrednik, pojawił się w XIV wieku [Przybytniowski J.W., 1999].

Zawód pośrednika ubezpieczeniowego, zwłaszcza brokera ubezpieczeniowego rozpowszechnił się ok. wieku XVI. Źródła niemieckie odnotowały pierwszą działalność brokerów ubezpieczeniowych w związku z hamburską umową ubezpieczenia morskiego. Zawód pośrednika ubezpieczeniowego, rozpowszechniał się wraz z rozwojem handlu morskiego, którego droga wiodła z terenów ziem włoskich poprzez miasta portowe Półwyspu Iberyjskiego, Niderlandów, Niemiec, by dotrzeć do Anglii. W tym okresie pojawiło się na rynku ubezpieczeniowym nowe określenie pośrednika ubezpieczeniowego – **broker ubezpieczeniowy** (z *ang. insurance broker*) [Przybytniowski, 2010]. Instytucja ta nie posiadała żadnych uregulowań prawnych poza określonymi wymogami gwarancyjnymi [szerzej: Szcześniak, 2003, Przybytniowski, 2010]. Szczególnymi symbolami ich zawodowego i społecznego znaczenia były tzw. znaki brokerskie oraz laska brokerska.

Obejmując urząd, składali oni uroczystą przysięgę (formalne zaprzysiężenie), aż do XIX wieku. Wiązało się to z formalnymi procedurami dopuszczenia do zawodu, które dawać miało gwarancję spełniania przez nich najwyższych kryteriów zawodowych i moralnych.

Dalszy etap rozwoju pośrednictwa ubezpieczeniowego, nastąpił w drugiej połowie XVII wieku. Wiąże się to ściśle z pojawieniem się na rynku angielskim korporacji Lloyd's (tzw. *Lloyd's brokers*) [Hodgin, 1992].

Na przełomie XIX/XX wieku nastąpiło powstanie i rozbudowa nowych działów, grup i rodzajów ubezpieczeń, jak też łączenie w jednej instytucji kilku działów ubezpieczeń. Zmiany te przyczyniły się w sposób znaczny do rozpowszechnienia sieci **agentów ubezpieczeniowych** (z ang.: *insurence agent*), jako pośredników ubezpieczeniowych, reprezentujących interesy zakładów ubezpieczeń. Na świecie następuje „liberalizacja” zawodu pośrednika ubezpieczeniowego – zaczynają powoli zanikać wspomniane wcześniej procedury dopuszczania do zawodu brokera (insygnia zawodu, czy uroczysta przysięga).

#### 4.2.3. Dystrybucja ubezpieczeń w Polsce

Pierwsze wzmianki dotyczące pośrednictwa ubezpieczeniowego, pojawiły się w zaborze austriackim i pruskim.

Na ziemiach wchodzących w skład zaboru austriackiego pośrednictwo ubezpieczeniowe wykonywane było przez **agentów ubezpieczeniowych**, którymi mogły być osoby fizyczne lub prawne, którym zakład ubezpieczeń powierzył pośrednictwo w czynnościach ubezpieczeniowych [szerzej Przybytniowski, 1999; 2010]. Największe zmiany w zakresie rozwoju pośrednictwa w zakresie ubezpieczeń nastąpiły na naszych terenach po drugiej wojnie światowej. Wykształciły się wówczas specyficzne formy akwizycji, łączące w sobie doświadczenia wcześniejszych okresów i realizujące wyzwania socjalistycznej organizacji gospodarki patrz [Waręski, 1968].

Po drugiej wojnie światowej, Rada Ministrów nadając statut PZU ustanowiła, że zakres obowiązków i uprawnień oraz zasady kontroli działalności agentów ubezpieczeniowych ustala dyrektor Zakładu za zgodą Ministra Finansów [Uchwała, 1935; 1952; 1958]. Na tej pod-

stawie zarządzeniem Nr 64/57 Dyrektora PZU z dnia 28 grudnia 1957 r. wprowadzona została „Instrukcja o Pośrednictwie Ubezpieczeniowym” [Załącznik nr ..., 1957], która regulowała wzajemne prawa i obowiązki agentów ubezpieczeniowych i PZU [Brykalski, 1952]. Zgodnie z tym zarządzeniem za pośrednictwo ubezpieczeniowe uważano zawieranie za wynagrodzeniem umów ubezpieczenia w imieniu Zakładu. Pośrednictwo mogły wykonywać osoby fizyczne i prawne. Aparat akwizycyjny PZU stanowiły dwie grupy:

1. Etatowi pracownicy terenowych jednostek organizacyjnych zakładu, który organizuje akwizycję.
2. Pośrednicy – agenci ubezpieczeniowi.

W okresie monopolistycznej działalności ubezpieczeniowej PZU w Polsce można było wyodrębnić trzy podstawowe formy akwirowania ubezpieczeń:

1. Wszechstronna – wymagająca od agenta ubezpieczeniowego wszechstronnej wiedzy na temat produktów ubezpieczeniowych PZU (ogólnych warunków ubezpieczenia, taryf składek).
2. Specjalistyczna – agenci ubezpieczeniowi opanowali w sposób perfekcyjny ogólne warunki ubezpieczeń i taryfy składek od jednego do trzech rodzajów ubezpieczeń, ograniczając się do pozyskiwania i zawierania umów ubezpieczenia tylko tych maksymalnie trzech ubezpieczeń.
3. Środowiskowa – agent ubezpieczeniowy, działający w imieniu PZU [Instrukcja..., Nr 64/57, 1957].

Pierwsze unormowania prawne pojęcia **pośrednik ubezpieczeniowy** zostały wprowadzone przepisami ustawy z 3 grudnia 1958 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych [Ustawa, 1958]. Ustawodawca pozwolił PZU na posługiwanie się pośrednikami ubezpieczeniowymi w celu pozyskiwania i rozwoju ubezpieczeń dobrowolnych. Podstawą ich działania było zezwolenie wydane przez PZU. Instrukcja o pośrednictwie ubezpieczeniowym wyjaśniała, że pośrednikami (agentami) były osoby wykonujące pośrednictwo ubezpieczeniowe na rzecz PZU na warunkach wynagrodzenia prowizyjnego. Określiła także zadania pośredników, jako: propagowanie, pozyskiwanie, zawieranie i wznawianie ubezpieczeń majątkowych i osobowych zgodnie z wyznaczonymi planami akwizycyjnymi oraz inkasowanie składek za zawarte i wznawione ubezpieczenia [Instrukcja..., Nr 64/57, 1957].

Wśród aktów wykonawczych do ww. ustawy [Ustawa, 1958] dopiero Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 marca 1972 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego [Rozporządzenie, 1972] regulowało sprawy związane z pośrednictwem ubezpieczeniowym. Pośrednictwo ubezpieczeniowe polegało na pozyskiwaniu dobrowolnych ubezpieczeń majątkowych i osobowych jednostek gospodarki nieuspołecznionej i osób fizycznych na rzecz PZU. Zakres czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego obejmował:

- a) zawieranie w imieniu PZU umów ubezpieczenia,
- b) udzielanie informacji o warunkach i znaczeniu dobrowolnych ubezpieczeń oraz o postępowaniu w razie powstania wypadku ubezpieczeniowego,
- c) przyjmowanie wniosków (ofert) ubezpieczeniowych,
- d) inkasowanie składek,
- e) wykonywanie innych zleconych przez PZU czynności w zakresie pozyskiwania ubezpieczeń.

Rozwój ubezpieczeń w Polsce powojennej kończy się uchwaleniem ustawy o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych z 20 września 1984 r. [Ustawa, 1984], która uchyliła rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego [Rozporządzenie, 1972], i tym samym pośrednictwo przestało być poza obrotem morskim instytucją ustawową.

Następny etap transformacji rynku ubezpieczeń w Polsce, a zarazem najważniejszy, wyznacza ustawa z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej [Ustawa, 1990]. Ustawa ta zamknęła ponad czterdziestoletni okres ubezpieczeń socjalistycznych i otworzyła nowy okres ubezpieczeń w dobie gospodarki rynkowej. Mocą tej regulacji pojęcie pośrednictwa ubezpieczeniowego **ponownie zostało podniesione do rangi ustawowej**. Dla pośrednictwa ubezpieczeniowego najistotniejsze znaczenie miał zapis, który zezwalał zakładom ubezpieczeń na korzystanie z usług pośrednictwa ubezpieczeniowego świadczonych przez osobę fizyczną bądź prawną.

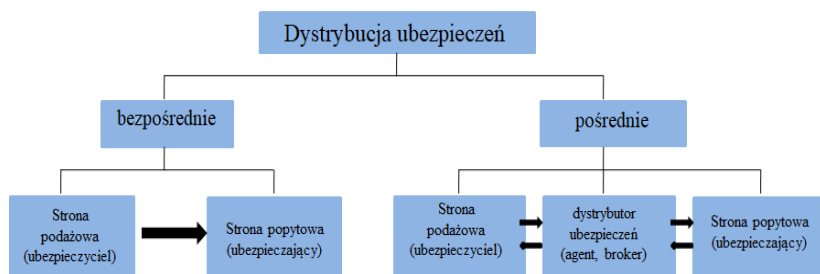
Potrzebę zmian zaspokajała uchwalona przez Sejm w dniu 08 czerwca 1995 r. [Ustawa, 1996], nowela do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w której wprowadzony został oddzielny rozdział 3a dotyczący pośrednictwa ubezpieczeniowego. Zdefiniowano w nim podstawowe pojęcia i zagadnienia, a także zasady funkcjonowania

podmiotów rynku ubezpieczeń. Wykonywanie czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego było możliwe tylko i wyłącznie za pośrednictwem agenta i brokera ubezpieczeniowego.

Pomimo kompleksowego unormowania zagadnień związanych z pośrednictwem ubezpieczeniowym, zapisy te nie były w niektórych aspektach dalekosiężne i ustawa musiała być nowelizowana w związku z uzyskaniem przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w UE i implementacją unijnych dyrektyw. Najistotniejszą nowelizacją, mającą bezpośredni wpływ na funkcjonowanie pośrednictwa ubezpieczeniowego była ustawa z 18 lutego 2005 r. o zmianie ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz niektórych ustaw [Ustawa, 2005]. Kolejną ważną regulację stanowiła ustawa z 19 września 2006 r. o jednolitym nadzorze finansowym [Ustawa, 2006]. Ostatnią zmianą, jaka zaszła na rynku polskim, w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego, było uchwalenie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń [patrz: Dz.U. 2017 poz. 2486]. Ustawa ta jest implementacją Dyrektywy UE (Insurance Distribution Directive (IDD), która została przyjęta przez Parlament Europejski i Radę (UE) w 2016 r. i obowiązuje od pierwszego października 2018 r. [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń].

#### **4.2.4. Pojęcie dystrybucji ubezpieczeń**

Świadczenie dystrybucji ubezpieczeń jest procesem obejmującym: dystrybucję bezpośrednią lub pośrednią (Rysunek 44), komunikację interpersonalną, masową, hipermedialną oraz informację bezpośrednią i pośrednią.



Rysunek 40: Systematyka pośrednictwa ubezpieczeniowego

Źródło: opracowanie własne.

Kanału tego nie należy utożsamiać wyłącznie z kanałem dystrybucji. Z kolei kanału dystrybucji nie należy utożsamiać z kanałem oferowania tychże usług.

**Dystrybucja** (z ang.: *distribution*) oznacza zorientowaną na osiągnięcie zysku działalność obejmującą planowanie, organizowanie i kontrolowanie sposobu przemieszczania gotowych produktów z miejsc ich wytworzenia do miejsc sprzedaży nabywcom końcowym [Kotler, 1994, s. 5-6].

Natomiast [Przybytniowski, 2010, s. 41] proces dystrybucji (z ang.: *distribution process*) obejmuje **wszelkie czynności, jak i wszystkich uczestników rynku ubezpieczeń, uczestniczących w produkcji, pośredniczeniu i nabywaniu umów ubezpieczenia, które są związane z powstaniem produktu ubezpieczeniowego<sup>9</sup> i doprowadzeniu do transakcji kupna-sprzedaży. Proces ten odbywa się przed, w trakcie, po powstaniu produktu ubezpieczeniowego, jak i w czasie transakcji wykonywanej za pośrednictwem pośrednika ubezpieczeniowego. Czyli można powiedzieć, że świadczenie usługi ubezpieczenia jest pojęciem szerszym niż tylko jej dystrybucja.**

W ujęciu podmiotowym **kanał dystrybucji usług ubezpieczeniowych** (z ang.: *distribution channel for insurance services*) [Przyby-

<sup>9</sup> Produkt ubezpieczeniowy (z ang. *insurance product*) – pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń za określoną opłatą (składkę ubezpieczeniową). Usługi te są świadczone od chwili zawarcia umowy pomiędzy stronami, aż do jej rozwiązania na warunkach, które są w umowie określone.

niowski, 2010, s. 42], jest zbiorem wzajemnie zależnych od siebie organizacji, współpracujących w procesie dostarczania produktu i usługi do konsumenta. Kanał ten powinien być dostosowany do: produktu, jego przeznaczenia i zastosowania, sposobu sprzedaży, rodzaju rynku i do końcowego nabywcy, który decyduje o prawidłowości jego wyboru i sprawności funkcjonowania.

Biorąc pod uwagę zachodzące zmiany na rynku ubezpieczeniowym, także w Polsce, pojęcie pośrednictwa ubezpieczeniowego zostało zastąpione pojęciem – **dystrybucja ubezpieczeń** (z ang.: *insurance distribution*) [patrz: Dz.U. 2017 poz. 2486, art 1 i 2].

Śledząc zapisy ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, to [patrz: Dz.U. 2017 poz. 2486, art 1 i 2]: **dystrybucja ubezpieczeń** oznacza działalność wykonywaną wyłącznie przez dystrybutora ubezpieczeń polegającą na:

- 1) doradzaniu, proponowaniu lub wykonywaniu innych czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych;
- 2) zawieraniu umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych w imieniu zakładu ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz klienta albo bezpośrednio przez zakład ubezpieczeń;
- 3) udzielaniu pomocy przez pośrednika ubezpieczeniowego w administrowaniu umowami ubezpieczenia lub umowami gwarancji ubezpieczeniowych i ich wykonywaniu, także w sprawach o odszkodowanie lub świadczenie.
- 4) na udzielaniu informacji dotyczących jednej lub większej liczby umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych na podstawie kryteriów wybranych przez klienta za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów oraz opracowywaniu rankingów produktów ubezpieczeniowych obejmującego porównanie cen i produktów lub składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, w przypadku, gdy klient jest w stanie pośrednio lub bezpośrednio zawrzeć umowę ubezpieczenia lub umowę gwarancji ubezpieczeniowej za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów.

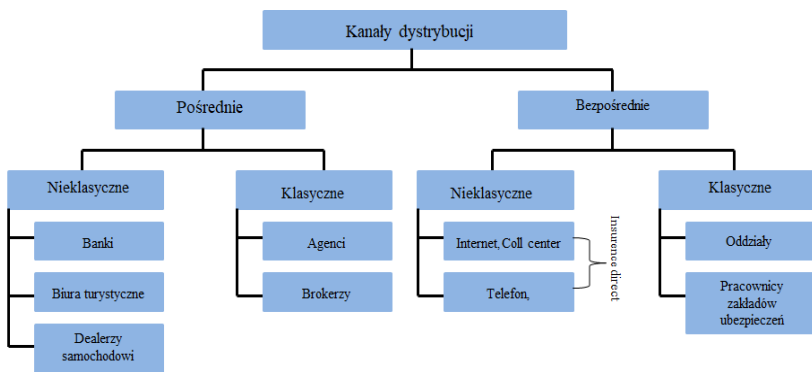


#### 4.2.5. Systematyka kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych

Podział dystrybutorów ubezpieczeń na agentów i brokerów ubezpieczeniowych [patrz: Dz.U. 2017 poz. 2486, art 3 i 4] jest wyrazem utrwalonej w Polsce praktyki ubezpieczeniowej.

Należy pamiętać, że rolę dystrybutora ubezpieczeń pełnią, inne podmioty, które występujące w ramach stosunku ubezpieczenia, jako ubezpieczający (np.: *bancassurance*), czy zakład ubezpieczeń, który może wykonywać bezpośrednio czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń przez uprawnionego przez ten zakład ubezpieczeń pracownika, zwane dalej „czynnościami dystrybucyjnymi zakładu ubezpieczeń [patrz: Dz.U. 2017 poz. 2486, art 5].

Kanały dystrybucji produktów ubezpieczeniowych można podzielić ze względu na fakt istnienia etapów pośrednich oferowania umowy Ubezpieczenia, pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym. Z tego punktu widzenia można wyróżnić kanały bezpośrednie (z ang.: *direct canvassing*) i pośrednie (z ang.: *indirect canvassing*) (Rysunek 45):



Rysunek 41: Systematyka kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych

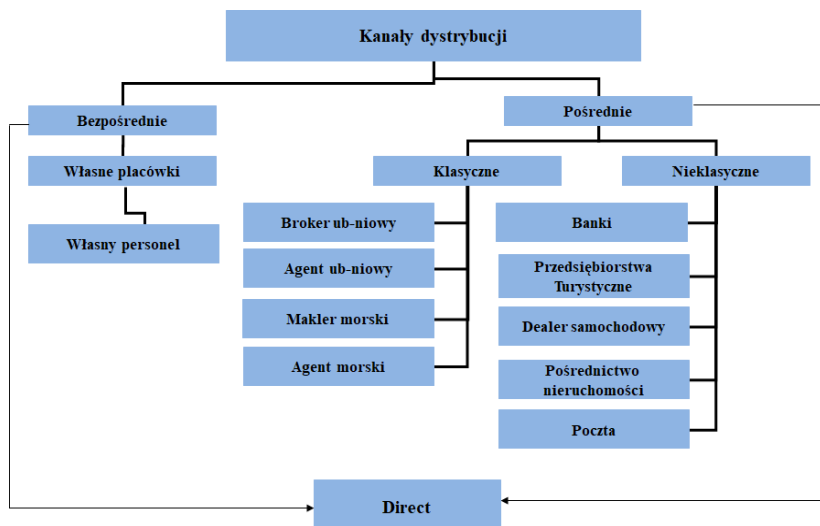
Źródło: opracowanie własne.

1. Bezpośredni, który jest wykonywany za pomocą własnych placówek i własnego personelu. Kontakt z klientem może odbywać się przez: dostarczenie do klienta przez pracownika zakładu ubezpieczeń oferty przygotowanej w formie pisemnej; przesłanie pocztą oferty przygotowanej w formie pisemnej; przesłanie oferty pocztą elektroniczną [Bosselmann, 1994]; telefoniczne uzgodnienie warunków umowy ubezpieczenia, przekazanie dokumentów w późniejszym terminie przez pracownika zakładu lub pocztą; przyście klienta do ubezpieczyciela i na miejscu uzgadnianie warunków umowy. Wykorzystując tę formę ubezpieczyciel zyskuje określone korzyści: lepszą kontrolę wykonania usługi; indywidualizację usługi i jej cech w wyniku osobistego kontaktu z klientem (ubezpieczającym).
2. Pośredni, który ma miejsce wtedy, gdy pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym występuje pośrednik. Ubezpieczyciel nie mogąc dotrzeć do wszystkich potencjalnych klientów za pomocą własnych pracowników i własnych placówek, jest zmuszony korzystać z usług pośredników – agentów i brokerów ubezpieczeniowych [por. Pokrzywniak, 2011].

Ponadto w literaturze przedmiotu, dodatkowo możemy spotkać podział kanałów na tzw. tradycyjne (klasyczne) oraz nieklasyczne, wykorzystujące najnowsze technologie oraz koncepcje współpracy z innymi podmiotami (innowacyjne – z ang.: *direct insurance*<sup>10</sup>) (Rysunek 42).

---

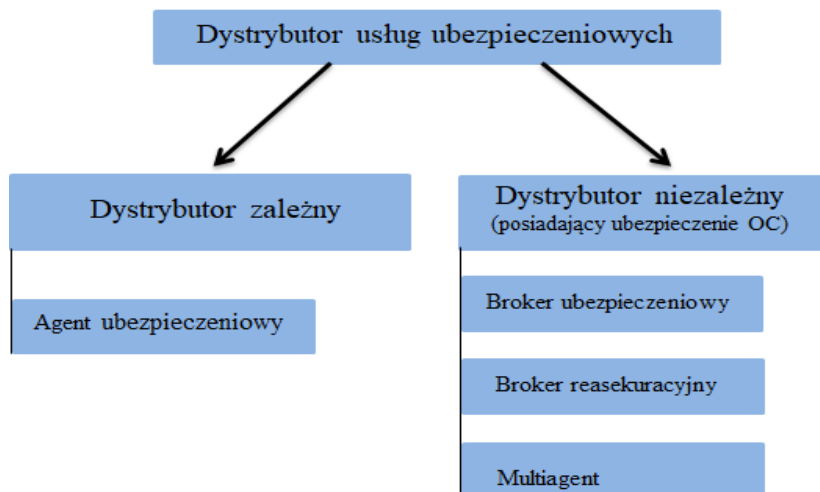
<sup>10</sup> *Direct Insurance* to termin oznaczający dystrybucję produktów ubezpieczeniowych przez media najczęściej przez telefon lub Internet [Rogacki, 2007]. Formy te mogą być wykorzystywane zarówno przez ubezpieczycieli jak i dystrybutorów usług ubezpieczeniowych.



Rysunek 42: Miejsce direct insurance w dystrybucji usług ubezpieczeniowych  
 Źródło: opracowanie własne.

W literaturze przedmiotu, problematyka kanałów dystrybucji analizowana była głównie na gruncie marketingu. Rzadko odnoszono się do ekonomicznych aspektów funkcjonowania kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych, które są niezbędne dla procesu kształtowania pozycji rynkowej przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Za ich pośrednictwem produkt ubezpieczeniowy pokonuje drogę od zakładu ubezpieczeń do ostatecznego nabywcy – ubezpieczającego (klienta), w oparciu o proces dystrybucji, który jest całościowym powiązaniem ze sobą czynności niezbędnych do dokonania transakcji końcowej. Kanały dystrybucji bywają także utożsamiane z kanałami marketingowymi, rynkowymi lub kanałami zbytu [Sławińska, 1999].

Klasyfikację pośredników ubezpieczeniowych można przeprowadzić według różnych kryteriów [por: Przybytniowski, 2010] (Rysunek 43):



Rysunek 43: Systematyka dystrybucji usług ubezpieczeniowych  
 Źródło: opracowanie własne.

1. Formy prawnej [patrz: Dz.U. 2017 poz. 2486, art 3 i 4] – pośrednik, którym jest agent ubezpieczeniowy może mieć status osoby fizycznej, osoby prawnej, spółki osobowej lub innej. Natomiast podmiot wykonujący czynności brokerskie może działać jako osoba fizyczna lub osoba prawna.
2. Niezależności – pośrednicy, którzy posiadają ubezpieczenia OC (broker ubezpieczeniowy i reasekuracyjny [Dz.U. 2017 poz. 2486, art 3], multiagent<sup>11</sup> oraz podmiot posiadający gwarancje finansowe).
3. Zależności pośredników ubezpieczeniowych – zarówno agent ubezpieczeniowy [Dz.U. 2017 poz. 2486, art 3], jako pracownik zakładu ubezpieczeń [Dz.U. 2017 poz. 2486, art 5], jak i dystrybutor usług ubezpieczeniowych prowadzący działalność w ramach własnego

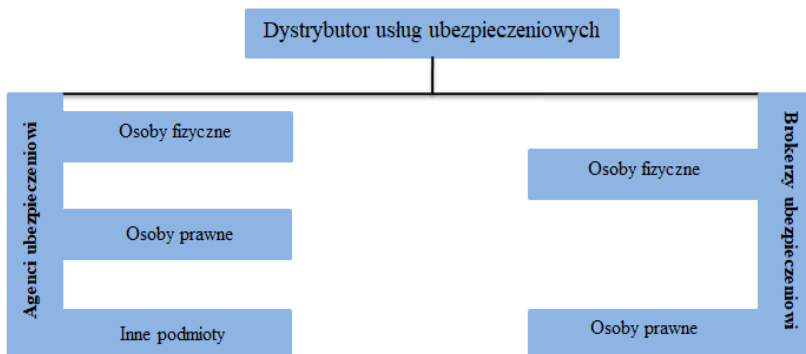
<sup>11</sup> Pojęcie *multiagent* ...agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i jest zobowiązany do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej..., [Art. 20 ust 3, Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń; Dz.U. 2017 poz. 2486, z późn. zm.].

przedsiębiorstwa i działający na rzecz tylko jednego ubezpieczyciela, są zobowiązani zawsze informować o tym, że reprezentują jeden zakład ubezpieczeń – zatem nie są niezależni i ich status nie budzi wątpliwości. Odpowiedzialność ponosi za nich ubezpieczyciel, którego są pracownikiem lub przedstawicielem – posiadają zawartą umowę agencyjną).

Ponadto, możliwy jest także podział dystrybutorów usług ubezpieczeniowych według **kryterium czasu wykonywania czynności** przez dystrybutora oraz rodzaju umowy, która go wiąże ze zleceniodawcą. Wówczas wyróżniamy pośredników stałych i okazjonalnych (*ad hoc*). Mamy jeszcze podmioty świadczące usługi ubezpieczeniowe, zgodnie z kodeksem morskim: makler morski, agent morski [Dz.U.2023.1309, art. 208].

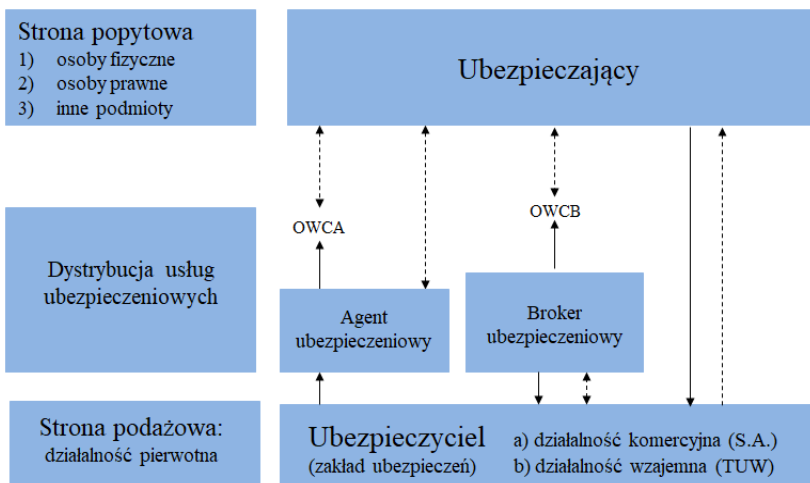
#### **4.2.6. Dystrybucja usług ubezpieczeniowych w ujęciu strukturalnym i podmiotowym**

Analiza rynku ubezpieczeniowego z perspektywy uczestniczenia w nim podmiotów wykonujących dystrybucję usług ubezpieczeniowych ogranicza liczbę tych podmiotów do agenta ubezpieczeniowego i brokera ubezpieczeniowego (Rysunek 44 i 45). Jednocześnie rynek ubezpieczeniowy w takim ujęciu obejmuje wyłącznie rynek pierwotny. Tworzą go: ubezpieczający, (którymi mogą być osoby fizyczne, osoby prawne oraz inne osoby), ubezpieczyciele (działający w formie komercyjnych spółek akcyjnych lub towarzystw ubezpieczeń wzajemnych) oraz dystrybutorzy ubezpieczeniowi (agenci i brokerzy ubezpieczeniowi oraz osoby wykonujące czynności agencyjne – OWCA i osoby wykonujące czynności brokerskie – OWCB).



Rysunek 44: Formy świadczenia usług ubezpieczeniowych przez agenta i brokera ubezpieczeniowego

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 45: Rynek ubezpieczeniowy w ujęciu strukturalnym

Źródło: opracowanie własne.

#### 4.2.7. Dystrybucja usług ubezpieczeniowych w ujęciu funkcjonalnym

Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych w ujęciu funkcjonalnym można różnicować ze względu na liczbę pełnionych funkcji – liczbę strumieni przepływających przez kanał. Payne A. [1996] uważa, że kanały dystrybucji usług stanowią podmioty uczestniczące w procesie świadczenia usług.

W aspekcie funkcjonalnym kanał dystrybucji jest to sposób połączeń i kolejność, w jakiej występują agencje i instytucje pośredniczące, przez które przepływa jeden lub więcej strumieni [Garbarski, Rutkowski, Wrzosek, 2000]. Ze względu na zróżnicowaną częstotliwość przepływu poszczególnych strumieni część z nich ma charakter ciągły, a część okresowy. Występujący w literaturze podział strumieni ze względu na ich charakter pozwala na wyodrębnienie strumieni informacyjnych, finansowych i rzeczowych [Altkorm, Kramer, 1998].

Najważniejszymi strumieniami przepływającymi w kanale dystrybucji usług ubezpieczeniowych jest np.: strumień ochrony ubezpieczeniowej, strumień związany z transferem ryzyka ubezpieczeniowego, strumień informacyjny [por: Kaczała, 2009; Przybytniowski, 2010]. Kierunki przepływu strumieni w kanale dystrybucji usług ubezpieczeniowych mogą być zróżnicowane. Ze względu na kierunek przepływu wyróżnić można strumienie płynące od usługodawcy do usługobiorcy, strumienie płynące od usługobiorcy do usługodawcy oraz strumienie dwukierunkowe. Nie mają one charakteru uniwersalnego.

Pomimo pewnych podobieństw, różnice pomiędzy poszczególnymi kanałami świadczące o ich odrębności formalno-prawnej nie pozwalają na stworzenie jednego, uniwersalnego modelu strumieni przepływających w kanałach dystrybucji usług ubezpieczeniowych. Analizując kanał pośredni dystrybucji usług ubezpieczeniowych strumienie przepływające za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego i brokera ubezpieczeniowego posiadają wiele elementów je różniących. Istnieje także różnica w przepływie strumieni za pośrednictwem agenta wykonującego czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na rzecz jednego zakładu ubezpieczeń i agenta wykonującego czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w ramach tego samego działu. Różnica ta wynika z zakresu umowy

agencji i treści pełnomocnictw udzielonych agentowi [szerzej: Przybytniowski, 2010]. A. Szromnik [1998] strumienie te charakteryzuje, jako powiązania pomiędzy klientem a ubezpieczycielem.

Biorąc pod uwagę różnice pomiędzy kanałami świadczenia dystrybucji usług ubezpieczeniowych (Rysunki 46 i 47) prezentują rozróżnienie strumieni przepływających u agentów i brokerów ubezpieczeniowych.



Legenda: \* multiaгент

Rysunek 46: Przepływ strumieni u agenta ubezpieczeniowego

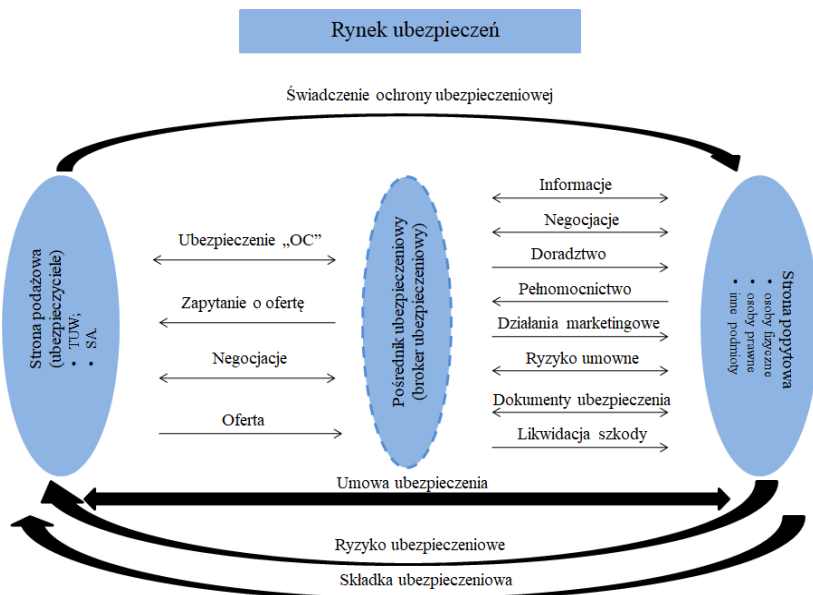
Źródło: opracowanie własne.

Jak można zauważyć na rysunku 50, agenta ubezpieczeniowego z ubezpieczycielem łączy wiele strumieni, wśród których należy wymienić: przepływ informacji, negocjacje, prezentacje oferty, zawieranie umowy ubezpieczenia, przepływ dokumentów ubezpieczenia, ryzyka umowne, składka ubezpieczeniowa, a także likwidacja szkody. Niektóre z nich ukierunkowane są od agenta ubezpieczeniowego do ubezpieczającego, niektóre od ubezpieczającego do agenta ubezpieczeniowego,



a część stanowi relacje dwustronne, w które zaangażowane są obie strony. Niezależnie od powiązań łączących agenta ubezpieczeniowego z ubezpieczycielem i ubezpieczającym całość wzajemnych relacji spina klamra transferu ryzyka ubezpieczeniowego od ubezpieczającego do ubezpieczyciela, na które ubezpieczyciel odpowiada ubezpieczającemu świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej. Strumień informacji (nie negocjacji, jak niektórzy autorzy literatury przedmiotu piszą) przepływający od agenta ubezpieczeniowego do ubezpieczającego jest zawężony i dotyczy zakresu ubezpieczenia w ramach ogólnych warunków ubezpieczenia (konsultacje, ustalenia dotyczące przedmiotu ubezpieczenia).

W przypadku agentów ubezpieczeniowych wykonujących czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w ramach tego samego działu ubezpieczeń – strumienie obejmują prezentacje ofert zakładów, na rzecz których agent wykonuje czynności pośrednictwa. Strumień przepływu składki ubezpieczeniowej, jak i likwidacji szkód mają charakter strumienia fakultatywnego. Składkę ubezpieczeniową, ubezpieczający może uiścić w inny sposób niż przekazanie jej agentowi ubezpieczeniowemu (np.: przelew), natomiast likwidacja szkody może być realizowana, w zależności od zakresu pełnomocnictwa udzielonego agentowi przez zakład ubezpieczeń (na ogół nie występuje w przypadku ubezpieczeń na życie, a w ubezpieczeniach majątkowych może mieć charakter tzw. „likwidacji prostej”).



Rysunek 47: Przepływ strumieni u brokera ubezpieczeniowego  
 Źródło: opracowanie własne.

Według rysunku 51 brokera ubezpieczeniowego z ubezpieczającym łączy umowa brokerska (pełnomocnictwo). T. Sangowski [1998, 2002] traktuje umowę brokerską, jako umowę, której przedmiotem jest pośredniczenie w zawieraniu ubezpieczeń pomiędzy zakładem ubezpieczeń a zleceniodawcą. W związku z tym, analiza strumieni łączących ubezpieczającego z brokerem ubezpieczeniowym zależna jest od sposobu ujmowania i interpretowania pełnomocnictwa. Niemniej jednak w relacjach broker ubezpieczeniowy – ubezpieczający będziemy mieli do czynienia z przepływem informacji, negocjacjami, doradztwem, przepływem dokumentów ubezpieczenia, ryzykami umownymi, a także likwidacją szkody. Doradzanie klientowi i negocjowanie w imieniu klienta warunków umowy stanowi istotę działalności brokerskiej.

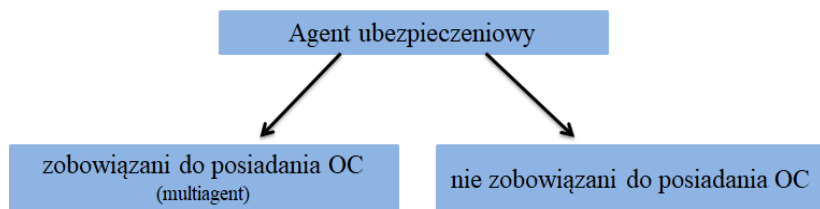
#### 4.2.8. Agent ubezpieczeniowy

W terminologii ubezpieczeniowej określenie **agent** oznacza, że jest to osoba opłacana, aby działać na rzecz ubezpieczyciela [Maynard, 1991]. A. Wąsiewicz [1994], definiuje agenta ubezpieczeniowego, jako stałego reprezentanta określonego ubezpieczyciela. Podkreśla, że z ubezpieczycielem agenta łączy umowa agencyjna, zawierana z reguły na czas nieoznaczony, lub też umowa w określonym terminie, ale długoterminowa. Wielokrotnie stan prawny nie stwarza wyraźnego zakazu pozostawiania jednego podmiotu w stosunkach agencyjnych z kilkoma ubezpieczycielami, choć niekiedy może budzić to pewne wątpliwości z uwagi na konkurencyjność ubezpieczycieli. Nieco inaczej definiuje agenta K. Szymańska [1999]. Zdaniem tej Autorki, agent ubezpieczeniowy jest zależnym od zakładu ubezpieczeń pośrednikiem, który podejmuje się zawodowo i za wynagrodzeniem (prowizją) zawarcia lub pośredniczenia w zawarciu umowy ubezpieczenia na zlecenie zakładu ubezpieczeń. Działa na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń. Działanie stałe i za wynagrodzeniem jest wyróżnikiem definiującym dany podmiot, jako agenta ubezpieczeniowego. W swojej definicji E. Próchniak [2001], zwraca uwagę na to, że agent jest osobą przeszkoloną i egzaminowaną przez zakład ubezpieczeń, w imieniu którego prowadzi działalność. Tym samym Autorka ta rozszerza definicję agenta ubezpieczeniowego o kolejny element, ważny ze względu na wymagania stawiane przed kandydatami na agentów ubezpieczeniowych.

Reasumując powyższe rozważania, agent ubezpieczeniowy [Przybytniowski, 2010], to pośrednik zależny, który spełniając wymogi prawne, w imieniu określonego ubezpieczyciela, za wynagrodzeniem, oferuje klientom zgodnie z OWU ochronę ubezpieczeniową. Pod pojęciem „oferuje” należy rozumieć całość wzajemnych relacji (strumieni) podmiotów uczestniczących w procesie tworzenia ochrony ubezpieczeniowej (patrz Rysunek 50), które spina klamra transferu ryzyka ubezpieczeniowego od ubezpieczającego do ubezpieczyciela, na które ubezpieczyciel odpowiada ubezpieczającemu umową ubezpieczenia.

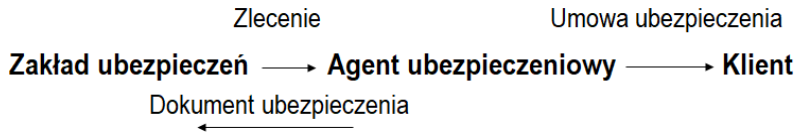
Za szkodę wyrządzoną przez agenta ubezpieczeniowego, związaną z wykonywaniem czynności agencyjnych **odpowiada zakład ubezpieczeń, na rzecz którego agent działa**. Jednakże agent ubezpieczenio-

wy, który wykonuje czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, **samodzielnie ponosi odpowiedzialność**. Agent ten, w zakresie odpowiedzialności za szkody powstałe z tytułu wykonywania swoich czynności, **jest zobowiązany zawrzeć umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**. Zakres tej umowy obejmuje szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych. Ubezpieczeniem tym są objęte również szkody wyrządzone przez osoby przy pomocy, których ubezpieczony wykonuje czynności agencyjne (Rysunek 48).



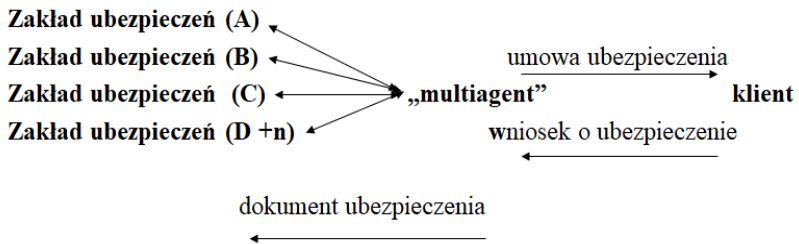
Rysunek 48: Podział agentów ubezpieczeniowych – kryterium „OC”  
Źródło: opracowanie własne.

W procesie organizacji pracy agenta ubezpieczeniowego (Rysunki: 49-52) występuje pewna cykliczność, którą rozpoczyna przygotowanie planów ubezpieczenia na następny miesiąc. Plany te podlegają pewnej weryfikacji przez badanie oczekiwań potencjalnych klientów oraz ocenę i analizę ryzyka. Następnie agent tworzy ofertę ubezpieczenia (w oparciu o produkty ubezpieczeniowe zakładu ubezpieczeń, który reprezentuje). W dalszej kolejności, oferty prezentuje klientom i zawiera umowy ubezpieczenia. Ważnym zagadnieniem, odnoszącym się do osób wykonujących czynności agencyjne jest zobowiązanie do uczestniczenia w szkoleniu prowadzonym przez zakład ubezpieczeń.



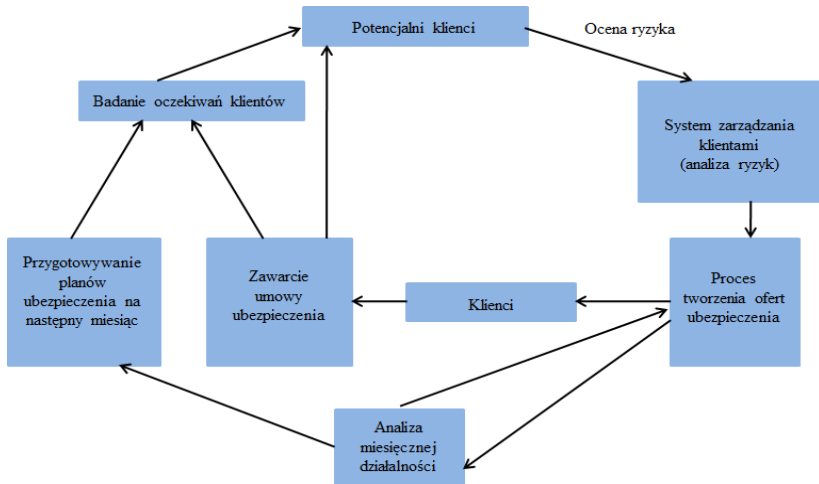
Rysunek 49: Kierunek oferowania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego wykonującego czynności na rzecz jednego ubezpieczyciela

Źródło: Opracowanie własne.

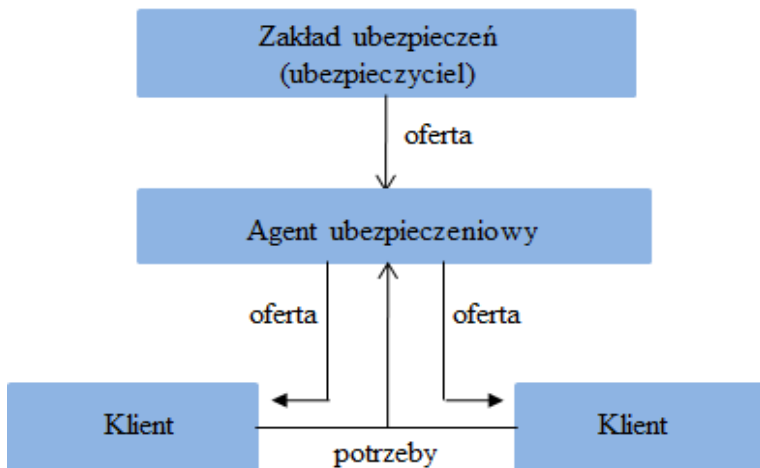


Rysunek 50: Kierunek oferowania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego wykonującego czynności w imieniu więcej niż jednego ubezpieczyciela

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 51: Proces organizacji pracy agenta ubezpieczeniowego  
 Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 52: Pozycja agenta ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeniowym  
 Źródło: Opracowanie własne.

#### 4.2.9. Broker ubezpieczeniowy

Pojęcie broker<sup>12</sup> ubezpieczeniowy jest wieloznaczne, stosowane nie tylko na rynku finansowym, ale i kapitałowym. W polskim systemie prawnym, broker jest pośrednikiem ubezpieczeniowym, wykonującym czynności w imieniu lub na rzecz podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej. Może nim być osoba fizyczna lub prawna, która po spełnieniu szeregu warunków określonych ustawowo [Dz.U. 2017 poz. 2486, art 3, pkt. 5] posiada wydane przez organ nadzoru zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej i jest wpisana do rejestru brokerów ubezpieczeniowych.

Według J.W. Przybytniowskiego, [2010] – broker ubezpieczeniowy to pośrednik niezależny, który spełniając wymogi prawne, podejmuje się zawodowo i za wynagrodzeniem doradzaniem, oferowaniem na drodze negocjacji ubezpieczającemu ochronę ubezpieczeniową. Pod pojęciem „doradztwo” należy rozumieć całość wzajemnych relacji (strumieni) podmiotów uczestniczących w procesie tworzenia ochrony ubezpieczeniowej, które spina klamra transferu ryzyka ubezpieczeniowego od ubezpieczającego do ubezpieczyciela, na które ubezpieczyciel odpowiada ubezpieczającemu umową Ubezpieczenia (Rysunek 53).

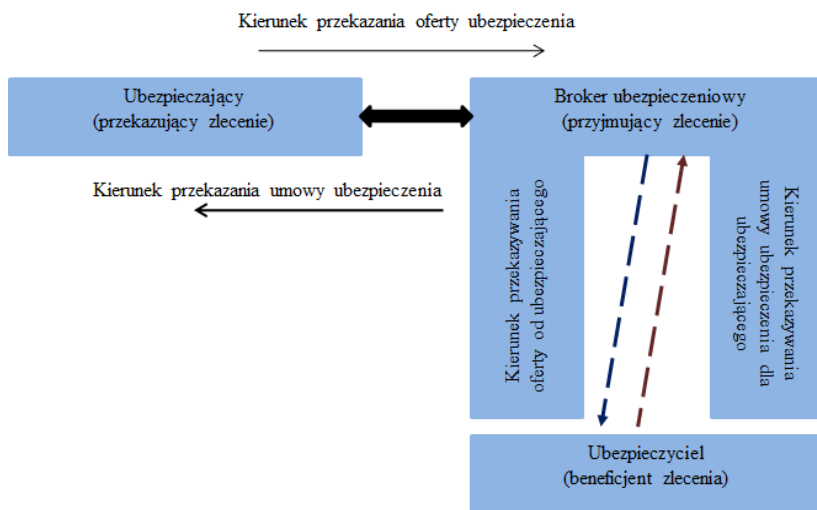
Podstawowe funkcje brokera ubezpieczeniowego, reprezentującego komercyjnych nabywców ubezpieczeń to [Lechner R., Raturi M., 2004]:

- 1) szacowanie i analizowanie ryzyka ubezpieczeniowego stawiane przez zbiorowego klienta – jest to globalne zadanie dla wielu dużych korporacji,
- 2) badania i analiza rynku jako niezależna porada dotycząca oferty zakładów ubezpieczeń i ich pozycji rynkowej,
- 3) budowanie rynku i negocjowanie programów ubezpieczenia (łącznie z włączeniami z ubezpieczenia, rozłożeniem opłaty składki na raty i ustalaniem okresów pokrycia rat),
- 4) stwarzanie możliwości wyboru przez dopasowanie oferty wielu zakładów ubezpieczeń do potrzeb klientów, tym samym zwiększając

---

<sup>12</sup> Pojęcie „broker” – powszechnie kojarzony jest z terminem angielskim. Natomiast faktycznie, etymologia jest francuska. Według leksykonu Webstera [1988] pojęcie to wywodzi się od starofrancuskiego wyrazu „brocheor” – oznaczający handlarza lub pośrednika w handlu winem [por. Przybytniowski, 2010].

- szanie liczby opcji dla ubezpieczającego i pomaganie w wyborze odpowiedniej opcji i firmy ubezpieczeniowej,
- 5) posługiwanie się premią; odpowiedzialność za przepływ gotówki pomiędzy ubezpieczycielami a zakładami ubezpieczeniowymi, a w przypadku brokerskich usług reasekuracyjnych pomiędzy ubezpieczycielami a reasekuratorami,
  - 6) zapewnianie nie tylko usługi ubezpieczeniowej, ale również kontrolowanie straty firm i wykonywanie usług związanych z zarządzaniem. Wiąże się to z usługami zarządzania ryzykiem dla korporacji, które zajmują się optymalizacją bilansu pomiędzy zmniejszeniem położenia, nabywaniem zakresu ubezpieczenia i zachowaniem przypomnienia ryzyka. Te usługi dostarczają ważnych informacji dla procesu oceny ryzyka.



Rysunek 53: Kierunek oferowania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego  
 Źródło: opracowanie własne.

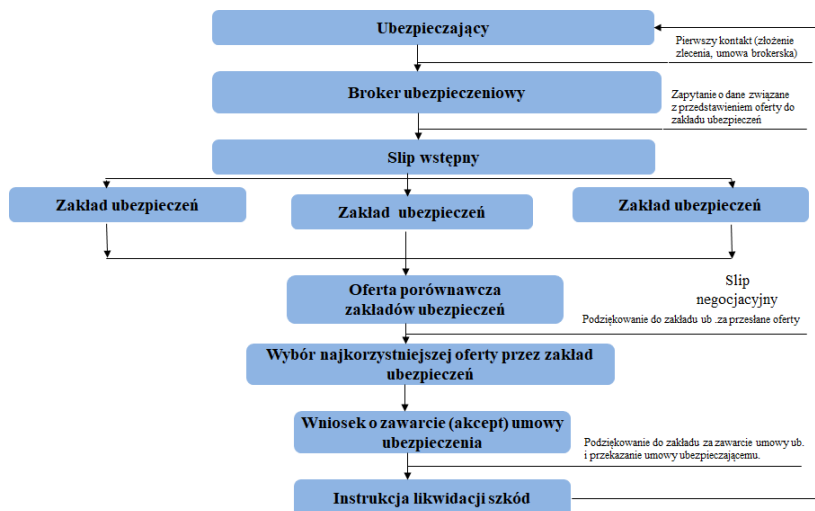
Działalność brokera ubezpieczeniowego jest wieloetapowa [Przybytniowski, 2002, Malinowska, 2012] oraz (Rysunek 54):



- a) identyfikacja wszystkich ryzyk, na które firma może być narażona; pomiar i ocena ryzyk;
- b) analiza dotychczasowego stanu ubezpieczeń; sprecyzowanie wraz z klientem ryzyk do ubezpieczenia, do zmniejszenia lub wyeliminowania własnymi środkami, do samoubezpieczenia;
- c) opracowanie programu ubezpieczeniowego dostosowanego do potrzeb i możliwości finansowych firmy; określenie formy i systemu ubezpieczenia;
- d) określenie sum ubezpieczenia; określenie wysokości franszyzy, dopuszczalnych włączeń, w efekcie – sformułowanie wniosku – czyli slipu<sup>13</sup>,
- e) plasowanie programu ubezpieczeniowego do zakładów, ubezpieczeń.
- f) zbieranie ofert i ich analiza,
- g) w razie potrzeby – dodatkowe negocjacje z ubezpieczycielami,
- h) wybór zakładu ubezpieczeń,
- i) zawarcie umowy ubezpieczenia i jej monitorowaniu (sum ubezpieczenia w kontekście ewentualnych zmian w przypadku zmian stanu majątkowego ubezpieczającego, terminów wznowień),
- j) nadzór nad umową ubezpieczenia, a gdy zaistnieje szkoda z umowy ubezpieczenia – aktywna pomoc przy likwidacji powstałej szkody,
- k) ocena działania programu ubezpieczeniowego.

---

<sup>13</sup> Dokument przygotowywany przez brokera ubezpieczeniowego kierowany do ubezpieczyciela w celu uzyskania oferty ubezpieczenia dla osoby poszukującej ochrony ubezpieczeniowej, która udzieliła brokerowi stosownego pełnomocnictwa. Dokument zawiera niezbędne dane które są niezbędne do przygotowania przez ubezpieczyciela oferty ubezpieczeniowej [por. Przybytniowski, 2002].



Rysunek 54: Etapy działalności brokera ubezpieczeniowego  
 Źródło: opracowanie własne.

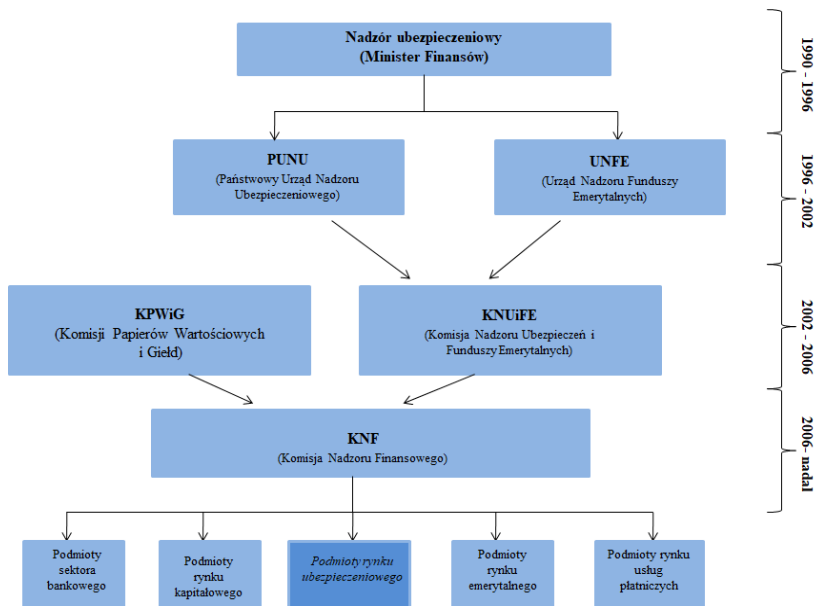
Działalność brokerów ubezpieczeniowych, związana jest także ze zmniejszaniem kosztów poszukiwania, niepewności i asymetrycznej władzy negocjacji handlowych [za: Lechner, Raturi 2004; Przybytniowski, 2010]:

1. Koszty poszukiwania. Brokerzy zmniejszają zasoby lub koszty ponoszone przez osoby, chcące nabyć ubezpieczenie, przez wyszukiwanie klientów dla ubezpieczycieli. Obniżają koszty dla zakładów ubezpieczeniowych na płaszczyźnie szukania nowych klientów.
2. Niepewność. Brokerzy starają się dostarczać i zapewniać informacje o ubezpieczycielu, jak i o ubezpieczającym. Starają się również przygotowywać te informacje w bardzo uproszczony i przejrzysty sposób, by były one zrozumiałe dla obu stron transakcji.
3. Asymetryczna władza negocjacji handlowych. Brokerzy pomagają klientom określić (ustalić) ich wymagania, zbudować program ubezpieczeniowy, negocjować raty, ceny, terminy i warunki ubezpieczenia i rozmieszczać ryzyko w jednej lub kilku zakładach ubezpieczeniowych. W dodatku, dostarczają różnych usług ubezpieczeniowych w ubezpieczeniowym łańcuchu wartości.

### 4.3. Instytucje ubezpieczeniowe

#### 4.3.1. Cel i zadania Nadzoru Finansowego

Działalność ubezpieczeniowa, ze względu na swoje społeczne i gospodarcze znaczenie, została poddana nadzorowi wyspecjalizowanego organu administracji państwowej. W 1995 roku utworzono specjalnie powołany w tym celu podmiot – Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń (PUNU), który przejął kompetencje nadzorcze nad rynkiem ubezpieczeniowym od Ministra Finansów. Urząd ten funkcjonował do końca marca 2002 r., kiedy to po połączeniu z Urzędem Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi przekształcił się w Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (KNUiFE), a od września 2006 roku weszły przepisy powołujące **Komisję Nadzoru Finansowego (KNF)** [Dz.U. 2006 Nr 157 poz. 1119] (Rysunek 55).



Rysunek 55: Ewolucja Nadzoru Finansowego

Źródło: opracowanie własne.

W związku z powstaniem jednolitego rynku ubezpieczeniowego UE, decydującymi zasadami dotyczącymi nadzoru ubezpieczeniowego w państwach UE jest zasada jednolitej licencji oraz zasada wyłączności nadzoru państwa przynależności zakładu ubezpieczeń (państwa siedziby zakładu). Zgodnie z tymi zasadami, zakład ubezpieczeń, który uzyskał zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w jednym z państw członkowskich UE, może prowadzić swoją działalność w każdym z pozostałych państw członkowskich i podlega wówczas nadzorowi tylko ze strony organu nadzoru państwa, w którym uzyskał zezwolenie (tzw. z ang.: *Home Country Control*).

Polski organ nadzoru sprawuje nadzór nad krajowymi zakładami ubezpieczeń oraz zagranicznymi zakładami ubezpieczeń nieposiadającymi siedziby w państwie członkowskim UE, które wykonują działalność ubezpieczeniową na terytorium RP na podstawie zezwolenia.

Organ nadzoru został powołany dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania rynku finansowego, w tym nadzoru nad:

- a) rynkiem bankowym,
- b) rynkiem emerytalnym,
- c) rynkiem ubezpieczeniowym,
- d) rynkiem kapitałowym,
- e) instytucjami pieniądza elektronicznego,
- f) instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratu finansowego.

KNF jest organem państwowym, gdzie celem jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania zintegrowanego rynku finansowego, jego stabilności, bezpieczeństwa, przejrzystości i zaufania do tego rynku.

Do podstawowych zadań KNF należy:

1. Sprawowanie nadzoru nad rynkiem finansowym;
2. Podejmowanie działań służących prawidłowemu funkcjonowaniu rynku finansowego.
3. Podejmowanie działań mających na celu rozwój rynku finansowego i jego konkurencyjności.
4. Podejmowanie działań edukacyjnych i informacyjnych w zakresie funkcjonowania rynku finansowego;
5. Udział w przygotowywaniu projektów aktów prawnych w zakresie nadzoru nad rynkiem finansowym.

6. Stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między uczestnikami rynku finansowego, w szczególności sporów wynikających ze stosunków umownych między podmiotami podlegającymi nadzorowi Komisji a odbiorcami usług świadczonych przez te podmioty.
7. Wykonywanie innych zadań określonych ustawami.

Komisja sporządza corocznie sprawozdanie z działalności Nadzoru, które w terminie do dnia 31 lipca każdego następnego roku, przedstawia Prezesowi Rady Ministrów.

#### Organizacja i zasady działania Komisji

Komisja jest organem administracji rządowej. Nadzór nad Komisją sprawuje Prezes Rady Ministrów.

Komisja jest organem kolegialnym, w skład, którego wchodzi: Przewodniczący Komisji (kieruje pracami Komisji i reprezentuje Komisję na zewnątrz), dwaj Zastępcy Przewodniczącego Komisji (są powoływani i odwoływani przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek przewodniczącego Komisji) oraz czterech członków Komisji. Przewodniczący powoływany jest przez Prezesa Rady Ministrów na pięcioletnią kadencję. Pełni ją do dnia powołania nowego następcy.

Członkami Komisji są:

1. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych albo jego przedstawiciel;
2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego albo jego przedstawiciel;
3. Prezes Narodowego Banku Polskiego albo delegowany przez niego Wiceprezes Narodowego Banku Polskiego;
4. Przedstawiciel Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Obsługę Komisji zapewnia Urząd Komisji (UK).

Urząd w zakresie swojej właściwości podejmuje uchwały, w tym wydaje decyzje administracyjne i postanowienia, określone w przepisach odrębnych. Podejmuje uchwały zwykłą większością głosów, w głosowaniu jawnym, najmniej w obecności, co najmniej czterech osób wchodzących w jej skład, w tym Przewodniczącego Komisji lub jego Zastępcy. Organizację i tryb pracy Komisji określa regulamin Komisji uchwalony przez Komisję.

Komisja może upoważnić Przewodniczącego Komisji, Zastępców Przewodniczącego oraz pracowników UK do podejmowania działań

w zakresie właściwości Komisji, w tym do wydawania postanowień i decyzji administracyjnych.

W obszarze rynku ubezpieczeniowego do głównych zadań organu należą:

- wydawania zezwoleń cofania zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej,
- wydawanie zgody na popływanie osób na członków zarządu,
- połączenia i podziału zakładów ubezpieczeń,
- przeniesienia portfela ubezpieczeń,
- likwidacji przymusowej zakładów ubezpieczeń,
- ustanowienia zarządu komisarycznego zakładu ubezpieczeń,
- występowanie z wnioskiem o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń,
- nadawanie decyzji natychmiastowej wykonalności,
- nakładanie kar pieniężnych na zakłady ubezpieczeń lub członków zarządu zakładów ubezpieczeń lub prokurentów,
- zawieszanie członków zarządu,
- występowania z wnioskiem o zawieszenie członków zarządu,
- odwoływania udzielonej prokury,
- występowanie o zwołanie posiedzenia walnego zgromadzenia,
- w drodze decyzji (w terminie 3 miesięcy od dnia złożenia zawiadomienia), zgłosić sprzeciw co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji albo, co do podjęcia innych działań, o których mowa w art. 4 pkt 16 ustawy – Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi [Dz.U. 1997 nr 118 poz. 754].

Podstawowe zadanie organu nadzoru, jakim jest ochrona interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, można uzasadniać m.in. [Sangowski, 2000, s. 140]:

- a) nierównością pozycji ubezpieczyciela i ubezpieczającego (lub ubezpieczonego, uposażonego, uprawnionego) ze względu na prawnie skomplikowany charakter umowy ubezpieczenia,
- b) ryzykami zagrażającymi zakładowi ubezpieczeń, głównie ze względu na występujący w ubezpieczeniach odwrócony cykl produkcji,
- c) ryzyko moralne ze strony wykwalifikowanego podmiotu, jakim jest ubezpieczyciel, który może wykorzystywać swą pozycję ekono-

miczną dla narzucenia klientowi warunków umowy ubezpieczenia uwzględniających przede wszystkim interes zakładu ubezpieczeń.

Aby zapewnić **prawidłowe funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego**, ustawodawca poddał działalność ubezpieczeniową szczególnym regulacjom:

1. Rozpoczęcie wykonywania działalności ubezpieczeniowej związane jest z koniecznością **uzyskania zezwolenia organu nadzoru**, które jest wydawane po spełnieniu przez zainteresowanego szeregu wymogów dotyczących m.in. wysokości kapitałów czy kwalifikacji kadry zarządzającej. Nawet po uzyskaniu zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń musi każdorazowo uzyskiwać zezwolenie organu nadzoru na dokonanie istotnych zmian w zakresie prowadzonej przez siebie działalności, np. zmiany rzeczowego zakresu działalności. Dzięki możliwości wyrażenia sprzeciwu, co do nabycia akcji powodujących przekroczenie odpowiednio wysokiego udziału głosów na walnym zgromadzeniu akcjonariuszy zakładu, organ nadzoru może wpływać na zmiany akcjonariuszy zakładu ubezpieczeń.
2. Organ nadzoru na bieżąco monitoruje działalność zakładu ubezpieczeń.

Nadzór w Polsce ma charakter mieszany – jest nadzorem materialnym, łączącym w sobie cechy nadzoru publikacyjnego i koncesyjno-normatywnego oraz mogącym bezpośrednio kontrolować każdy aspekt działalności zakładu ubezpieczeń:

1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przeprowadzonym badaniu sprawozdania finansowego na zlecenie zakładu ubezpieczeń, organ nadzoru, może zobowiązać zakład ubezpieczeń do zlecenia biegłym rewidentom badania prawidłowości i rzetelności wszystkich sprawozdań finansowych sporządzanych przez zakład ubezpieczeń, oraz kontroli ksiąg rachunkowych mającej na celu badanie gospodarki finansowej i wypłacalności zakładu ubezpieczeń.
2. Nadzór koncesyjno-normatywny polega na określeniu warunków rozpoczynania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej poprzez wydanie odpowiednich aktów prawnych. Natomiast nadzór materialny pozwala dodatkowo na przeprowadzanie bieżącej kontroli działalności zakładu ubezpieczeń, zarówno pod względem prawnym, techniczno-organizacyjnym czy finansowym.

Organ nadzoru może wydawać zalecenia w stosunku do zakładu ubezpieczeń w celu:

- a) zapewnienia zgodności działalności zakładu ubezpieczeń z przepisami prawa, statutu lub planem działalności;
- b) zapewnienia trwałej zdolności zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań;
- c) zapobieżenia naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

Jeśli zakład ubezpieczeń nie wykona w wyznaczonym terminie zaleceń, organ nadzoru może, w drodze decyzji, zobowiązać zakład ubezpieczeń do wykonania tych zaleceń.

Organ nadzoru może:

- nałożyć na członków zarządu zakładu ubezpieczeń lub prokurentów kary pieniężne do wysokości odpowiadającej trzykrotnemu przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu z ostatnich 12 miesięcy,
- nałożyć na zakład ubezpieczeń karę pieniężną do wysokości 0,5% składki przypisanej brutto uzyskanej przez zakład ubezpieczeń w roku poprzednim, a w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń nie prowadził działalności lub miał zbiór składki przypisanej poniżej 20 mln złotych do wysokości 100 000 złotych. Wpływy z tytułu kar pieniężnych stanowią dochód budżetu państwa,
- zawieszać w czynnościach członków zarządu zakładu ubezpieczeń do czasu rozpatrzenia wniosku o ich odwołanie, na najbliższym posiedzeniu organu uprawnionego do ich odwołania,
- występować do właściwego organu zakładu ubezpieczeń lub innego uprawnionego podmiotu z wnioskiem o odwołanie członka zarządu lub odwołanie udzielonej prokury.

KNF sprawuje również nadzór nad pośrednikami ubezpieczeniowymi. Nadzór nad agentami ubezpieczeniowymi wykonywany jest pośrednio poprzez nadzór nad działalnością ubezpieczycieli.

**Współpraca z instytucjami krajowymi i zagranicznymi.** Komisja może zawierać porozumienia o współdziałaniu w zakresie nadzoru z organami nadzoru innych państw. Może również udzielać organom nadzorującym działalność instytucji finansowych w innych państwach informacji posiadanych w związku z wykonywaniem ustawowych zadań, jeżeli:

1. Informacje zostaną wykorzystane wyłącznie na potrzeby wykonywanych przez te organy zadań z zakresu nadzoru;



2. Przekazywanie udzielonych informacji poza te organy następuje wyłącznie po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji.

KNF informuje organy nadzoru innych państw członkowskich UE oraz KE o:

1. Udzieleniu zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej krajowemu zakładowi ubezpieczeń, będącemu podmiotem zależnym od podmiotu dominującego mającego siedzibę w państwie niebędącym państwem członkowskim UE;
2. Bezpośrednim lub pośrednim nabyciu albo objęciu akcji lub praw z akcji krajowego zakładu ubezpieczeń przez podmiot mający siedzibę w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej, jeżeli wskutek nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji krajowy zakład ubezpieczeń staje się podmiotem zależnym od tego podmiotu.

Wraz z informacją o udzielonym zezwoleniu organ nadzoru przekazuje ponadto informacje o strukturze kapitałowej ubezpieczeniowej grupy kapitałowej.

W ramach współpracy z KE organ nadzoru informuje ponadto Komisję o wszelkich trudnościach, na które w państwach niebędących państwami członkowskimi UE napotykają krajowe zakłady ubezpieczeń, które zamierzają wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium tych państw.

#### **4.3.2. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny**

Ze względu na wprowadzony przez państwo obowiązek zawarcia określonych umów ubezpieczenia, m.in. ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, konieczne było stworzenie systemu zabezpieczającego roszczenia poszkodowanych osób trzecich przez osoby, które nie dopełniły obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. W 1990 roku zadanie to powierzono Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu (UFG), w konsekwencji ówczesnej zmiany systemu ubezpieczeń ustawowych na system ubezpieczeń obowiązkowych. Wprawdzie liberalizacja i demonopolizacja rynku ubezpieczeniowego stworzyły konieczność powołania w tym samym roku Funduszu Ochrony Ubezpieczonych (FOU), który

w okresie przejściowym miał zabezpieczać interesy klientów nowo powstających zakładów ubezpieczeń przed skutkami niewypłacalności tych ostatnich, to jednak po pięciu latach funkcjonowania całość zadań została powierzona jednej instytucji – UFG.

Ubezpieczeniami obowiązkowymi w Polsce (art. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych [Dz.U. nr 124, poz. 1152, ze zm.]) są ubezpieczenia:

1. Odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (zwane dalej ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub „OC” kierowcy).
2. Odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego (zwane dalej ubezpieczeniem „OC” rolników).
3. Budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych.
4. Wynikające z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez RP, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia.

System ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce skonstruowany został w ten sposób, iż chociaż na określonych podmiotach ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia, to ochrona ubezpieczeniowa i stosunek prawny ubezpieczenia powstają dopiero po zawarciu umowy z jednym z zakładów ubezpieczeń. Oznacza to, iż osoba poszkodowana np. w następstwie ruchu pojazdu mechanicznego nie otrzyma świadczenia od zakładu ubezpieczeń, jeśli posiadacz pojazdu nie dopełnił ciążącego na nim ustawowego obowiązku i nie zawarł umowy ubezpieczenia „OC”, aby chronić poszkodowanych niemogących zaspokoić swych roszczeń z umów ubezpieczenia, które zobowiązany był zawrzeć sprawca, powołano UFG [[www.ufg.pl](http://www.ufg.pl)].

Jest to instytucja chroniąca interesy osób uprawnionych do świadczenia, obejmującą swym zakresem segment ubezpieczeń życiowych i część segmentu ubezpieczeń majątkowych. Przejawia się szczególnym interwencjonizmem państwa w funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń. Jego szczególność przejawia się w tym, iż poza ubezpieczonymi, ubezpieczającymi i wskazanymi w umowach uposażonymi dotyczy również osób trzecich. Ponadto, gwarancje funduszu nie obejmują

swym zasięgiem całego rynku, lecz jedynie obowiązkowe ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych i rolników oraz w przypadku upadłości zakładów ubezpieczeń – ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia obowiązkowe. Ograniczenie zakresu działalności funduszu do wymienionych grup ubezpieczeń można uzasadniać głównie potrzebami społeczno-gospodarczymi, a także powszechnością tych rodzajów ubezpieczeń. Dzięki funkcjonowaniu UFG konsumenci usług ubezpieczeniowych objętych zakresem kompetencji UFG zyskują poczucie bezpieczeństwa, iż w razie kłopotów zakładu świadczenie zostanie wypłacone w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Do podstawowego zadania Funduszu należy wypłacanie odszkodowań i świadczeń z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych i rolników posiadających gospodarstwa rolne [Dz.U. nr 124, poz. 1152, z. późn zm.]:

1. Za szkody na osobie, gdy posiadacz pojazdu mechanicznego, którego ruchem tę szkodę wyrządzono, nie został zidentyfikowany.
2. Za szkody na mieniu i osobie:
  - a) gdy posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządzono nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem „OC” posiadaczy pojazdów mechanicznych,
  - b) gdy 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.

Warto zwrócić uwagę, iż UFG nie wypłaca świadczenia poszkodowanym, jeżeli mogą zaspokoić roszczenia na podstawie umów ubezpieczenia dobrowolnego (np. AC, czy ubezpieczenia mienia w transporcie). W takich sytuacjach Fundusz wyrównuje szkody w części niezaspokojonej z umów ubezpieczeń dobrowolnych. Natomiast za szkody spowodowane osobom zagranicznym, z państw, w których biura nie są sygnatariuszami Jednolitego Porozumienia między biurami Międzynarodowymi – Regulaminu Wewnętrznego, UFG wypłaca odszkodowania na zasadach wzajemności [www.ufg.pl: 06.02.2024 r.].

Gdy sprawca szkody nie zawarł umowy obowiązkowego ubezpieczenia lub nie jest znany, uprawniony do odszkodowania zgłasza swoje roszczenia do Funduszu przez którykolwiek zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w grupie ubezpieczenia „OC” posiadacza pojazdu mechanicznego lub odpowiednio ubezpieczenia „OC” rolnika. Zakład ubezpieczeń nie może w takim przypadku odmówić przyjęcia zgłoszenia szkody. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia, przeprowadza on postępowanie wyjaśniające dotyczące zasadności i wysokości dochodzonych roszczeń, a następnie niezwłocznie przesyła zebraną dokumentację do Funduszu, powiadamiając o tym osobę zgłaszającą roszczenie. Fundusz jest obowiązany wypłacić świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania akt szkody od zakładu ubezpieczeń.<sup>14</sup> Jeśli Fundusz wypłaci świadczenie, sprawca szkody, (jeśli był znany) i osoba, która nie dopełniła obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego „OC” kierowcy lub „OC” rolnika, są obowiązani do zwrotu Funduszowi wypłaconego przez niego świadczenia.

Kolejnym, obszarem działań Funduszu jest zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych w przypadku ogłoszenia upadłości albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika 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. W takich sytuacjach Fundusz wypłaca:

1. 100% należnych odszkodowań i świadczeń z obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, „OC” posiadaczy gospodarstw rolnych i ubezpieczeń budynków rolniczych.
2. 50% wierzytelności z tytułu innych umów obowiązkowych oraz ubezpieczeń na życie, nie więcej jednak niż kwotę stanowiącą równowartość 30.000 euro. Świadczenia te są wpłacane jedynie poszkodowanym lub uprawnionym osobom fizycznym.

---

<sup>14</sup> Gdy w ciągu 30 dni jest niemożliwe wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Funduszu albo wysokości świadczenia, świadczenie powinno być spełnione w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia okoliczności, jednak bezsporna część świadczenia powinna być wypłacona w ciągu 30 dni.

UFG może również udzielać zwrotnej pomocy finansowej zakładowi ubezpieczeń przejmującemu portfel ubezpieczeń obowiązkowych („OC” posiadaczy pojazdów mechanicznych lub „OC” rolników), jeżeli posiadane środki własne w wysokości, co najmniej marginesu wypłacalności oraz aktywa na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie gwarantują w pełni wypłacalności tego zakładu ubezpieczeń (art. 99 ustawy). W tym przypadku Fundusz pomaga nieupadającemu zakładowi, lecz innemu podmiotowi, funkcjonującemu na rynku, który poprzez przejęcie portfela zwolni UFG z obowiązku spełnienia roszczeń klientów upadającego zakładu.

Fundusz gromadzi dane dotyczące reprezentantów do spraw roszczeń ustanawianych przez zakłady ubezpieczeń w każdym kraju członkowskim UE oraz dane organów odszkodowawczych ustanowionych w każdym państwie członkowskim Unii.

Dane zgromadzone przez Fundusz są udostępniane:

1. Poszkodowanemu lub uprawnionemu z prawem wglądu we własne akta szkodowe albo innemu podmiotowi, jeżeli mają oni interes prawny w uzyskaniu tych danych w związku z zaistniałą szkodą, w zakresie dotyczącym ubezpieczenia „OC” posiadaczy pojazdów;
2. Rzecznikowi Praw Obywatelskich.
3. Organowi Nadzoru.
4. Zakładom ubezpieczeń.
5. Polskiemu Biuru Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zakresie dotyczącym ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów.
6. Rzecznikowi Ubezpieczonych.
7. Polskiej Izbie Ubezpieczeń.
8. Organowi prowadzącemu centralną ewidencję pojazdów drogą teletransmisji danych, w zakresie dotyczącym ubezpieczenia „OC” posiadaczy pojazdów.
9. Sądowi lub prokuraturze, o ile są niezbędne w toczącym się postępowaniu.

Poza gromadzeniem i udzielaniem informacji o zawartych umowach wybranych ubezpieczeń obowiązkowych, Fundusz ma prawo kontrolować spełnienie tego obowiązku. Jeśli stwierdzi, iż podmiot nie dopełnił ustawowego obowiązku ubezpieczenia, UFG nakłada i egzekwuje opłaty karne [Dz.U. nr 124, poz. 1152, z. późni zm.].<sup>15</sup>

<sup>15</sup> W związku ze zmianami w prawie o ruchu drogowym wysokość opłat za brak obowiązkowego ubezpieczenia znacznie wzrosła w 2024 roku. Od 1 stycznia

Do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obowiązane są: Policja, Organy celne, Straż Graniczna, Organy właściwe w sprawach rejestracji pojazdów, Inspekcja Transportu Drogowego. Natomiast uprawnionymi są: UFG, inne organy uprawnione do kontroli ruchu drogowego. Z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników obowiązany do kontroli jest: wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika, a uprawnionymi są: starosta właściwy ze względu na położenie gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika oraz UFG. Do kontroli posiadania obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych obowiązany jest: wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub miejsca zamieszkania rolnika, natomiast uprawnionym jest: starosta właściwy ze względu na położenie gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika. Z odpowiedzialności cywilnej określonych grup zawodowych oraz ubezpieczeń wynikających z umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską regulują odrębne przepisy.

W sytuacji ujawnienia braku ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych bądź rolników posiadających gospodarstwa rolne, organ kontrolujący zawiadamia o tym fakcie, UFG, który podejmuje stosowne postępowanie wyjaśniające i egzekwuje opłatę za niedopełnienie obowiązku ubezpieczenia.

UFG ma **osobowość prawną**, a jego siedzibą jest miasto stołeczne Warszawa. Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje Minister Finansów w oparciu o kryterium legalności i zgodności ze statutem. Organami funduszu są Zgromadzenie Członków Funduszu, Rada Funduszu i Zarząd Funduszu.

Członkiem Funduszu jest każdy zakład ubezpieczeń posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe „OC” kierowcy i „OC” rolnika. Zakład ubezpieczeń staje się członkiem Funduszu z chwilą

---

2024 roku wysokość kary w przypadku samochodów osobowych wynosi 1 700 zł przy braku ciągłości od 1 do 3 dni, a maksymalnie 8 480 zł (powyżej 14 dni).

zawarcia pierwszej umowy wymienionego ubezpieczenia obowiązkowego. 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 „OC” kierowcy i „OC” rolnika.

Zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność ubezpieczeniową w dziale I (ubezpieczenia na życie) oraz zakłady posiadające zezwolenia na prowadzenie działalności w grupach obejmujących inne niż „OC” kierowcy i „OC” rolnika ubezpieczenia obowiązkowe stają się członkami Funduszu w przypadku ogłoszenia upadłości albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego wobec innego zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w dziale ubezpieczeń na życie bądź odpowiednich pozostałych ubezpieczeń obowiązkowych. Zakłady te są obowiązane wnieść składkę na rzecz Funduszu, z której wypłacone zostaną świadczenia dla uprawnionych z umów ubezpieczenia upadającego zakładu. Wysokość składki wnoszonej do Funduszu jest ustalana w oparciu o wielkość składki przypisanej brutto danego zakładu i jest ogłaszana przez MF w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii organu nadzoru i Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU).

Swoje zadania UFG realizuje z dochodów, które są uzyskiwane z następujących źródeł:

1. Wpłaty zakładów ubezpieczeń wykonujących działalność w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych „OC” kierowcy i „OC” rolnika; wysokość składki wnoszonej przez zakład ubezpieczeń na rzecz Funduszu jest wyliczana od składki przypisanej brutto w tych grupach ubezpieczeń.
2. Wpłaty zakładów ubezpieczeń prowadzących ubezpieczenia w dziale ubezpieczeń na życie w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń, umorzenia postępowania upadłościowego lub zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność ubezpieczeniową w tym zakresie.
3. Wpłaty zakładów ubezpieczeń wykonujących działalność ubezpieczeniową w grupie obejmującej pozostałe ubezpieczenie obowiązkowe, w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń, umorzenia po-

stępowania upadłościowego lub zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność ubezpieczeniową w tym zakresie.

4. Opłat karnych za niespełnienie obowiązku zawarcia umów ubezpieczeń obowiązkowych „OC” kierowcy i „OC” rolnika.
5. Wpływów z tytułu roszczeń regresowych.
6. Zwrotów zakładu ubezpieczeń przejmującego portfel upadłego zakładu ubezpieczeń.
7. Wpłat uzyskanych z podziału masy upadłości.
8. Zwrotów świadczeń wypłaconych przez Fundusz z umów ubezpieczenia na życie i z umów ubezpieczeń obowiązkowych innych niż rolnicze i „OC” kierowcy.
9. Przychodów z oprocentowania pożyczek udzielanych zakładom przejmującym portfel ubezpieczeń „OC” kierowcy i „OC” rolnika upadającego zakładu.
10. Przychodów z lokat środków Funduszu dokonywanych według zasad określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej dla zakładów ubezpieczeń.

### 4.3.3. Polska Izba Ubezpieczeń

**Polska Izba Ubezpieczeń** (PIU, dalej Izba) jest organizacją ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego powstałą w 1990 roku na mocy art. 86 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U nr 59, poz. 344). Początkowo była dobrowolnym zrzeszeniem ubezpieczycieli. **Obecne PIU** [www.piu.org.pl] funkcjonuje na zasadach określonych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn. zm.] Ustawowym celem PIU jest podejmowanie działań na rzecz rozwiązywania problemów rynku ubezpieczeń w RP.

PIU zrzesza krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność ubezpieczeniową na terytorium państwa polskiego. Członkostwo w Izbie jest obowiązkowe i powstaje z chwilą podjęcia przez zakład ubezpieczeń działalności ubezpieczeniowej na terytorium RP.



Członkostwo w Izbie ustaje w przypadku podjęcia uchwały o likwidacji dobrowolnej lub gdy decyzja o likwidacji przymusowej zakładu stała się prawomocna.

Do podstawowych zadań Izby, należy: reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Izby, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom rynku ubezpieczeń, kształtowanie, upowszechnianie i czuwanie nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji i zasad etyki w działalności ubezpieczeniowej.

Izba realizuje swoje zadania poprzez współpracę z wszystkimi zakładami ubezpieczeń prowadzącymi działalność na terytorium RP, w tym poprzez zbieranie opinii zakładów ubezpieczeń o bieżącej sytuacji rynku ubezpieczeń i planowanych zmianach, wypracowywanie na ich podstawie stanowiska oraz prezentowanie go, jako stanowiska Izby. PIU świadczy ponadto zakładom ubezpieczeń pomoc organizacyjno-prawną i doradczo-konsultacyjną w zakresie prowadzonej działalności, powołuje komisje i zespoły problemowe oraz zleca wykonanie opinii i ekspertyz dotyczących rynku ubezpieczeniowego. Opinie i ekspertyzy są również przygotowywane dla organów władzy i administracji państwowej oraz krajowych i zagranicznych organizacji. Izba deleguje swoich przedstawicieli do krajowych i zagranicznych organizacji oraz do uczestnictwa w pracach organizacji i instytucji doradczo – opiniodawczych w sprawach związanych z działalnością ubezpieczeniową.

Izba działa na obszarze RP oraz prowadzi współpracę międzynarodową. Ze względu na członkostwo Polski w UE PIU jest członkiem europejskiego samorządu ubezpieczeniowego.

Główną instytucją europejskiego rynku ubezpieczeniowego, reprezentującą zakłady ubezpieczeń, jest Europejski Komitet Ubezpieczeń (Comité Européen des Assurances, CEA [[www.cea.assur.org](http://www.cea.assur.org)]).

Izba **posiada osobowość prawną**. Siedzibą Izby jest miasto stołeczne Warszawa. Do organów Izby należą: Walne Zgromadzenie PIU, Zarząd PIU oraz Komisja Rewizyjna PIU.

Majątek Izby tworzą:

- a) składki członkowskie (ich wysokość określa MF w rozporządzeniu),
- b) dotacje, darowizny, spadki i zapisy,
- c) dochody z majątku Izby,

d) dochody z działalności gospodarczej.

Izba może wykonywać działalność gospodarczą w ramach przedsiębiorcy powołanego przez Walne Zgromadzenie Izby. Dochody z działalności gospodarczej służą do realizacji zadań Izby i nie mogą być przeznaczone do podziału między jej członków. Niewykorzystane w danym roku środki finansowe przechodzą na rok następny.

#### 4.3.4. Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (PBUK, dalej Biuro) to organizacja zakładów ubezpieczeń, które na terytorium Polski prowadzą działalność ubezpieczeniową w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Przynależność zakładów do PBUK jest **obowiązkowa i rozpoczyna się z dniem uzyskania od organu nadzoru zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej**.

Zgodnie z zasadami Systemu Zielonej Karty PBUK pełni funkcję **Biura Narodowego reprezentującego Polskę w Systemie i będącego członkiem Rady Biur**. Spełniając wymogi stawiane przez tzw. Rekomendację Genewską (Recommendation No 5 on Insurance of Motorist Against Third Party Risks – 25.01.1949; 1984, 2000, 2004, 2023) PBUK jest organizacją uznaną przez rząd RP, która podpisała i podpisuje odpowiednie umowy ze swoimi odpowiednikami z innych państw należących do Systemu Zielonej Karty.

Członkostwo Polski w Systemie Zielonej Karty datuje się od 1958 roku, kiedy to po wprowadzeniu w Polsce obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w ruchu środków komunikacji (1952), członkiem Rady Biur stał się Państwowy Zakład Ubezpieczeń. Organizacja ta, została powołana 10.05.1996 r. na mocy rozdziału 10 noweli do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 28.07.1990 r.

PBUK zrzesza:

1. Zakłady ubezpieczeń.
2. Główne oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń prowadzące działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwane dalej głównymi oddziałami, które prowadzą działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy

pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, w razie objęcia zakresem tego ubezpieczenia obszarów poza granicami kraju.

Biuro prowadzi działalność **na terytorium RP i poza jej granicami**.

Podstawowym zadaniem Biura jest:

1. Ułatwienie posiadaczom pojazdów mechanicznych zarejestrowanych na terytorium RP i ubezpieczonych w zakresie odpowiedzialności cywilnej w zakładzie ubezpieczeń będącym Członkiem Biura, wjazdu do innych państw poprzez wystawianie dokumentów ubezpieczeniowych ważnych w tych państwach i zagwarantowanie obsługi likwidacyjnej szkód spowodowanych ruchem tych pojazdów przez zagraniczne Biura lub zagraniczne zakłady ubezpieczeń działające w krajach wypadku, w imieniu i na koszt Członka Biura;
2. Zagwarantowanie obsługi likwidacyjnej szkód spowodowanych na terytorium RP przez posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych poza granicami RP, a posiadających ważny dokument ubezpieczenia wystawiony przez zagraniczne Biuro lub zagraniczny zakład ubezpieczeń.

Dla osiągnięcia powyższych celów, Biuro realizuje zadania określone w przepisach regulujących ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Przedmiotem działalności Biura jest [[www.pbuk.pl](http://www.pbuk.pl)]:

1. Wystawianie dokumentów ubezpieczeniowych zgodnie z Jednolitą Umową między Biurami, ważnych w innych krajach i przekazywanie ich Członkom celem wypełnienia i wydania ubezpieczonym oraz ich ewidencjonowanie.
2. Zawieranie umów z zagranicznymi Biurami Ubezpieczeń Komunikacyjnych o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i likwidacji szkód.
3. Organizowanie likwidacji lub bezpośrednia likwidacja szkód spowodowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez osoby kierujące pojazdami zarejestrowanymi za granicą posiadającymi ważne dokumenty ubezpieczenia, wystawione przez zagraniczne Biura Ubezpieczeń Komunikacyjnych.
4. Określanie zasad i trybu dystrybucji przez Członków krótkoterminowych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posia-

daczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych za granicą, dla pojazdów wjeżdżających i przebywających na terytorium RP bez ważnego dokumentu ubezpieczenia, a w szczególności ustalanie jednolitego wzoru dokumentu ubezpieczenia oraz ewidencjonowania tych umów (ubezpieczenia graniczne).

5. Współpraca z organizacjami ubezpieczycieli z krajów, które do systemu Zielonej Karty nie należą, likwidacja szkód i wypłata poszkodowanym rezydentom świadczeń z tytułu wypadków spowodowanych poza granicami RP przez posiadaczy pojazdów mechanicznych posiadających dokumenty ubezpieczenia (Zielona Karta) wystawione przez upadłego Członka.

Ponadto Biuro pełni rolę:

1. Organu odszkodowawczego.
2. Ośrodka informacji.
3. Centrum redystrybucji informacji o wypadkach z ofiarami w ludziach.

Organami Biura są:

1. Walne Zgromadzenie Członków zwane dalej Zgromadzeniem.
2. Rada Biura zwana dalej Radą.
3. Zarząd.

Zgromadzenie stanowią Członkowie Biura. Zgromadzenie wybiera ze swego grona Przewodniczącego Zgromadzenia.

**Dokumenty ubezpieczenia, potwierdzające zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia** odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – ważne na terytorium RP:

1. Certyfikat „Zielona Karta” (z ang.: *green card* – ZK) wydany przez zagraniczny zakład ubezpieczeń (dokumentu koloru zielonego).
2. Ubezpieczenie graniczne (tj. krótkoterminowa umowa ubezpieczenia dla posiadaczy pojazdów wjeżdżających i przebywających na terytorium RP bez ważnego dokumentu ubezpieczenia) wykupione w polskim zakładzie ubezpieczeń (dokument koloru różowego).

Tablice rejestracyjne są dowodem istnienia ważnej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

**Od 1 lipca 2021 r. Zielona Karta zmienia wygląd. Dotychczasowe certyfikaty w kolorze zielonym będą zastępowane dokumentami w białym kolorze. Do końca roku posiadaczom ubezpieczonych pojazdów będą wydawane Karty zielone lub białe. Od nowego roku**

**wystawiane będą certyfikaty wyłącznie w kolorze białym [www.pbuk.pl: aktualizacja: 06.02.2024 r.].**

W 2020 r. Rada Biur Systemu Zielonej Karty wprowadziła zmiany formatu certyfikatów Zielonej Karty. Mają one dwójaki charakter:

1. Z dniem 1 lipca 2020 r. nastąpiły zmiany w formacie awersu certyfikatu.
2. Zmiana opcjonalna, zależna wyłącznie od decyzji krajowych Biur Narodowych, obejmuje między innymi:
  - a) zmianę koloru certyfikatu – wprowadzony został format czarno-biały,
  - b) dotychczasowy format pozostaje w obiegu,
  - c) możliwość wprowadzenia zmian sposobu przetwarzania i przesyłania certyfikatów.

Od 1 lipca 2021 r. – na polskim rynku ubezpieczeniowym wprowadzony zostanie nowy biało-czarny format certyfikatów ZK.

System Zielonej Karty

System Zielonej Karty tworzony był dla:

1. Krajów europejskich.
2. Kraju pozaeuropejskiego, jeżeli między krajem europejskim a krajem należącym do Systemu jest wystarczająco duży ruch samochodowy.

Głównym celem działającego od 1 stycznia 1953 r. Systemu ZK jest zapewnienie, aby:

1. Poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych mogli otrzymać należne im odszkodowanie z tytułu szkód spowodowanych przez kierowcę pojazdu zarejestrowanego za granicą
2. Zmotoryzowani nie byli zmuszeni do nabywania ubezpieczenia „OC” komunikacyjnego na granicy każdego z odwiedzanych przez nich krajów.

Kraje członkowskie Systemu osiągają ten cel poprzez stworzenie w oparciu o uregulowania Rekomendacji Genewskiej systemu dwustronnych umów na mocy, których Międzynarodowy Certyfikat Ubezpieczeniowy (ZK) uznawany jest przez rządy państw, których Biura Narodowe należą do Systemu (Rysunek 56).

## Nowy wygląd Zielonej Karty

1. WYMIAROWANIE KARTY (DIMENSIONS OF CARD) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		2. WYMIAROWANIE Z UPRAWNIENIAMI (DIMENSIONI DELLA CARTE) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		ORIGINAL
3. WŁAŚNIA WYJAZD (DATE) DATA		4. KRAJ WYJAZDU (COUNTRY OF ORIGIN) PAESE		PL / /
5. WYMIAROWANIE KARTY (DIMENSIONS OF CARD) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		6. WYMIAROWANIE Z UPRAWNIENIAMI (DIMENSIONI DELLA CARTE) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		ORIGINAL
7. WŁAŚNIA WYJAZD (DATE) DATA		8. KRAJ WYJAZDU (COUNTRY OF ORIGIN) PAESE		PL / /



1. WYMIAROWANIE KARTY (DIMENSIONS OF CARD) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		2. WYMIAROWANIE Z UPRAWNIENIAMI (DIMENSIONI DELLA CARTE) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		ORIGINAL
3. WŁAŚNIA WYJAZD (DATE) DATA		4. KRAJ WYJAZDU (COUNTRY OF ORIGIN) PAESE		PL / /
5. WYMIAROWANIE KARTY (DIMENSIONS OF CARD) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		6. WYMIAROWANIE Z UPRAWNIENIAMI (DIMENSIONI DELLA CARTE) DIMENSIONI DELLA CARTE (DIMENSIONI DELLA CARTE)		ORIGINAL
7. WŁAŚNIA WYJAZD (DATE) DATA		8. KRAJ WYJAZDU (COUNTRY OF ORIGIN) PAESE		PL / /



Rysunek 56: Nowy wzór “Zielonej Karty”:

Źródło: opracowanie na podstawie: [www.pbuk.pl: aktualizacja: 06.02.2024 r.]

Systemem zarządza Rada Biur utworzona przez Biura Narodowe z państw członkowskich Systemu.

Podstawowymi warunkami przystąpienia do Systemu jest:

1. Istnienie w państwie, którego Biuro Narodowe jest kandydatem, obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,
2. Ustanowienie Biura Narodowego reprezentującego dany rynek ubezpieczeniowy.

W ramach Systemu ZK funkcjonuje **Porozumienie Wielostronne** zgodnie, z którym kierowcy pojazdów zarejestrowanych w państwach, Biura Narodowe (to zawodowa organizacja ubezpieczycieli prowadzących w danym kraju działalność ubezpieczeniową w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), których

są Sygnatariuszami Porozumienia mogą poruszać się po terytoriach tych państw bez konieczności posiadania Zielonej Karty. W ich przypadku **domniemywa się posiadanie ważnego ubezpieczenia „OC” posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartego w kraju, w którym pojazd został zarejestrowany. Świadczyć ma o tym tablica rejestracyjna pojazdu.**

Dokumentem podstawowym określającym warunki umowy ubezpieczenia jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia **potwierdzona polisą** zawierana jest najczęściej zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym jest zawierana. Przewiduje sumy gwarancyjne obowiązujące w państwie, w którym wystawiany jest dokument ubezpieczenia.

W celu zabezpieczenia interesów poszkodowanego w sytuacji powstania szkody komunikacyjnej, którego sprawcą był kierujący pojazdem zarejestrowanym poza granicami RP, legitymujący się „Zieloną Kartą”, na miejscu zdarzenia należy podać:

1. Numer Zielonej Karty, zaczynający się od identyfikujących liter kraju.
2. Okres ważności Zielonej Karty.
3. Imię, nazwisko i adres posiadacza pojazdu.
4. Numer rejestracyjny pojazdu i jego marka.
5. Nazwę i adres zakładu ubezpieczeń, który wydał Zieloną Kartę.

#### **4.3.5. Urząd Rzecznika Finansowego**

Urząd powstał w 1995 roku. w ramach nowelizacji ustawy z dnia 8 czerwca 1995 r. w celu chronienia interesów najsłabszych podmiotów na rynku – ubezpieczonych w zderzeniu z ubezpieczycielami dysponującymi znacznie wyższymi środkami i wykwalifikowaną kadrą pracowniczą. Obecnie Urząd funkcjonuje na podstawie ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej z 5 sierpnia 2015 r. [Dz.U. 2015 poz. 1348].

Do podstawowych zadań Rzecznika należy [<https://rf.gov.pl>: aktualizacja: 06.02.2024 r.]:

1. Reprezentowanie i ochronę konsumentckich interesów ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia.
2. Reprezentowanie i ochronę interesów członków otwartych funduszy emerytalnych.
3. Reprezentowanie i ochronę uczestników pracowniczych programów emerytalnych.
4. Opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych.
5. Informowanie organu nadzoru o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działalności zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych.
6. Inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie ubezpieczeń, działalności funduszy emerytalnych oraz funkcjonowania pracowniczych programów emerytalnych.

Poza tym – podejmowanie działań w zakresie ochrony osób, których interesy reprezentuje, a w szczególności:

1. Rozpatrywania skarg w indywidualnych sprawach.
2. Opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych,
3. Występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych.
4. Informowanie właściwych organów nadzoru i kontroli oraz Polską Izbę Ubezpieczeń i organizacji gospodarczych powszechnych towarzystw emerytalnych o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działaniu zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych, towarzystw emerytalnych, pracowniczych programów emerytalnych i innych instytucji rynku ubezpieczeniowego.
5. Stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, między towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych, w szczególności organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów.



6. Inicjowanie i organizowanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych oraz uczestników pracowniczych programów emerytalnych.
7. Możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, między towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych, w szczególności organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów.
8. Występowanie do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości lub których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie.

Ponadto ustawa precyzuje zakres podmiotowy i przedmiotowy wystąpień Rzecznika. Rzecznik może występować do ubezpieczycieli, funduszy emerytalnych, towarzystw emerytalnych, UFG, PBUK o udzielenie informacji lub wyjaśnień, w szczególności w sprawach:

1. Indywidualnych z tym, że wymaganym w takim wypadku jest wniosek osoby, której dotyczy sprawa.
2. Postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, które według Rzecznika są niekorzystne dla osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów Ubezpieczenia.
3. Dotyczących wewnętrznych regulacji tych instytucji, które według Rzecznika są niekorzystne dla osób reprezentowanych.
4. Nieprawidłowej obsługi osób reprezentowanych świadczonej przez te instytucje.

Rzecznik podejmuje czynności z urzędu lub na wniosek, zaś w ramach swych kompetencji decyduje on o:

1. Podjęciu sprawy.
2. Wskazaniu wnioskodawcy przysługującego mu prawnego środka działania.
3. Przekazaniu sprawy innemu właściwemu w danym przypadku organowi.
4. Nie podjęciu sprawy, wnioskodawca jest o tym fakcie zawiadamiany.

**Sąd Polubowny** przy Rzeczniku Finansowym rozstrzyga spory z [<https://rf.gov.pl/polubowne>: aktualizacja: 06.02.2024 r.]:

1. Zakładami ubezpieczeń.
2. Powszechnymi towarzystwami emerytalnymi.
3. Ubezpieczeniowym Funduszem Gwarancyjnym.
4. Polskim Biurem Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Podstawowym warunkiem przeprowadzenia rozprawy jest wyrażenie zgody przez stronę pozwaną (np. zakład ubezpieczeń, towarzystwo emerytalne) na rozstrzygnięcie sporu przez sąd polubowny. Jeżeli strona przeciwna nie wyrazi zgody na rozstrzygnięcie sporu przez sąd polubowny, postępowanie to nie może się odbyć.

Orzeczenie sądu polubownego wiąże strony, jednak jest wykonalny dopiero po zatwierdzeniu go przez sąd powszechny (art. 711 k.p.c.). Wyrok może być uchylony w przypadkach ściśle określonych w kodeksie postępowania cywilnego, np., gdy stronę pozbawiono możliwości obrony jej praw przed sądem polubownym, czy też, gdy w składzie sądu uczestniczyła osoba nieuprawniona.

Minimalna kwota dochodzenia przed sądem polubownym nie może być niższa niż 1.000 zł.

Pytania kontrolne:

1. Co to jest gospodarka rynkowa?
2. Co to jest otoczenie zakładu ubezpieczeń i jakie mamy rodzaje?
3. Jakie jest różnica między otoczeniem wewnętrznym a zewnętrznym zakładu ubezpieczeń?
4. Co to jest zakład ubezpieczeń?
5. Co to jest rynek ubezpieczeń i jakie są jego składniki?
6. Jaka jest różnica między rynkiem ubezpieczeń w ujęciu przedmiotowym od podmiotowego?
7. W jakich formach prawnych mogą prowadzić działalność ubezpieczeniową ubezpieczyciele w Polsce?
8. Jaka jest różnica pomiędzy działalnością ubezpieczeniową bezpośrednią od pośredniej?
9. Co to jest UFG i jakie są jego zadania?
10. Co to jest PBUK i jakie są jego zadania?
11. Co to jest Zielona Karta?
12. Co to jest KNF i jakie są jego zadania?

13. Co to jest PIU i jakie są jego zadania?
14. Co to jest bancassurance?
15. Na czym polega pośrednictwo ubezpieczeniowe i czym się różni od dystrybucji usług ubezpieczeniowych?
16. Jaka jest różnica między dystrybucją zależną od niezależnej?
17. Jaka jest różnica między dystrybucją pośrednią od bezpośredniej?
18. Jaka jest różnica między agentem a brokerem ubezpieczeniowym?
19. Jaka jest różnica i na czym polega dystrybucja usług ubezpieczeniowych między agentem a multiagentem?
20. Na czym polega oferowanie usług ubezpieczeniowych przez brokera ubezpieczeniowego?
21. Kto to jest broker reasekuracyjny?



## Rozdział 5

### Reasekuracja i koasekuracja

#### 5.1. Reasekuracja

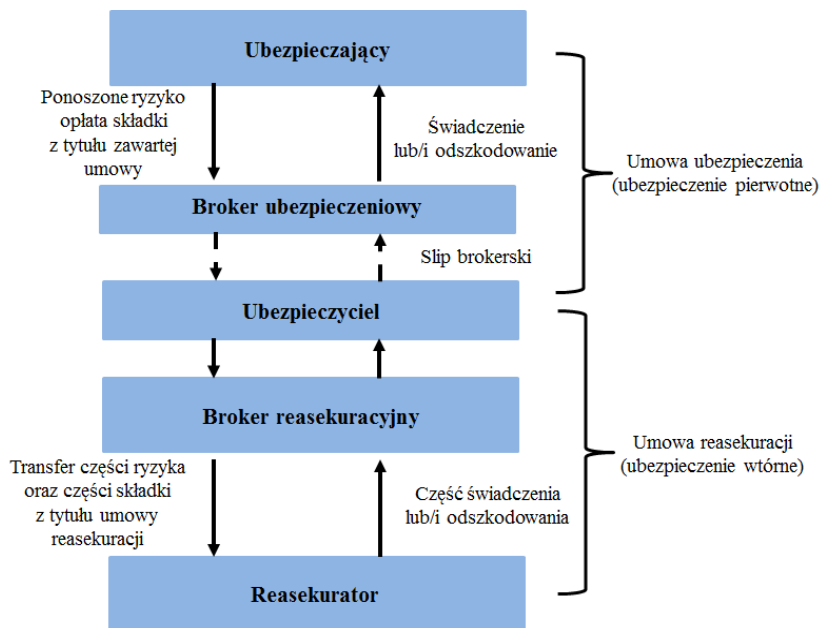
Reasekuracja (z *ang.*: *reinsurance*) to stosunek prawny, którego treścią jest zobowiązanie reasekuratora (ubezpieczyciela pośredniego) do spełnienia określonego świadczenia na rzecz ubezpieczyciela bezpośredniego a obowiązkiem ubezpieczyciela jest odstąpienie części składki należnej od ubezpieczającego [patrz: Montalbetti, 1970, s. 13]. Tym samym, służy ona przedłużeniu i rozszerzeniu ubezpieczenia.

Reasekuracja polega na działaniu wtórnym do ubezpieczenia. Nie powoduje powstawania nowych funduszy ubezpieczeniowych. Jej przedmiotem działania jest ogólna sytuacja majątkowa reasekuratora.

Zakład ubezpieczeń – w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego wypłaca odszkodowanie lub/i świadczenie ubezpieczonemu, następnie, w zależności od umowy, otrzymuje odpowiednią kwotę od reasekuratora. Jest to dla ubezpieczonego dodatkowa gwarancja, iż otrzyma wypłatę odszkodowania lub/i świadczenia (por. Szpunar, 1972, s. 251-277).

Niezależnie od powyższego stosunku prawnego, ubezpieczyciel bezpośredni nadal pozostaje wyłącznie odpowiedzialnym wobec uprawnionego do świadczenia (ubezpieczającego, poszkodowanego, uposażonego itp.).

Reasekurator nie ma bezpośrednich relacji z ubezpieczonymi i nie uczestniczy ani w procesie akwizycji, ani też w procesie likwidacji szkód oraz wypłaty świadczeń lub/i odszkodowań. Jest to podmiot wyspecjalizowany w ubezpieczeniu zakładów ubezpieczeń (Rysunek 57).



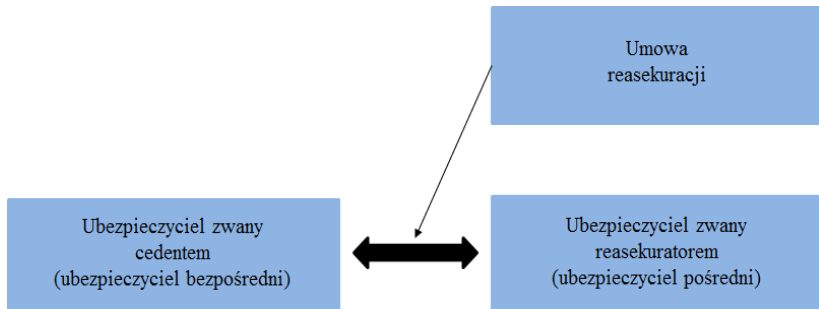
Rysunek 57: Proces zawarcia umowy reasekuracji

Źródło: opracowanie własne na podstawie [por. Szpunar, 1972, s. 251-277; Woźniak-Makarska, 2022, s. 139-140].

Źródłem reasekuracji jest umowa reasekuracji

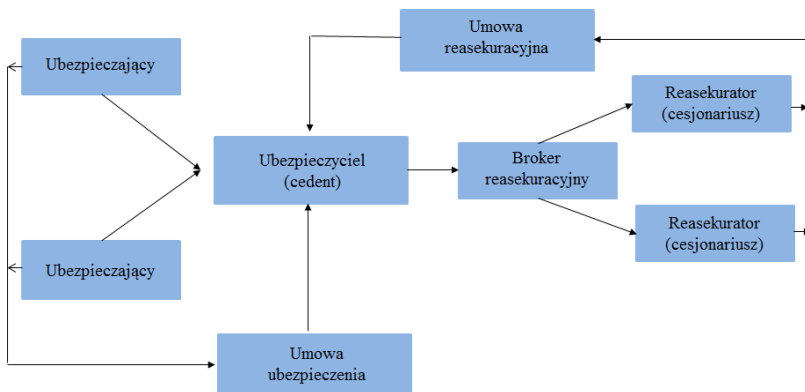
**Strony umowy reasekuracji** (Rysunek 58):

1. Ubezpieczyciel – zwany cedentem (ubezpieczyciel bezpośredni) – pozyskuje podmiot, który skompensuje mu jego obciążenia związane z wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych, stosownie do treści umowy reasekuracji.
2. Reasekurator – zwany cesjonariuszem (ubezpieczyciel pośredni) – podmiot, który kompensuje obciążenia reasekuratora związane z wypłatą przez niego świadczeń ubezpieczeniowych, stosownie do treści umowy reasekuracji.



Rysunek 58: Umowa reasekuracji  
 Źródło: opracowanie własne.

**Reasekuratorem** może być zawodowy reasekurator lub każde towarzystwo ubezpieczeniowo – reasekuracyjne posiadające zezwolenie na prowadzenie działalności reasekuracyjnej (Rysunek 59).



Rysunek 59: Reasekuracja  
 Źródło: opracowanie własne: [(por) Kowalewski E., Prawo..., s. 318].

## 5.2. Podział reasekuracji

Reasekuracja nie należy do działu ubezpieczeń. Jest samodzielną formą przejmowania zobowiązania reasekuratora do spełnienia określonego świadczenia na rzecz ubezpieczyciela.

W związku z tym reasekuracja w sposób istotny różni się od ubezpieczenia zarówno pod względem prawnym jak i ekonomicznym.

Celowość wykorzystywania reasekuracji przez ubezpieczyciela, mającego niezbędną wiedzę na temat własnego portfela może wynikać z różnych przyczyn, np.: potrzeby zwiększenia swej pojemności ubezpieczeniowej, potrzeby wyrównania ryzyka, wymogów prawnych (nadzór ubezpieczeniowy), szeregu usług świadczonych przez reasekuratora, jak i uwarunkowań ekonomicznych.

Najważniejsze funkcje reasekuracji [por. Wąsiewicz, 1994, s. 217]:

1. Stabilizator wyników finansowych ubezpieczyciela.
2. Zwiększanie konkurencyjności na rynku ubezpieczeniowym.
3. Wzmacnianie podstaw finansowych ubezpieczyciela.
4. Zwiększanie możliwości zwiększenia portfela ubezpieczeniowego.
5. Zwiększanie wiarygodności finansowej na rynku ubezpieczeniowym.
6. Zwiększanie możliwości objęcia ubezpieczeniem ryzyk katastroficznych.
7. Zwiększanie roli stymulatora rynku ubezpieczeniowego.
8. Stymulator handlu morskiego.
9. Stymulator handlu wewnętrznego i zagranicznego.
10. Wpływa na kształtowanie bilansu płatniczego za granicą.

Proces ubezpieczeń pośrednich (reasekuracji) różni się od ubezpieczeń bezpośrednich (ubezpieczenie) głównie tym, że w ubezpieczeniach bezpośrednich [por.: Lament, Piątek, 2023, s. 112-113]:

- a) ubezpieczający zawiera umowę bezpośrednio z ubezpieczycielem i zwykle nie zna reasekuratora, jak też nie wie, że jego ryzyko i w jakiej części jest reasekurowane, natomiast reasekurator musi wiedzieć, co reasekuruje i kto jest ubezpieczającym,
- b) poszczególne umowy ubezpieczenia mają charakter umów jednostkowych, indywidualnych, a w reasekuracji czynnej umowy reasekuracyjne mają charakter zbiorczy i mogą obejmować znaczną liczbę ubezpieczających,



- c) każde ubezpieczenie – zwykle na podstawie odpowiedniego wniosku o ubezpieczenie – jest rozpatrywane i badane oddzielnie. Stanowi to oddzielny i często skomplikowany proces przygotowawczy, głównie w ubezpieczeniach na życie prowadzony przez underwritinga. Proces ten jest zwany underwritingiem. W reasekuracji często sprowadza się do poznania ubezpieczyciela, (czyli: cedenta), jego zakresu działania, rodzaju prowadzonych grup ubezpieczeń oraz zasad i trybu zarządzania portfelem ubezpieczeniowym,
  - d) transakcje finansowe są załatwiane indywidualnie, jednorazowo (zwykle niepowtarzające się w ciągu roku z tego samego tytułu) i oddzielnie w czasie. Brak jest kompensacji np. składek ubezpieczeniowych z odszkodowaniami czy świadczeniami ze względu na różnice w czasie ich realizacji. W reasekuracji czynnej kompensowanie należności z zobowiązaniami na ogół jest na porządku dziennym,
  - e) nie każda umowa ubezpieczenia kończy się wypłatą odszkodowań czy świadczeń [Art. 805 K.c.]. W reasekuracji czynnej natomiast każda umowa charakteryzuje się rozliczeniem finansowym w obie strony,
  - f) rozliczenia finansowe prowadzi się bieżąco. W reasekuracji czynnej natomiast rozliczenia finansowe wykonuje się okresowo z chwilą upływu okresu rozliczeniowego opisanego w umowie.
- Ponadto, istnieje różnica w prowadzeniu odmiennej dokumentacji umów i obrotów finansowych.

### 5.2.1. Rola ubezpieczyciela bezpośrednio w reasekuracji

1. **Reasekuracja bierna** – polega na pozyskaniu, przez ubezpieczyciela bezpośredniego (cedenta) innego podmiotu – reasekuratora (cesjonariusza) zobowiązanego do refinansowania części świadczenia spełnianego w ramach ubezpieczenia bezpośredniego.
2. **Reasekuracja czynna** – polega na zobowiązaniu reasekuratora (ubezpieczyciela pośredniego) do spełnienia określonego świadczenia na rzecz ubezpieczyciela bezpośredniego w zamian za cesję części składki ubezpieczeniowej.

Podobnie jak reasekuracja bierna, reasekuracja czynna może być krajowa i zagraniczna.

### 5.2.2. Obowiązek zapewniania reasekuracji przez cesjonariusza

1) **Umowy reasekuracji fakultatywnej** – to umowy, w których obie występujące strony:

- a) cedent,
- b) reasekurator,

mają pełną swobodę podejmowania decyzji – **cedent** w przypadku oferowania udziału w ubezpieczonym ryzyku, a **reasekurator**, w przypadku przyjęcia warunków i udziału w oferowanym ryzyku.

Umowa reasekuracji fakultatywnej, jest umową najbardziej zbliżoną do umowy ubezpieczenia, jest jednocześnie najstarszą z umów reasekuracji.

Istotnym warunkiem, jaki tu występuje, to fakt, że oferta przystąpienia do udziału w ryzyku musi być złożona przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

2) **Umowa reasekuracji fakultatywno-obligatoryjna** – charakteryzuje się tym, iż cedent ma możliwość selekcji ryzyk.

Cedent może, ale nie musi odstępować wszystkich ryzyk i może je dzielić dowolnie – musi jednak tego dokonać przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia ryzyka i w żadnym wypadku po wydarzeniu się szkody.

3) **Umowa reasekuracji obligatoryjnej** – umowa ta występuje najczęściej tam, gdzie istnieje potrzeba pokrycia reasekuracyjnego większej liczby ryzyk.

Umowa reasekuracji obligatoryjnej jest obowiązkowa dla cedenta i dla reasekuratora. Polega ona na zobowiązaniach obu stron, czyli jest to umowa, gdzie cedent jest zobowiązany do cedowania określonych w umowie ryzyk, a reasekurator jest zobowiązany do akceptacji cesji ryzyk, zgodnie z góry ustalonymi limitami i warunkami, z chwilą, kiedy taka umowa zostaje zawarta.

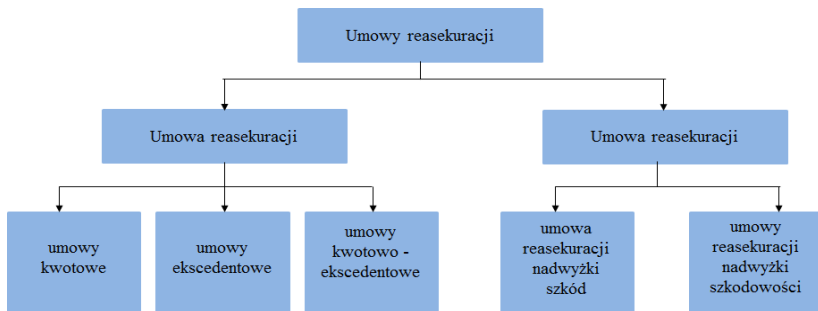
Umowa ta zawierana jest najczęściej na czas nieokreślony – ustalania dotyczące warunków technicznych i finansowych są wiążące przez cały czas obowiązywania umowy.

Z reguły jednak, umowy te mają klauzule wypowiedzenia – z tym, że termin wypowiedzenia jest najczęściej kilkumiesięczny przed końcem każdego roku.

### 5.2.3. Relacja zobowiązania cesjonariusza względem cedenta w zależności od uzyskanej od niego składki

Wyróżniamy tu (Rysunek 60):

1. Umowy reasekuracji proporcjonalnej.
2. Umowy reasekuracji nieproporcjonalnej.



Rysunek 60 Umowy reasekuracji

Źródło: opracowanie własne

**Umowa reasekuracji proporcjonalnej** – charakteryzuje się tym, że udział reasekuratora w każdym odstąpionym ryzyku ustalany jest w umówionym stosunku do udziału cedenta.

Podział ten dotyczy proporcjonalnego udziału w składce i szkodzie podlegających ubezpieczeniu i reasekuracji.

W skład umów reasekuracji proporcjonalnej wchodzi:

1. **Umowa kwotowa** – umowa ta polega na uzgodnieniu proporcji odpowiedzialności reasekuratora względem cedenta w ramach zawartej umowy reasekuracji.
2. **Umowa ekscedentowa** – polega ona na zatrzymaniu przez cedenta udziału własnego.

Podstawowym celem stosowania umów ekscedentowych, jest dla cedenta osiągnięcie dzięki reasekuracji m. in. wyrównania technicznego na swoim udziale własnym.

Może to być w jednej określonej wysokości, udział własny, który zwany jest **zachowkiem** w każdym cedowanym w ramach umowy ryzyku.

Przy odstąpieniu przez ubezpieczyciela ryzyka danemu reasekuratorowi (cedowanie) – wielkość zastosowanego zachowka będzie przesądzała o udziale zarówno cedenta, jak i reasekuratora tak w składce, jak i w przypadających na nią szkodach.

3. **Umowa ekscedentowo–kwotowa** – są to umowy składające się z dwóch części:

- a) kwotowej,
- b) ekscedentowej.

Celem tych umów jest – udostępnienie reasekuratorom udziału w bardziej wyrównanej składowo części kwotowej.

**Umowa reasekuracji nieproporcjonalnej** – w zamian za udział w szkodzie lub szkodowości reasekurator otrzymuje pewną zapłatę, którą również nazywamy składką. Składka ta nie jest składką ubezpieczeniową.

W umowie tej ustala się udział własny cedenta w szkodzie lub szkodowości.

**Udział własny cedenta** – nazywa się priorytetem.

W zależności od tego, czy odpowiedzialność reasekuratora ustalana jest w relacji do wysokości szkody, czy w zależności od szkodowości, wyróżnia się następujące umowy nieproporcjonalne:

- a) umowy reasekuracji nadwyżki szkód,
- b) umowy reasekuracji nadwyżki szkodowości.

**Umowa reasekuracji nadwyżki szkody** – umowa ta jest istotna przy zapobieganiu dużym wahaniom szkodowości w zachowku własnym ubezpieczyciela, jak i chronionej wcześniej przez umowę reasekuracji proporcjonalnej, części jego portfela [Encyklopedia biznesu, 1995, s. 767].

Reasekurator udzielając pokrycia uczestniczy za opłatą składkową w części danej szkody indywidualnej lub zbioru szkód wynikającego ze zdarzenia szkodowego. Zakres takiego pokrycia nazywany jest – **warstwą szkodową i może być ich większa ilość.**

Wyróżniamy umowy:

- a) jednowarstwowe, gdy wydarzyła się jedna szkoda lub zdarzenie szkodowe

b) wielowarstwowe – występuje w zależności od tego, jakich i ile szkód lub zdarzeń szkodowych można się spodziewać.

**Umowa reasekuracji nadwyżki straty lub szkodowości** – w umowach tego typu cedent ustala z reasekuratorem dwa progi:

- a) od jakiego procentu szkodowości uczestniczą reasekuratorzy,
- b) do jakiego procentu szkodowości uczestniczą reasekuratorzy.

Umowy reasekuracji nadwyżki straty lub szkodowości służą do ochrony ubezpieczycieli przed skutkami wysokiej straty lub wysokiej szkodowości.

### 5.3. Koasekuracja

Koasekuracja (z ang. *co-insurance*), to umowa ubezpieczenia na podstawie, której co najmniej dwóch ubezpieczycieli zobowiązuje się do spełnienia określonego świadczenia lub/i odszkodowania w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego. Każdy z ubezpieczycieli jest wymieniony w umowie ubezpieczenia. Jest jedną z form zabezpieczenia ubezpieczonego na wypadek powstania wypadku ubezpieczeniowego, powiązanej z wysokimi odszkodowaniami lub/i świadczeniami, jakie ciążyłyby na ubezpieczycielu.

Ubezpieczający posiada prawo do odszkodowania od każdego z ubezpieczycieli z osobna, jednakże świadczenie otrzymuje od tzw. koasekuratora wiodącego. Rozliczenie (rozłożenie) odszkodowania na uczestniczących ubezpieczycieli następuje na podstawie zawartego między nimi porozumienia koasekuracyjnego, w którym ubezpieczający nie bierze udziału

Koasekuracja występuje, jako: zewnętrzna i wewnętrzna.

**Koasekuracja zewnętrzna** (z ang: *external co-insurance*), polega na podpisywaniu umowy ubezpieczenia części ryzyka z każdym ubezpieczycielem. Za tę część przekazanego ryzyka odpowiada bezpośrednio każdy koasekurator wobec ubezpieczającego. Ta forma koasekuracji, nie jest zbyt popularna dla ubezpieczycieli ani dla ubezpieczającego, ze względu na: konkurencję oraz zwiększone koszty ubezpieczenia.

**Koasekuracja wewnętrzna** (z ang: *internal co-insurance*), polega na uniknięciu niedogodności, jakie występują w koasekuracji zewnętrznej, w tym: uniknięcia zwiększonych kosztów, zawierania

kilku umów ubezpieczenia, tworzenie odrębnych warunków ochrony ubezpieczenia, dochodzenia roszczeń od kilku ubezpieczycieli. Efektem uniknięcia tych niedogodności, które w sposób znaczący wpływają na oszczędzaniu kosztów, praktyka ubezpieczeniowa spowodowała uproszczenie tej procedury i powierzenie jednemu ubezpieczycielowi, zwanemu koasekuratorowi, procedury związanej z spełnieniem określonego świadczenia lub/i odszkodowania w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego.

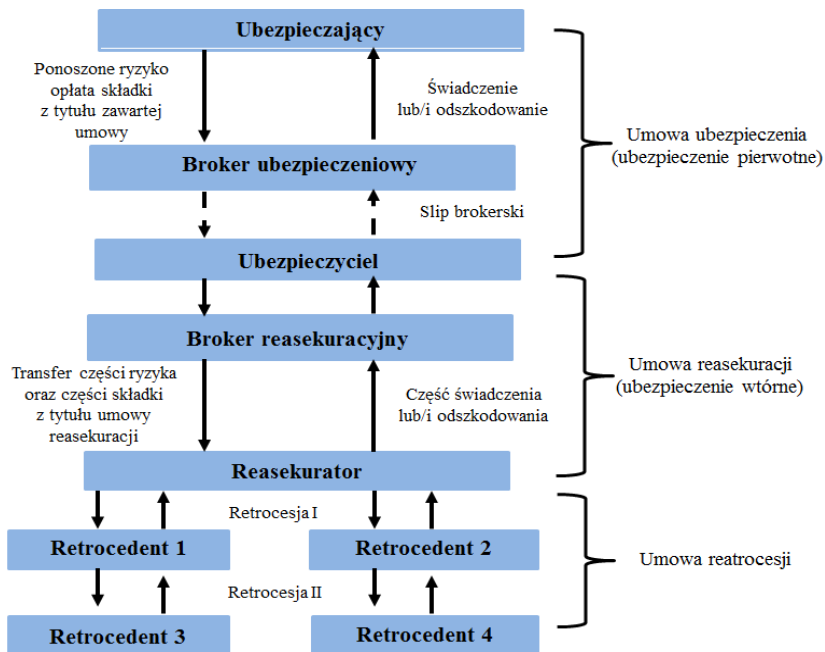
W koasekuracji wewnętrznej, koasekurator jest wyposażony w pełnomocnictwa od innych koasekuratorów, by mógł w ich imieniu występować.

Poza koasekuracją wewnętrzną i zewnętrzną, można spotkać na rynku ubezpieczeniowym, jeszcze koasekurację [Sangowski, 1996, s. 252-253]:

1. **Cicha** – występuje, gdy pomiędzy ubezpieczycielami brak jest wymiany informacji (nie jest to reasekuracja).
2. **Solidarna** – występuje w sytuacji, gdzie kilku ubezpieczycieli odpowiada wobec ubezpieczającego solidarnie za całe ubezpieczone ryzyko.

#### 5.4. Retrocesja

Retrocesja (z *ang.*: *retrocession*) to stosunek prawny, którego treścią jest zobowiązanie retrocesjonariusza (kolejnego ubezpieczyciela pośredniego) do spełnienia określonego świadczenia na rzecz innego ubezpieczyciela pośredniego, a obowiązkiem ubezpieczyciela pośredniego jest odstąpienie części składki (Rysunek 61).



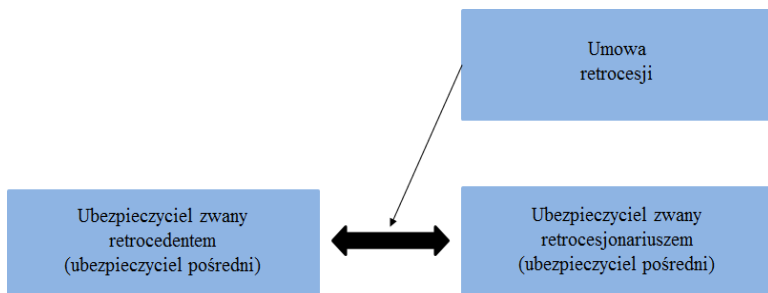
Rysunek 61: Proces zawarcia umowy retrocesji

Źródło: opracowanie własne na podstawie [por. Szpunar, 1972, s. 251-277; Woźniak-Makarska, 2022, s. 139-140].

Źródłem retrocesji jest umowa retrocesji

**Strony umowy reasekuracji** (Rysunek 62):

1. retrocedent (ubezpieczyciel pośredni) – pozyskuje podmiot, który skompensuje mu jego obciążenia związane z wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych, stosownie do treści umowy retrocesji.
2. retrocesjonariusz (ubezpieczyciel pośredni) – podmiot, który kompensuje obciążenia retrocedenta związane z wypłatą przez niego świadczeń ubezpieczeniowych, stosownie do treści umowy retrocesji.



Rysunek 62 Umowa retrocesji

Źródło: opracowanie własne

Ubezpieczyciele pośredni mogą, dzięki retrocesji uzyskiwać dalszą ochronę. Retrocesja różni się tym od reasekuracji, że zawierana jest pomiędzy ubezpieczycielami pośrednimi, podczas gdy reasekuracja to stosunek pomiędzy ubezpieczycielem bezpośrednim a pośrednim.

Pytania kontrolne:

1. Co to jest reasekuracja?
2. Na czym polega proces zawarcia umowy reasekuracji?
3. Jakie mamy strony umowy reasekuracyjnej (wymień i scharakteryzuj)?
4. Co jest źródłem umowy reasekuracyjnej?
5. Jakie mamy rodzaje reasekuracji (wymień i scharakteryzuj)?
6. Jaka jest różnica między reasekuracją bierną a czynną?
7. Jaka jest różnica między reasekuracją proporcjonalną a nieproporcjonalną.
8. Jaka jest różnica między reasekuracją: fakultatywną, fakultatywno-obligatoryjną i obligatoryjną?
9. Na czym polega koasekuracja?
10. Czy się różni asekuracja od koasekuracji?
11. Czym się różni koasekuracja od retrocesji?
12. Jakie mamy rodzaje koasekuracji (wymień i scharakteryzuj)?
13. Jak wygląda proces zawarcia umowy koasekuracyjnej?
14. Na czym polega retrocesja?
15. Jak wygląda proces zawarcia umowy retrocesji?



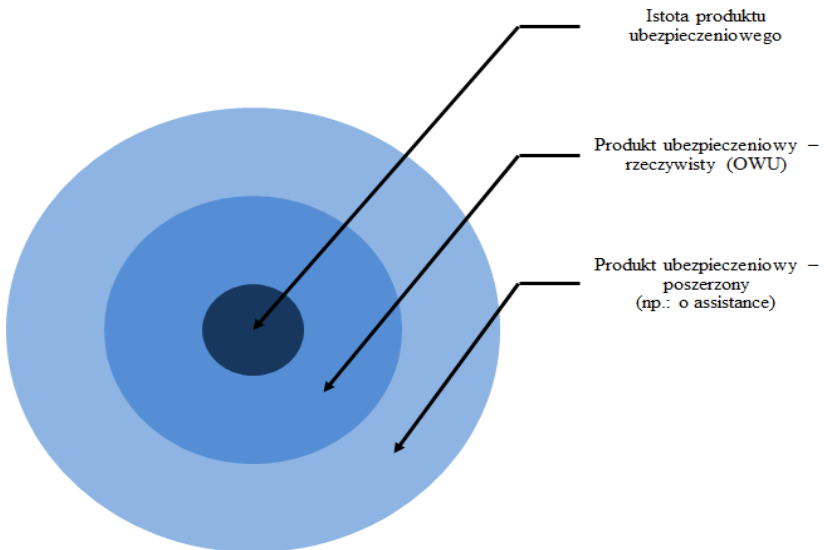
## Rozdział 6

### Produkt ubezpieczeniowy

#### 6.1. Pojęcie produktu ubezpieczeniowego

Zgodnie z koncepcją opisaną w opracowaniu M. Hallera [1998, p. 563], **produkt ubezpieczeniowy** (z ang: *insurance product*) składa się z trzech warstw (Rysunek 63):

- a) rdzenia produktu, czyli ochrony ubezpieczeniowej,
- b) nadbudowy świadczeń podstawowych,
- c) dodatkowego zakresu.



Rysunek 63: Produkt ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Haller1998, p. 563].

Wspomniany rdzeń produktu to istota produktu ubezpieczeniowego. Jest on kluczowym elementem składowym produktu.

Według J. Monkiewicza [2003, s. 22-23] – istnieją dwa rodzaje rdzenia:

1. Właściwy, obejmujący ryzyko podstawowe produktu.
2. *Sensu largo*, obejmujący także ryzyka dodatkowe.

Według tego autora, wokół rdzenia znajduje się otoczenie produktu. Natomiast, B. Hadyniak [por. 2000, s. 203] – nazywa rdzeniem produktu gwarancję realności ubezpieczenia (o czym pisano w podrozdziale 1.4), która wraz z oferowaną ochroną ubezpieczeniową – tworzy pień produktu, obudowany elementami, które wchodzą w skład otoczenia produktu, czyli:

1. Marka ubezpieczyciela (prestż);
2. Procedury w zakresie, np.: oceny ryzyka, które wpływają na proces zawarcia umowy ubezpieczenia, ustalania wysokości składki i ich pobierania, procedury zgłaszania i likwidacji szkód, terminowości wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia;
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej i sposób jej zapłaty (dostosowanej do indywidualnych możliwości ubezpieczającego);
4. Dostępność świadczonych usług związanych z oferowaniem umowy ubezpieczenia, jej zawieraniem oraz zarządzanie nią w trakcie jej trwania i po wystąpieniu szkody.

Powyższe elementy składające się na produkt ubezpieczeniowy, przekładają się na jego atrakcyjność, a w efekcie konkurencyjność ubezpieczyciela na rynku ubezpieczeniowym. Wynikają z tego, korzyści nie tylko dla zakładu ubezpieczeń (oczekuje on odpowiedniego zysku (w przypadku ubezpieczyciela działających w formie SA) lub braku strat (w przypadku TUV-ów), jak też dla ubezpieczonego (Rysunek 64).



Rysunek 64: Czynniki wpływające na konstrukcyjne produktu ubezpieczeniowego

Źródło: opracowanie własne [por. Pisarewicz i in., 2020, s. 20].

Poziom centralny to podstawowa wersja produktu ubezpieczeniowego, na którą składają się korzyści, jakie otrzymuje ubezpieczony. Produkt rzeczywisty (oczekiwany), tworzy cechy i elementy decydujące o sile postrzegania tego produktu przez potencjalnych klientów. Jest to kombinacja zmiennych, dająca możliwość dostosowania danego produktu<sup>16</sup> do potrzeb i wymagań klientów, np.: poziom składki ubezpieczeniowej, procedura likwidacji szkód, czy terminowość wypłaty odszkodowań lub/i świadczeń. Wszystkie te cechy powodują, iż podstawowa wersja produktu jest wzbogacana o nową wartość. Poziom

<sup>16</sup> W literaturze przedmiotu, można spotykać utożsamianie pojęcia produkt ubezpieczeniowy z usługą ubezpieczeniową [Pluta-Olechnik, 1999; Mruk, 2002].

ten posiada takie cechy, których klient się spodziewa, przychodząc do pośrednika ubezpieczeniowego w celu nabycia konkretnego produktu ubezpieczeniowego. Natomiast produkt poszerzony, to produkt zawierający dodatkowe korzyści, które decydują o jakości oferowanego produktu, np.: o assistance, a których klient się nie spodziewał [por. Przybytniowski, 2019, s. 97-98].

Tak skonstruowany produkt ubezpieczeniowy, który nosi w sobie element „abstrakcyjności” ochrony ubezpieczeniowej (charakter przedmiotowy) oraz materializacji tej umowy „obiektywności” – wypłata odszkodowania lub/i świadczenia (charakter podmiotowy) – spełniając oczekiwania, jak też potrzeby klienta, stwarza podstawy do sukcesu rynkowego produktu, co w efekcie wpływa na konkurencyjność zakładu ubezpieczeń. Tym samym, jednym z istotnych elementów, w oparciu, o który należy analizować poziom jakości usługi ubezpieczeniowej jest konstrukcja produktu ubezpieczeniowego. Jest on integralnie związany z treścią OWU, które są istotnym czynnikiem wpływającym na treść stosunku ubezpieczenia<sup>17</sup>, między zakładem ubezpieczeń (ubezpieczycielem) a klientem (ubezpieczającym). Należy przy tym pamiętać, że OWU odnoszące się do ubezpieczeń dobrowolnych – są ustalane przez ubezpieczyciela. Zawierają one w sobie zasady nawiązania stosunku prawnego pomiędzy zakładem ubezpieczeń a klientem, będącymi jednocześnie stronami umowy ubezpieczenia. Dokument ten stanowi jeden z podstawowych, a jednocześnie niezbędnych elementów zawarcia przez klienta umowy ubezpieczenia. Treść OWU zawiera w sobie przede wszystkim – dokładny opis pełności, jak i realności ochrony ubezpieczeniowej, który nabywa klient. Zapisy, jakie znajdują się w OWU zaliczamy do tzw. jakości technicznej usługi ubezpieczeniowej<sup>18</sup> – zawierające w szczególności: zasady współżycia społecznego oraz zgodność z przepisami prawa.

<sup>17</sup> z wyjątkiem ubezpieczeń obowiązkowych.

<sup>18</sup> Poziom otrzymanej usługi ubezpieczeniowej jest rezultatem tego, co klient otrzymuje w wyniku interakcji zachodzących między nim a zakładem ubezpieczeń. To, co klient otrzymuje, jest określane, jako jakość techniczna, a to, jak otrzymuje – jako jakość funkcjonalna [szerzej: Przybytniowski, 2019, s. 58; 2022, s. 105-119]. Należy pamiętać, że jakość funkcjonalna winna być zdecydowanie ważniejsza dla wszystkich zakładów ubezpieczeń. Poziom tej jakości jest warunkowany poprzez [Przybytniowski, 2003, s. 58-62]: kwalifikacje i zachowania personelu zakładu ubezpieczeń; infrastrukturę i wyposażenie techniczne, które jest używane w procesie świadczenia danej usługi.

Termin ten – nie ma na dziś odniesienia w obowiązujących w Polsce regulacjach prawnych, zarówno w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Dz.U. 2015 poz. 1844], jak i w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń [tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.].

Na wieloznaczność pojęcia produktu ubezpieczeniowego wskazuje D. Sokołowska [2013, s.85]. Podaje ona, że pojęcie to można rozpatrywać w kontekście prawnym (kształt umowy ubezpieczenia i OUW), marketingowym, jak też ekonomiczno-matematycznym (efektywność ekonomiczna, wymiar składek i wysokość wypłacanych świadczeń lub/i odszkodowań).

Dokonując przeglądu literatury, warto zwrócić uwagę na niektóre definicje. D. Maśniak i K. Malinowskiej [2017, s. 25] wskazujące na różną interpretację tego terminu. Według nich, produkt ubezpieczeniowy to: „wykonanie czynności ubezpieczeniowych związanych ze świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych (realizacji ryzyka ubezpieczeniowego)”. Natomiast J. Monkiewicz [2003, s. 21] podaje, że przez produkt ubezpieczeniowy należy rozumieć „pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń, za określoną opłatą, od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, aż do jej rozwiązania.

W kontekście marketingu usług ubezpieczeniowych definicję produktu ubezpieczeniowego kreuje PIU. [<https://piu.org.pl>: aktualizacja: 10.02.2024]. W swoim glosariuszu podają, że: produkt ubezpieczeniowy to zdefiniowana w umowie ubezpieczenia usługa obejmująca udzieloną ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową (rdzeń produktu) wraz z usługami dodatkowymi i oprawą formalną produktu (np. sposób i forma dostarczenia dokumentu potwierdzenia ubezpieczenia, czyli – polisy).

Komisja [por. Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje...*, 2016, s. 4] – definiuje produkt ubezpieczeniowy, jako typ umowy ubezpieczenia lub gwarancji ubezpieczeniowych, identyfikowane przez odrębne OWU lub wewnętrzne przepisy zakładu ubezpieczeń, zawierany na podstawie identycznych wzorców umownych, dedykowanych danemu produktowi (jeżeli specyfika danego produktu zakłada istnienie wzorca umownego).

W tym dokumencie, możemy przeczytać definicję tzw. **produktu strategicznego**. Według Rekomendacji Komisji [por. Komisja Nadzoru

Finansowego, *Rekomendacje...*, 2016, s. 4], jest to produkt, któryze względu na wysokość łącznej przewidywanej lub zebranej składki ubezpieczeniowej lub większą liczbę ubezpieczających, którym został lub zostanie zaoferowany przez ubezpieczyciela, ma istotne znaczenie dla:

- a) działalności zakładu ubezpieczeń,
- b) skali potencjalnych zobowiązań zakładu ubezpieczeń,
- c) wyników działalności zakładu ubezpieczeń,
- d) reputacji zakładu ubezpieczeń.

Termin ten nie ma precyzyjnie określonej wysokości składki ubezpieczeniowej lub liczby ubezpieczających, gdyż każdy ubezpieczyciel dostosowuje przytoczoną definicję do swojej działalności.

W tej samej Rekomendacji [por. Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje...*, 2016, s. 5], możemy jeszcze przeczytać definicję produktu inwestycyjnego. Jest to produkt, który zapewnia wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu umowy, w przypadku, gdy ta wartość wykupu lub w dniu zapadalności jest częściowo lub całkowicie zagrożona – pośrednio lub bezpośrednio na wahania rynków.

Kolejny dokument KNF [Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje...*, 2016, s. 4] – definiujący produkt ubezpieczeniowy dla ubezpieczycieli, a dotyczący badania adekwatności produktu. W tym dokumencie wyróżniono jedynie ubezpieczenia zawierające składnik inwestycyjny [Dz.U.2023.656 t.j., art. 23; Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; wersja obowiązująca od 5 października 2023] – traktowane są, jako – ubezpieczenie na życie, jeżeli jest związane z ubezpieczeniem na życie, w którym świadczenie ubezpieczyciela jest ustalane na podstawie określonego indeksu lub innych wartości bazowych, a także pozostałe ubezpieczenia na życie z grup 1–4, zgodnie z załącznikiem do cytowanej powyżej ustawy, mające zapewnić wartość w dniu zakończenia umowy lub wartość wykupu w sytuacji, gdy: ta wartość wykupu w dniu zapadalności jest częściowo lub całkowicie zagrożona – pośrednio lub bezpośrednio na wahania rynków.

Mając powyższe na uwadze, produkt ubezpieczeniowy, to pakiet usług oferowanych przez ubezpieczyciela, dostarczany ubezpieczającemu za określoną wysokość składki ubezpieczeniowej. Usługi te są świadczone od chwili przedstawienia oferty ubezpieczenia, poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia, pomiędzy ubezpieczającym a ubezpie-

czycielem, aż do jej zakończenia na warunkach, określonych w umowie ubezpieczenia lub zgodnie treścią art 812 K.c.

## 6.2. Cechy produktu ubezpieczeniowego

Wśród cech związanych z pojęciem produktu ubezpieczeniowego, jakimi są: **niemożność nabycia jej na własność, niematerialność, jednoczesność konsumpcji i świadczenia, nietrwałość oraz niejednorodność.**

W tabeli 6 ponadto ujęto – trudność zmniejszenia jej pracochłonności. Wymieniona cecha powoduje, że zawsze wymagana jest obecność podmiotu, który oferuje dany produkt ubezpieczeniowy, jak też obecności osoby, której dany produkt jest udzielany. Ponadto, polega ona na czynnościach związanych z zaspokajaniem potrzeb, a to powoduje, że nie można jej zastąpić komputerami i maszynami.

Tabela 6: Cechy produktu ubezpieczeniowego i jego konsekwencje ekonomiczne dla przedsiębiorstw

Cechy usług	Konsekwencje ekonomiczne dla przedsiębiorstw
niematerialność	a) brak oceny przez potencjalnego klienta danego produktu w sposób niewerbalny; b) brak możliwości przechowywania, składowania i pokazywania produktu;
jednoczesność procesu konsumpcji i świadczenia	a) dostępności czasowa – ograniczona dla ubezpieczającego; b) ubezpieczający bezpośrednio związany z wynikami procesu nabywania danego produktu; c) niemożność zachowania tajemnicy produkcji (brak ochrony patentowej);
niejednorodność	a) brak możliwości oferowania standardowych produktów (ostateczna wersja produktu jest kształtowana przez pracownika ubezpieczyciela, klienta); b) ograniczona możliwość w wyliczaniu faktycznych kosztów związanych z nabywaniem produktu;

<b>Cechy usług</b>	<b>Konsekwencje ekonomiczne dla przedsiębiorstw</b>
nietrwałość	a) brak możliwości składowania produktu, co powoduje niemożność wytwarzania zapasów; b) ograniczona wielkość konsumpcji związana z potencjałem rzeczowym i ludzkim, który jest zaangażowany w otrzymanie danego produktu;
niemożność nabywania produktu na własność	niemożność wtórnego obrotu produktem;
trudno jest zmniejszyć jej pracochłonność	nie można produktu zastąpić komputerami i maszynami;

Źródło: opracowanie w oparciu o: [por. Flejterski, Panasiuk, Perenc, Rosa (red.), 2005, s. 43; Przybytniowski, 2019, s. 102].

Większość zagadnień opisana w tabeli 6 ma odzwierciedlenie w tabeli 7.

Tabela 7: Zagadnienia związane z definiowaniem usługi

Zagadnienia związane z definiowaniem produktu ubezpieczeniowego	Opis zagadnień
materialność	niematerialność usługi (nie można ich dotknąć)
przenośność	niemożność przenoszenia usługi z miejsca na miejsce (brak eksportowania)
przechowalność	niematerialność usługi powoduje niemożność jej magazynowania
kontakt klienta	w przypadku usługi konsumpcja i produkcja są jednoczesne
jakość	dobrze materialne łatwiej jest potraktować ilościowo i zmierzyć.

Źródło: opracowanie na podstawie: [Hollins, Shinkins, 2006, p. 8; Przybytniowski, 2019, s. 99].



Z punktu widzenia **innowacyjności i działalnością innowacyjnej przedsiębiorstw**, wyróżnia się dwie cechy produktu ubezpieczeniowego, które wydają się najistotniejsze [Gallouj, 2002a; Hipp, Grupp 2005, p. 517-535; Miles 2010, p. 511-533]:

1. Niemożności oddzielenia miejsca produkcji i konsumpcji [Gallouj, Weinstein 1997, p. 537-556; Gallouj 2002b].
2. Niematerialność produktu ubezpieczeniowego [Miles, Kastrinos, Flanagan, i in., 1995, p. 63]. Cecha ta ma określone konsekwencje związane z trudnościami w:
  - a) odróżnieniu produktu od procesu usługowego [Gallouj, Weinstein 1997, p. 537-556],
  - b) mierzeniu innowacji o charakterze niematerialnym [Hipp, Grupp 2005, p. 517-535],
  - c) identyfikowaniu i mierzeniu innowacji typu „ciągła zmiana”, gdyż mamy z tym do czynienia w przedsiębiorstwach usługowych [Scarborough, Lannon 1989, p. 51-62; Tether, 2005].

Natomiast, specyfika produktu ubezpieczeniowego, istotna w **dys-trybucji osobistej**, wymaga wzmocnienia o trzy zasadnicze cechy oferty rynkowej:

1. *Search qualities* – produkt finansowy łatwy do oceny przez klienta przed zakupem, np.: znajomość produktu, rozmiary korzyści, wyróżnik konkurencyjny.
2. *Experience qualities* – produkt oceniany w trakcie zakupu np.: wygoda, czas trwania, profesjonalizm sprzedawców.
3. *Credence qualities* – produkt oparty na wiarygodności firmy sprzedającej, wymagającej ze strony klienta tzw. kredytu zaufania.

Każdy produkt ubezpieczeniowy, który jest oferowany klientom może uwzględniać kilka elementów:

1. Podmiot usługi (usługodawca, obsługujący).
2. Użytkownik lub adresat danej usługi (obsługiwany, usługobiorca).
3. Treść produktu związany jest z czynnościami pomiędzy obsługującym a obsługiwany.
4. Cel tej czynności związany jest zamierzeniami podmiotu i/lub adresata.
5. Środki, w oparciu, o które obsługujący realizuje treść danego produktu wobec usługobiorcy lub/i obsługiwanego.
6. Sposób lub styl, w jaki obsługujący/usługodawca posługuje się środkami, by móc zrealizować treść danego produktu.

7. Rodzaj percepcji pomiędzy obsługiwanym/usługobiorcą a usługodawcą/obsługującym.
8. Czas i miejsce, gdzie odbywa się obsługiwane.
9. Inne okoliczności, w jakich dana czynność się odbywa.

Może być on analizowany w różnych skalach [Wholey, Hatry, Newcomer (red.), 2004; Tirole, 1988, 2006, p. 148, Stiglitz, 1992, p. 162; 2002, p. 104-106]:

1. Mikro – mamy ubezpieczającego i ubezpieczyciela, jak też jednorazowe lub wielokrotne kontakty usługowe między nimi.
2. Mezo – pojawiają się ubezpieczający, które mają możliwość kierowania się różną logiką, posiadając różne formy. Natomiast, zasadniczo nastawione są oni na udzielanie danej usługi z udziałem indywidualnych ubezpieczycieli.
3. Makro – mówimy o całym rynku ubezpieczeniowym.

Ze względu na znajdujące się w ofertach zakładu ubezpieczeń elementy niematerialne trudne do porównania, często ubezpieczający wyszukują materialnych dowodów potwierdzenia ich jakości np.: w wyglądzie punktów obsługi, kompetencjach pracowników czy referencji odnoszących się do poszczególnych pośredników oferujących dany produkt ubezpieczeniowy [por Łańcucki, 1997, s. 5]. Tego typu potwierdzenia występują szczególnie w usługach, które mają istotne znaczenia dla klientów, np.: w usługach ubezpieczeniowych.

Wymienione cechy produktu ubezpieczeniowego w odróżnieniu od dóbr materialnych (Tabela 8), ze względu na swoją specyfikę, powodują trudności w standaryzacji i jednoczesnym określeniu ich pod względem jakościowym. Klient posiada własną skalę wartościowania produktu ubezpieczeniowego na podstawie, którego dokonuje oceny użyteczności oferowanego produktu przez przedstawicieli zakładu ubezpieczeń (agenta czy brokera ubezpieczeniowego). Poziom satysfakcji klienta w dużej mierze zależy od poziomu jakości oferowanego produktu w określonym zakładzie ubezpieczeń.

Tabela 8: Różnice między usługą finansową a dobrem materialnym

<b>Produkt ubezpieczeniowy</b>	<b>Dobro materialne</b>
Niejednorodna	Jednorodne
Wysokie ryzyko	Niskie ryzyko
Niematerialna	Materialne
Brak możliwości opatentowania	Możliwość opatentowania
Praktycznie brak możliwości kontroli jakości	Łatwość kontroli jakości
Produkcja i oferowanie usługi odbywają się jednocześnie	Rozdział strony podażowej od strony popytowej
Obwarowane większą liczbą regulacji prawnych (formalizacja procedury)	Często niesformalizowane procedury zakupu
Dominuje proces negocjowania warunków umowy	Ograniczony proces negocjacji zakupu
Dominacja w procesie świadczenia usług osób fizycznych	Dominacja technologii
Produkt finansowy łatwy do oceny przez klienta przed zakupem	Ocena następuje po zakupie
Dystrybucja produktu w obecności usługobiorcy	Dystrybucja może odbywać się bez obecności klienta (rozdzielność fazy produkcji od konsumpcji)
Produkt finansowy łatwy do oceny przez klienta przed zakupem	Ocena następuje po zakupie
Produkt oceniany w trakcie zakupu	Ocena następuje po zakupie
Produkt oparty na wiarygodności firmy sprzedającej, zgodnie z oczekiwaniami klienta	Ocena następuje po zakupie, co ogranicza wiarygodność firmy sprzedającej
Poziom jakości oferowanych usług w instytucjach finansowych zależy w dużym stopniu od podejścia osoby obsługującej, jak i poziomu posiadanej wiedzy	W procesie sprzedaży często brak jest osoby obsługującej
Wymagania klienta są trudne do zmierzenia	Wymagania klienta są łatwe do zmierzenia

Źródło: opracowanie własne.

Mając na uwadze cechy i znaczenie produktów ubezpieczeniowych [Przybytniowski, 2013, s. 31-36], należy pamiętać, że usługi niematerialne są istotne dla produkcji dóbr materialnych. Z kolei produkcja materialna ma duże znaczenie dla usług niematerialnych, np.: produkcja rozmaitych dóbr materialnych, które umożliwiają i wspomagają niematerialność produktu ubezpieczeniowego. Poza tym usługi materialne realizują liczne funkcje w aspekcie usług niematerialnych.

### **6.3. Etapy tworzenia produktu ubezpieczeniowego**

Podejście teoretyczne związane z tworzeniem produktu ubezpieczeniowego często nie ma nic wspólnego z praktyką ubezpieczeniową. Natomiast w większości przypadków można zaobserwować charakteryzujące je cechy wspólne. Najczęściej, przy tworzeniu konkretnego produktu ubezpieczeniowego, stosuje się podejście procesowe, gdzie realizowane są określone czynności, w tym:

1. Zdefiniowanie produktu ubezpieczeniowego, np. poprzez określenie: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, potencjalnego ryzyka, składki ubezpieczeniowej).
2. Analiza otoczenia zewnętrznego (czynniki: ekonomiczne, polityczne, finansowe, socjalne, demograficzne czy kulturowych – patrz: podrozdział 4.1.1.).
3. Analiza otoczenia wewnętrznego zakładu ubezpieczeń.
4. Zdefiniowanie klientów, do których dany produkt ubezpieczeniowy będzie kierowany.
5. Tworzenie planów dystrybucji produktu ubezpieczeniowego i oceny jego wpływu na działalność zakładu ubezpieczeń.
6. Monitorowanie, weryfikacja efektów ekonomicznych danego produktu ubezpieczeniowego i nanoszenie ewentualnych zmian.

Dla osiągnięcia zamierzonego celu, należy na poszczególnych etapach planowania i wdrażania produktu ubezpieczeniowego stosować znane metody badawcze, np.: analizę SWOT, badającą poprzez wewnętrzne i zewnętrzne czynniki pozycję strategiczną przedsiębiorstwa [patrz: Przybytniowski, 2016, s. 77-99], które mogą w istotny sposób przyczynić się do sukcesu danego projektu [por. Pisarewicz, 2020, s. 38-39].

Podobne podejście do tworzenia produktu ubezpieczeniowego, można przeczytać w *Society of Actuaries* [2017, p. 12]. Zawierają one elementy związane z poszczególnymi etapami tworzenia danego produktu, uwzględniając kluczowe elementy dla prawidłowego kształtowania konkretnego produktu, w tym:

1. generowanie idei i pomysłów.
2. koncepcja produktu i studium wykonalności (analiza biznesowa);
3. planowanie i projekt.
4. ustanowienie wytycznych dotyczących ubezpieczenia i oceny ryzyka.
5. wycena produktu (ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej, pod kątem np.: oczekiwane zyski oraz rentowności produktu).
6. odpowiednia reasekuracja.
7. dobór odpowiednich systemów informatycznych.
8. plany marketingowe.
9. dokumenty formalne produktu (zewnętrzne – OWU oraz wewnętrznej – formularze, polisy dla sieci dystrybucji).
10. procedura wprowadzenia produktu na rynek.
11. monitoring ekonomicznych wyników dystrybucji produktu.

W zależności, do kogo kierowany jest dany produkt ubezpieczeniowy, tego typu procesów ich tworzenia może być bardzo wiele. Będą one zależeć zarówno od: potrzeb ubezpieczyciela czy klienta zakładu ubezpieczeń.

Mając na uwadze proces tworzenia nowego produktu ubezpieczeniowego, można stwierdzić, że na decyzje o ich tworzeniu, może wpływać bardzo wiele czynników, które obejmują zarówno otoczenie wewnętrzne, jak i zewnętrzne zakładów ubezpieczeń (por. z podrozdziałem 4.1.1.; Tabela 9):

Tabela 9: Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na tworzenie nowego produktu ubezpieczeniowego

Grupa czynników		Przykłady
Zewnętrzne	Ekonomiczne	a) wysokość zarobków b) poziom bezrobocia
	Demograficzne	a) struktura wieku b) struktura płci c) poziom wiedzy, świadomości ubezpieczeniowej
	Społeczno-kulturowe	a) system wartości b) opinie o ubezpieczycielu c) doświadczenia związane z dotychczasowym przebiegiem ubezpieczenia d) poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń e) znajomość oferty produktowej poszczególnych zakładów ubezpieczeń
	Prawne	a) obowiązujący system prawny związany z rynkiem ubezpieczeń b) obowiązkowość ubezpieczeń
	Technologiczne	a) rozwój nowych technologii

Grupa czynników		Przykłady
Wewnętrzne	Kanały dystrybucji	a) dystrybucja przez bezpośrednia (pracownik zakładu ubezpieczeniowego) b) dystrybucja za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego lub multiagenta c) dystrybucja za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego d) dystrybucja za pośrednictwem Direct (telefon/Internet) e) rozwój nowych produktów f) rozwój nowych kanałów dystrybucji
	Ekonomiczne	a) wielkość kapitału b) wysokość składki ubezpieczeniowej
	Zarządcze	a) kultura organizacyjna
	Kadrowe	a) jakość kadr (kompetencje, doświadczenie, wiedza) b) stan zatrudnienia
	Technologiczne	a) systemy IT (oprogramowanie)
	Jakościowe	a) czytelności, poziom zrozumienia i atrakcyjność oferty b) procedura likwidacji szkody c) szybkość i terminowość wypłaty świadczenia lub/i odszkodowania

Źródło: opracowanie na podstawie: [por. Pisarewicz, 2020, s. 38-39].

## 6.4. Rodzaje ubezpieczeń majątkowych

Ubezpieczenia majątkowe (patrz: podrozdział 1.2.2.: klasyfikacja ubezpieczeń) obejmują bardzo szerokie i liczne grupy oraz rodzaje ubezpieczeń gospodarczych. Regulacje prawne tych ubezpieczeń mają odzwierciedlenie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Dz.U.2015 poz. 1844 wraz z załącznikiem do ustawy Dział II (Tabela 10)] oraz w przepisach kodeksu cywilnego [Dz.U.2023.0.1610 t.j. – Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. K.c.; Dział II Ubezpieczenia majątkowe, art. 821 – 828].

Tabela 10: Podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń Działu II, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

<b>Grupa</b>	<b>Rodzaje ryzyk</b>	<b>Zakres ubezpieczenia</b>
1	Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej	1) Świadczenia jednorazowe 2) Świadczenia powtarzające się 3) Połączone świadczenia (1+2) 4) Przewóz osób
2	Ubezpieczenia chorobowe	1) Świadczenie jednorazowe 2) Świadczenie powtarzające się 3) Świadczenie kombinowane
3	Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujących szkody	1) W pojazdach samochodowych 2) W pojazdach lądowych bez własnego napędu
4	Ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach szynowych	
5	Ubezpieczenia casco statków powietrznych, obejmujących szkody w statkach powietrznych	
6	Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej, obejmujące szkody	1) Statki żeglugi morskiej 2) Statki żeglugi śródlądowej
7	Ubezpieczenia przedmiotów w transporcie, obejmujące szkody na transportowanych przedmiotach, niezależnie od każdorazowo stosowanych środków transportu	



<b>Grupa</b>	<b>Rodzaje ryzyk</b>	<b>Zakres ubezpieczenia</b>
8	Ubezpieczenie szkód spowodowanych żywiołami, obejmujące szkody rzeczowe nieujęte w grupach 3-7, spowodowane przez	1) Ogień 2) Eksplozja, 3) Burza 4) Inne żywioły 5) Energia jądrowa 6) Obsunięcie ziemi lub tąpnięcia
9	Ubezpieczenia pozostałych szkód rzeczowych (jeżeli nie zostały ujęte w grupie 3,4,5,6 lub 7), wywołanych przez grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8	
10	Ubezpieczenia OC wszelkiego rodzaju, wynikające z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika	
11	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikające z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika	
12	Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika	

<b>Grupa</b>	<b>Rodzaje ryzyk</b>	<b>Zakres ubezpieczenia</b>
13	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10-12	
14	Ubezpieczenia kredytu, w tym:	1) Ogólna niewypłacalność 2) Kredytu eksportowego, spłat rat, kredytu hipotecznego, kredytu rolniczego
15	Gwarancja Ubezpieczeniowa	1) Bezpośrednie 2) Pośrednie
16	Ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych, w tym	1) Ryzyka utraty zatrudnienia 2) Niewystarczającego dochodu 3) Złych warunków atmosferycznych 4) Utraty zysków 5) Stałych wydatków ogólnych 6) Nieprzewidzianych wydatków handlowych 7) Utraty wartości rynkowej 8) Utraty stałego źródła dochodu 9) Pośrednich strat handlowych poza wyżej wymienionymi 10) Innych ryzyk finansowych
17	Ubezpieczenia ochrony prawnej	
18	Ubezpieczenie świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania	

Źródło: [Załącznik do ustawy z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 656)].

### 6.4.1. Ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe

Ubezpieczenia pojazdów lądowych, dzielą się na trzy grupy ubezpieczeń:

- a) odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – (posiadanie i użytkowanie pojazdów lądowych z napędem własnym, wraz z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika;
- b) ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, które obejmują szkody w pojazdach szynowych;
- c) casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujących szkody: w pojazdach samochodowych oraz w pojazdach lądowych bez własnego napędu (tzw. AC).

Poza powyżej wymienionymi produktami, właścicielom lub użytkownikom pojazdów samochodowych, ubezpieczyciele oferują dodatkowe ubezpieczenia, należące do grupy ubezpieczeń komunikacyjnych i transportowych np.: ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów (NNW kierowcy), ubezpieczenie „Zielona Karta”, ubezpieczenie graniczne, ubezpieczenie assistance, ubezpieczenie utraty zniżek, ubezpieczenie stałej sumy ubezpieczenia, ubezpieczenie bagażu, czy ubezpieczenie dodatkowego wyposażenia.

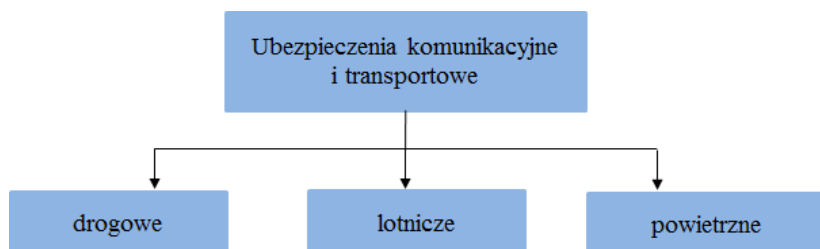
Podobnie ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe klasyfikuje K. Ortyński [2011, s. 251]. Według niego, Ubezpieczenia te można podzielić na trzy grupy:

- a) obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (tzw. OC – kierowcy);
- b) ubezpieczenie pojazdów od uszkodzeń (tzw. autocasco);
- c) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów (tzw. NNW – kierowcy).

Natomiast, jako ubezpieczenia uzupełniające autor wskazuje m.in.: ubezpieczeniododatkowego wyposażenia pojazdu oraz assistance. Natomiast, A. Jędrzychowska i E. Poprawska [2016, s. 362] dzielą te Ubezpieczenia na dwie grupy:

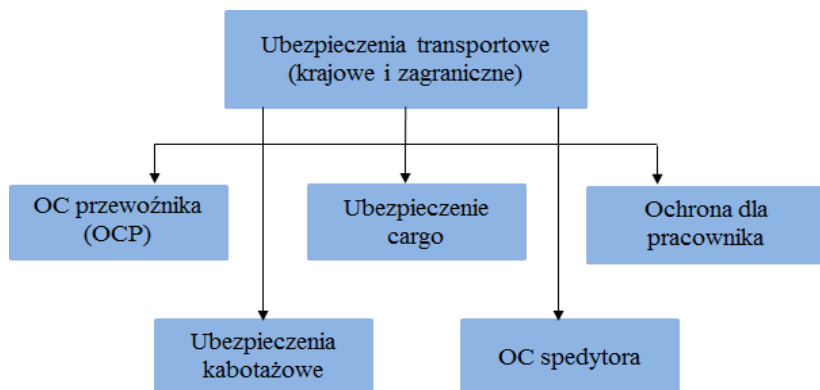
- a) obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (grupa 10),
- b) dobrowolne ubezpieczenia związane z ruchem drogowym (ubezpieczenia z grupy 1, 3 i 18).

**Ważne:** ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe są przede wszystkim związane z ruchem lądowym pojazdów mechanicznych. Ubezpieczenia te oprócz drogowych obejmują także: **transport statkami powietrznymi i morskimi (tzw. lotnicze i morskie)**. Dedykowane są one przede wszystkim do przedsiębiorstw (np. ubezpieczenia OC przewoźnika krajowego czy zagranicznego) (Rysunek 65 i 66).



Rysunek 65: Klasyfikacja ubezpieczeń komunikacyjnych i transportowych

Źródło: opracowanie na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.



Rysunek 66: Klasyfikacja ubezpieczeń transportowych

Źródło: opracowanie na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.

Ubezpieczenia te, zostały opisane w:

1. Ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych [Dz.U.2018.0.473 – stan prawny aktualny na dzień: 17.04.2018 r.] (ubezpieczenia obowiązkowe).
2. Kodeksie cywilnym [Art. 805-834, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93] (ubezpieczenia dobrowolne).
3. Kodeksie morskim, [Art. 182 i Tytuł VIII – Ubezpieczenia morskie – Art. 292-338, wersja z 10 lipca 2023 r. (Dz.U.2023.1309)] (ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne).

Na dzień dzisiejszy, brak jest ustawowej definicji [Wojno, 2009, s. 126]. Ubezpieczenia te, związane są z ruchem lądowym, które odbywają się przy użyciu pojazdów mechanicznych. Ubezpieczenia te obejmują ochronę zdarzeń losowych (ryzyk) klientów, narażonych na szkody rzeczowe i osobowe, także w zakresie odpowiedzialności cywilnej (OC).

Skonstruowania 1769 r. przez francuskiego inżyniera N.J. Cug nota pierwszego pojazdu wolnobieżnego o napędzie parowym [Wichtowski, 2006, s. 117], pełniącego funkcję ciągnika artyleryjskiego dla wojsk francuskich (poruszał się z prędkością około 4 km/h) spowodował rozwój rynku motoryzacyjnego w Europie. Twórca pierwszego pojazdu nie przewidział, że w 1771r. jego pojazd doprowadzi do pierwszej słuczki samochodowej, poprzez uderzenie w ceglany mur [Witchowski, 2006, s. 117].

Doskonalenie silnika parowego oraz zamiana ruchu posuwistego na obrotowy, spowodował, że w 1801 r. w Wielkiej Brytanii, doprowadziło do poprawy rozwiązań technicznych w transporcie masowym. W efekcie – już w 1885 r. C. Benz [Volti, 2006, p. 1-22] skonstruował pierwszy samochód trójkołowy. Samochód ten posiadał jednocylindrowy czterosurowy silnik benzynowy o nazwie Benz Patent-Motorwang Nr. 1, którego w 1886 r. opatentowano. Kolejnym krokiem w rozwoju motoryzacji, była, konstrukcja samochodu *tricykl* o napędzie elektrycznym. Ten typ samochodu, skonstruował, francuski inżynier G. Trouwe w 1881 r., Efektem tych prac, było zaprezentowanie (prawdopodobnie) w 1888 roku, przez A. Flockena pierwszego cztero kołowego samochodu elektrycznego – osobowego [Dell, Moseley, Rand, 2014, p. 4-5].

Szybki rozwój motoryzacji, liczba szkód spowodowanych pojazdami mechanicznymi, stała się przyczynkiem do wprowadzenia prawnego

obowiązku posiadania ubezpieczenia OC [por. Kaczanowski, 2003, s. 128-129].

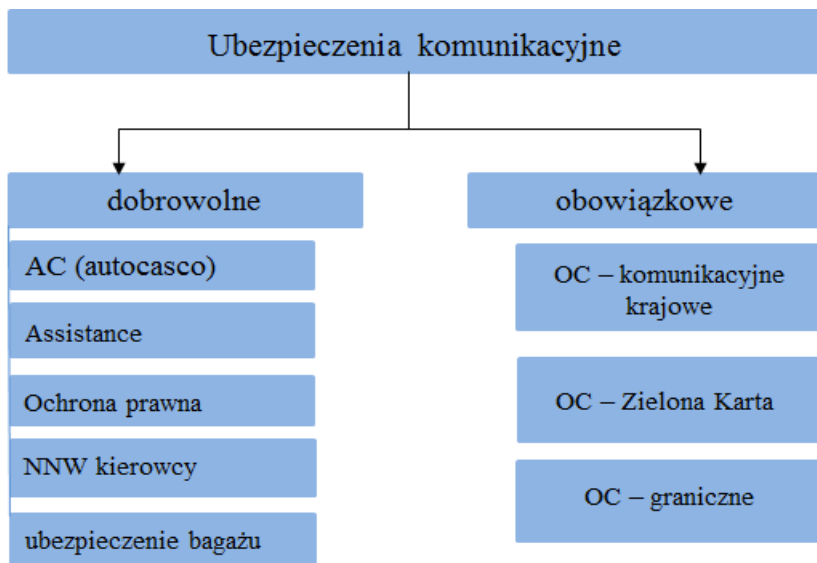
Pierwszym państwem, które podjęło się wprowadzenia pierwszych norm prawnych związanych z obowiązkowym ubezpieczeniem pojazdów była Anglia. Angielski parlament w roku 1865 przyjął dokumentu „Red Flag Act” (Akt czerwonej flagi) [<https://truckfocus.pl>, aktualizacja: 15.01.2024 r.]. Dokument ten stał się pierwszym przepisem związanym z ruchem drogowym, czyli pierwszym kompleksowym zabezpieczeniem interesów ofiar wypadków pojazdów mechanicznych. Zgodnie z nazwą – ostrzegał on użytkowników dróg o zbliżającym się pojeździe, używając do tego czerwoną flagę i dmący róg, który niósł człowiek przed pojazdem (odległość około 60 jardów). Jednocześnie, największa dopuszczalna szybkość „lokomotyw drogowych” ograniczona została poza obrębem osiedli do 4 mil na godzinę.

Zniesienie tego obowiązku, nastąpiło w 1896 r., co stało się przyczynkiem do szybszego rozwoju motoryzacji, jak też ubezpieczeń komunikacyjnych w Anglii [Gniadek, Lisowski, 1996, s. 156].

Pierwsze umowy ubezpieczenia, związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi [Gniadek, Lisowski, 1996, s. 156], zawarto w Anglii, w 1898 r, natomiast w 1901 r. skonstruowano pierwsze umowy ubezpieczeń blokowych, które obejmowały jedną polisą różne ryzyka, w tym: obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej komunikacyjnej (OC), autocasco (AC), ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców (NNW).

Pierwsze umowy ubezpieczeń komunikacyjnych: OC i AC w USA, pojawiły się w latach, kolejno: w roku 1898 i 1902 [Gniadek, Lisowski, 1996, s. 157-158].

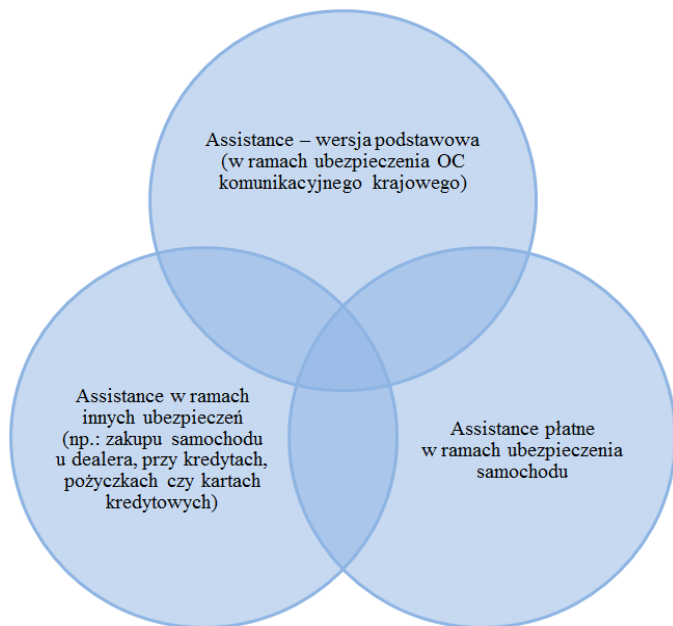
W pierwszym europejskim państwie, w którym unormowano prawny obowiązek ubezpieczenia OC była Szwajcaria. Było to w roku 1914. Kolejnym krajem była Wielka Brytania (1930 r.). W dalszej kolejności: Niemcy – 1937, Francja – 1958 r. W Polsce prawny obowiązek nabywania obowiązkowego ubezpieczenia OC, został unormowany w 1962 r. [Orlicki, Pokrzywniak, Raczyński 2007, s. 14-19] (Rysunek 67).



Rysunek 67: Klasyfikacja ubezpieczeń komunikacyjnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie przepisów K.c. oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. [Dz.U. 2015, poz. 1844] i OUW zakładów ubezpieczeń.

Poza obowiązkowym ubezpieczeniem komunikacyjnym OC, AC i Zielonej Karty, ważnym ubezpieczeniem jest Assistance komunikacyjne, ze względu na jego zakres ochrony. Ubezpieczenie to, zapewnia pomoc techniczną w przypadku uszkodzenia czy awarii pojazdu (np.: holowanie, wymiana koła) oraz ewentualny transport pasażerów i kierowcy do miejsca zamieszkania lub najbliższego hotelu. W ramach tego ubezpieczenia możemy także liczyć na wsparcie informacyjne (np.: gdzie znajduje się najbliższa stacja paliw, hotel); (Rysunek 68).



Rysunek 68: Rodzaje Assistance komunikacyjnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie OUW zakładów ubezpieczeń.

### **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC – kierowcy):**

Kluczowym produktem należącym do grupy ubezpieczeń pojazdów lądowych jest obowiązkowe ubezpieczenie komunikacyjne – „OC kierowcy”, mający największy udział w rynku ubezpieczeń Działu II – 51,3% wartości składek ogółem (mierzony wielkością składki przypisanej brutto) [<https://stat.gov.pl...>: aktualizacja: 14.02.2024 r.] (Tabela 11). Ubezpieczenie te jest regulowane Ustawą z dnia 22 maja 2003r o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (zwana ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych)<sup>19</sup> [Dz.U. 2003 Nr

<sup>19</sup> Niestety, sama ustawa „rozwarstwia” ubezpieczenie obowiązkowe na: 1) ubezpieczenia uregulowane ustawą oraz 2) ubezpieczenia wynikające z innych ustaw



124 poz. 1152, z póź zm.]. Wprowadza ona jednolite pod względem prawnym pojęcie ubezpieczenia obowiązkowego. Zgodnie z tą ustawą [art. 3.1.] – ubezpieczeniem obowiązkowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu lub ubezpieczenie mienia, jeżeli ustawa lub ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polską umowa międzynarodowa nakłada obowiązek zawarcia umowy Ubezpieczenia.

Tabela 11: Wyciąg sprawozdania wyników finansowych zakładów ubezpieczeń Działu II za rok 2022

Wyszczególnienie	Składki przypisane brutto		
	2021	2022	2021 = 100
	w mln		
Ogółem	47 094,9	50 815,5	107,9
w tym:			
w tym obowiązkowe OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	14 628,8	14 711,0	100,6

Źródło: [<https://stat.gov.pl...>: aktualizacja: 14.02.2024 r.].

Mając na uwadze **istotę oraz zakres** tego ubezpieczenia, to obejmuje ono odpowiedzialność cywilną posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe na terytorium Polski, UE, Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Szwajcarii w związku z ruchem pojazdów (również przy wsiadaniu i wysiadaniu z pojazdu, bezpośrednio przy załadunku, wyładunku pojazdu, podczas zatrzymania, postoju lub garażowania).

---

lub konwencji, dla których Minister Finansów nadal będzie w drodze rozporządzenia określał ich zakres, czas trwania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalne sumy gwarancyjne. Trzecią grupę ubezpieczeń obowiązkowych, co do których ustawa lub konwencja wprowadza jedynie obowiązek ich zawarcia, lecz nie przewidziano upoważnienia Ministra Finansów do uszczegółowienia ich zakresu w stosownym rozporządzeniu, są np. *NW sportowców* (Ustawa z dnia 18 stycznia 1996r o kulturze fizycznej), obowiązkowe ubezpieczenie przewoźnika morskiego za szkody na osobie lub mieniu pasażera (Ustawa z dnia 18 września 2001r).

Z ubezpieczenia tego wypłaca się odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierowca pojazdu są zobowiązani – na podstawie prawa – **do odszkodowania za wyrządzoną szkodę**. Odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierowcy, najwyżej jednak do ustalonej w umowie sumy gwarancyjnej, która nie może być niższa niż równowartość w złotych **1 500 000 Euro** (szkody osobowe); (kwota odnosi się do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są ubezpieczeniem, bez względu na liczbę poszkodowanych osób), **300 000 Euro** (szkody majątkowe) w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

Biorąc pod uwagę **spełnianie obowiązku ubezpieczenia** – posiadacz pojazdu jest zobowiązany zawrzeć umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem posiadanego przez niego pojazdu.

Umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych na czas krótszy niż 12 miesięcy, zwaną dalej „umową ubezpieczenia krótkoterminowego”, można zawrzeć, jeżeli pojazd mechaniczny jest:

1. Zarejestrowany na stałe, w przypadkach określonych w ust. 2.
2. Zarejestrowany czasowo.
3. Zarejestrowany za granicą.
4. Pojazdem wolnobieżnym określonym w art. 2 pkt. 10 lit. b.
5. Pojazdem historycznym.

Natomiast, 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. Ponadto, umowę tę, w odniesieniu do pojazdów wolnobieżnych określonych w **art. 2 pkt 10 lit. b.**, można zawrzeć na czas nie krótszy niż 3 miesiące, w odniesieniu do pojazdów historycznych, można zawrzeć na czas nie krótszy niż 30 dni.

Zgodnie z **art. 29.1 ustawy**, posiadacz pojazdu jest zobowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych:

- 1) najpóźniej w dniu rejestracji pojazdu mechanicznego, z wyjątkiem pojazdów historycznych;

- 2) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów, o których mowa w **art. 2 pkt.10 lit. b**, (tj. 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), 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, o których mowa w **art. 2 pkt. 10 lit. a** (tj. pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – prawo o ruchu drogowym), które nie zostały zarejestrowane;
- 5) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów, o których mowa w **art. 2 pkt 10 lit. b**, (tj. 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), oraz pojazdów historycznych, które nie zostały dopuszczone do ruchu;
- 6) przed wprowadzeniem do ruchu pojazdów zarejestrowanych za granicą, niedopuszczonych do ruchu na terytorium RP;
- 7) najpóźniej w dniu ustania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku określonym w **art. 28 ust. 3** (tj. w przypadkach, o których mowa w ust. 2, (tj. zawarcie umowy nie następuje, pomimo braku powiadomienia, o którym mowa w ust. 1 (tj., 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 następująca umowa na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt. 2), jeżeli:
  - a) 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

- b) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, ogłoszenia lub zarządzenia likwidacji zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego, w przypadku, o którym mowa w **art. 98 ust. 2)**, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z upływem okresu 12 miesięcy, z uwzględnieniem **art. 33**;
- 8) najpóźniej w dniu rozwiązania się dotychczasowej umowy w przypadkach określonych w **art. 31 ust. 1 i 4**.

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.

Natomiast, w razie **niewypowiedzenia przez nabywcę pojazdu umowy ubezpieczenia OC** posiadaczy pojazdów mechanicznych w terminie określonym w ust. 1, zakład ubezpieczeń dokonuje ponownej kalkulacji należnej składki z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, poczynając od dnia zbycia pojazdu, z uwzględnieniem zniżek przysługujących nabywcy oraz zwyczaj go obciążających, w ramach obowiązującej taryfy składek.

Biorąc pod uwagę **nabycie pojazdu mechanicznego** zarejestrowanego, którego zbywca wbrew obowiązkowi nie zawarł umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, nabywca jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w dniu nabycia pojazdu mechanicznego. Należy pamiętać, że **zbywca pojazdu mechanicznego** jest zobowiązany do przekazania nabywcy dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz do powiadomienia zakładu ubezpieczeń, w terminie 30 dni od dnia zbycia pojazdu mechanicznego, o fakcie zbycia tego pojazdu i o danych osobowych nabywcy. Skutki wyrządzenia szkody po dniu zbycia pojazdu mechanicznego nie obciążają zbywcy tego pojazdu.

**Ważne:** Skutki wyrządzenia szkody po dniu zbycia pojazdu mechanicznego nie obciążają zbywcy tego pojazdu. Natomiast, Zbywca pojazdu mechanicznego ponosi wraz z nabywcą odpowiedzialność solidarną wobec zakładu ubezpieczeń za zapłatę składki ubezpieczeniowej należnej zakładowi ubezpieczeń za okres do dnia powiadomienia zakładu ubezpieczeń.

W ubezpieczeniu OC kierowcy, ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:

1. Związane z uszkodzeniem, zniszczeniem lub utracie mienia, które zostały wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego.
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. Związane z utratą gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych.
4. Związane na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowisku.

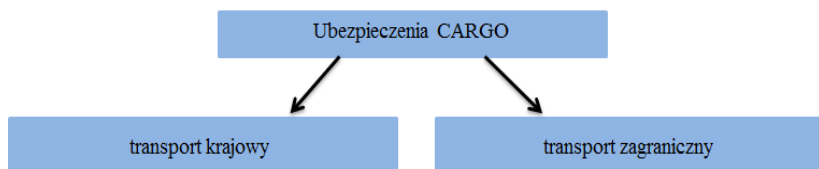
Ważnym elementem, w ubezpieczeniu OC kierowcy, jest zasada dochodzenia roszczeń od kierującego pojazdem mechanicznym, które zostało wypłacone z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania, jeżeli kierujący:

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.

## Ubezpieczenia CARGO

Ubezpieczenie cargo, inaczej zwane **ubezpieczeniem mienia** w transporcie krajowym i międzynarodowym (Rysunek 69), polega na ochronie przewożonego towaru. Wybór odpowiedniego wariantu ubezpieczenia, gwarantuje bezpieczny dostarczenie towaru, przy zastosowaniu różnego rodzaju transportu, nie tylko drogowego, morskiego, lotniczego, ale także kolejowego i śródlądowego.

Dzięki właściwemu wyborze odpowiedniego wariantu ubezpieczenia, przedsiębiorstwo, zajmujące się przewozem towarami, zabezpieczy się przed: zniszczeniem, utratą lub ubytkiem przewożonego mienia. Ponadto, umowa ubezpieczenia obejmuje również: ochronę przed aktami wandalizmu oraz wypadkami środka transportu.

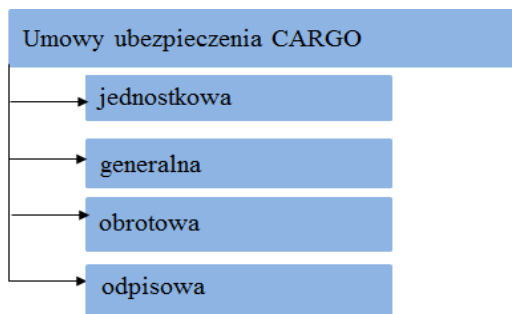


Rysunek 69: systematyka ubezpieczeń CARGO

Źródło: opracowanie w oparciu o Istniejący stan prawny.

**Ważne:** tego typu umowy Cargo, w przeciwieństwie do ubezpieczenia OC dla przewoźnika, zabezpiecza przede wszystkim osoby, które są zainteresowane towarem, w zakresie pojawienia się ewentualnej straty materialnej.

Specyfika **ubezpieczeń transportowych** spowodowała, w odróżnieniu od "typowych ubezpieczeń majątkowych", gdzie występują umowy ubezpieczenia o standardowej strukturze (dotyczą ściśle określonego przedmiotu bądź grupy przedmiotów jednego gatunku), pojawienie się innego **rodzaju umów (polis)**; (Rysunek 70):



Rysunek 70: Rodzaje polis CARGO

Źródło: opracowanie własne na podstawie OWU zakładów ubezpieczeń.

**Polisa jednostkowa** – umowa ta nie różni się od typowych umów ubezpieczenia stosowanych, w innych – tradycyjnych rodzajach ubezpieczeń. Stosuje się ją do **ubezpieczenia konkretnej przesłanki**, na dokładnie opisanej trasę.

**Polisa generalna** – pojawienie się tej umowy ubezpieczenia, było wynikiem potrzeby zawarcia jednej polisy, która ubezpieczała określoną liczbę transportów. Umowa ta, nie odnosi się do jednego konkretnego transportu, lecz na określony czas. Należy przy tym pamiętać, że – poszczególne przesyłki objęte są ochroną tylko w czasie ich transportu. Polisa ta, musi określić ściśle:

- a) rodzaj przesyłki,
- b) zakres objętych ryzyk.

Niezależnie od tego **podmiot ubezpieczający** jest zobowiązany prowadzić “dziennik ubezpieczeń” (oparty na specjalnym wzorze), który powinien zawierać wszystkie **przesyłki objęte ubezpieczeniem**.

W przypadku, gdy ubezpieczający ubezpiecza ładunki, stosując umowę generalną, przedmiot ubezpieczenia **nie jest oznaczony indywidualnie** – a rodzajowo. Wiąże się to z tym, że nie ma możliwości podania **konkretnej sumy ubezpieczenia**, ani **wysokości składki**. Efektem tego jest – rozliczanie okresowo – z dołu w oparciu o dane za poprzedni okres ubezpieczenia.

Przy stosowaniu tego typu umów, ubezpieczyciel, zastrzega sobie prawo wglądu do dokumentów związanych z ubezpieczeniem, w tym

do dziennika ubezpieczeń. Jest to związane z kontrolą, czy ustalone w umowie ubezpieczenia zasady są ściśle przestrzegane.

**Polisa obrotowa** – to odmiana polisy generalnej. Umowa ta obejmuje **nie tylko ściśle określony rodzaj przewożonych przesyłek**, lecz **wszystkie wysyłane** i otrzymywane przesyłki, w sytuacji, gdy **ubezpieczający**, przejmuje na siebie pełne ryzyko transportowe. W tego typu umowie, w odróżnieniu od polisy generalnej – poszczególne przesyłki nie muszą być ewidencjonowane w dzienniku ubezpieczeń. Ubezpieczony podaje **ubezpieczycielowi, co** pewien czas (zwykle, co kwartał) – sumy obrotu za okres ubiegły, wraz ze składką od tej sumy, która jest obliczana przez **ubezpieczającego** na podstawie jednolitej stopy składek ustalonej dla danej branży (w Polsce przyjęty został system obliczania i opłacania składki raz na kwartał z dołu). Opłata składki (przynajmniej pierwszej raty), powoduje skuteczność umowy, natomiast terminowe ich opłacanie – jest podstawą utrzymania odpowiedzialności materialnej ubezpieczyciela.

**Polisa odpisowa** – jest odmianą polisy generalnej. Na jej podstawie, **podmiot ubezpieczający** deklaruje z góry:

- a) globalną wartość wysyłanych lub otrzymywanych przesyłek,
- b) opłaca z góry ustaloną składkę ubezpieczeniową.

W następstwie tego – odpisuje dokonane przewozy, aż do wyczerpania zadeklarowanej wartości. Tego typu umowy Ubezpieczenia, mogą mieć tylko zastosowanie do towarów jednorodnych, które podlegają tej samej taryfikacji. Do podstawowych cech polisy odpisowej, zaliczamy:

- a) z góry deklarowaną wartość przewożonego towaru,
- b) z góry opłacana składka ubezpieczeniowa,
- c) odnosi się tylko do przesyłek jednorodnych,

## Umowa kabotażu

**Kabotaż** (z *ang.*: *cabotage*) wywodzi się od nazwiska włoskiego żeglarza **Giovanniego Cabota**. Polega on na transporcie towarów na terenie tego wybranego państwa członkowskiego (UE lub EFTA) transportem przewoźnika, który posiada siedzibę na terenie innego kraju [Białkowski, 2020, s. 39-42]. Podstawowym zadaniem kabotażu jest zoptymalizowanie kosztów przejazdu, przy jednoczesnym zminimalizowaniu tzw. pustych przebiegów.



Zasady kabotażu w UE reguluje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 1072/2009 z 2009 r. [Ambrożuk, Dąbrowski, Wesołowski, 2019, s. 144].

Przepisy odnoszące się do kabotażu, wskazują, że dostawy powinny odbywać się tym **samym transportem**, którym przewoźnik przekroczył granicę. Ostatnia dostawa towaru w ramach kabotażu musi się zakończyć maksymalnie do 7. dnia od zakończenia rozładunku w przyjmującym państwie członkowskim.

Przewóz towaru w ramach kabotażu może być realizowany w dwóch wariantach [Walczak, 2006, s. 31]:

1. **Kabotaż w kraju rozładunku** – przewoźnik wykonuje przewóz kabotażowy tylko w granicach państwa przyjmującego, wtedy ma on prawo przeprowadzić 3 dostawy towaru w ciągu 7 dni od pierwszego rozładunku.
  - a) **Kabotaż w innym państwie członkowskim niż kraj rozładunku** – przedsiębiorstwo transportowe ma prawo zrealizować jeden przewóz kabotażowy w innym kraju członkowskim UE lub EFTA, niż państwo przyjmujące przekazany w ramach przewozu międzynarodowego towar. Dostawa towaru powinna odbyć się maksymalnie w ciągu 3 dni od przekroczenia granicy w tym drugim państwie. Pojazd ma prawo wjechać do tego państwa, jedynie „na pusto”, czyli bez ładunku. Całkowity czas kabotażu nie ulega zmianie w sytuacji, gdy przewoźnik skorzysta z tego wariantu, wtedy przewóz kabotażowy, powinien być maksymalnie zakończony do 7 dni od dnia rozładunku w kraju przyjmującym.

Poszczególne państwa członkowskie UE lub EFTA, mogą doprecyzowywać prawo unijne za pomocą swoich przepisów, regulujących świadczenie usług transportowych. Mogą to być przepisy: ustawowe, wykonawcze oraz administracyjne, dotyczące zwłaszcza takich kwestii jak:

- a) zasady umowy przewozu towaru,
- b) zasady naliczania podatku VAT od usług przewozowych,
- c) wymiary i ciężar pojazdów dokonujących kabotaż,
- d) maksymalny czas kierowania pojazdem przez kierowcę,
- e) regulacje związane z transportem niebezpiecznych towarów, produktów żywnościowych oraz zwierząt,
- f) zasady planowania czasu odpoczynku kierującego pojazdem.

Regulacje krajowe powinny być zbieżne w przypadku przewoźników krajowych oraz świadczących przewozy międzynarodowe. Zasada ta została wprowadzona przez UE. Ma ona za zadanie przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na narodowość.

**Przewozy kabotażowe** mogą być realizowane przez każde przedsiębiorstwo transportowe, który posiada zarejestrowaną działalność gospodarczą na terenie jednego z krajów członkowskich UE lub EFTA. Musi posiadać licencję transportową na realizowanie przewozu międzynarodowego oraz ważne świadectwo kierowcy.

W Polsce licencja transportowa nie jest obligatoryjna, gdy wykonywanie przewozu kabotażowego odbywa się za pośrednictwem zagranicznego przewoźnika, z tym, że – pojazd samochodowy nie może przekraczać – 3,5 tony.

Do wykonania transportu kabotażowego, wymagane są następujące dokumenty:

- a) międzynarodowy list przewozowy CMR,
- b) listy przewozowe dla każdej zrealizowanej usługi transportowej w ramach kabotażu,
- c) faktury za zrealizowane przewozy kabotażowe.

### **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dla spedytora (OC spedytora):**

**Spedytor** (z ang.: *forwarder*) – jest to osoba fizyczna lub prawna, która prowadzi działalność gospodarczą – polegająca na organizowaniu i wykonywaniu na zlecenie i rachunek zleceniodawcy, i w jego imieniu lub imieniu własnym, czynności związanych z przemieszczaniem towarów oraz czynnościami z tym związanymi (np.: przeładunek, przewóz, składowanie, pakowanie, ubezpieczenie, dystrybucja) [por. Kacperczyk, 2009, s. 16].

Do głównych założeń tego ubezpieczenia należy zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej przed **nieprawidłowym wykonaniem postanowień, które są** zawarte w umowie wykonania spedycji. Obejmuje:

- a) ubezpieczenie przed wyrządzeniem szkód w sposób umyślny,
- b) rekompensatę za szkody o charakterze finansowym, spowodowane nieterminowym podstawieniem transportu do załadunku,
- c) ubezpieczenie od utraty mienia.

Dodatkowo ubezpieczenie OC spedytora może zawierać:

- a) ochronę związaną z usunięciem pozostałości po szkodzie,
- b) pomocy prawnej w razie zaistnienia takiej konieczności.

**Przedmiotowy zakres ubezpieczenia OC spedytora** odnosi się do:

- a) odpowiedzialności cywilnej kontraktowej (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania wynikającego z czynności prawnych, czyli umowy, do których można zaliczyć – niewykonanie lub nienależyte wykonanie umów spedycyjnych,
- b) odpowiedzialności cywilnej deliktowej. Opiera się ona na wyrządzeniu szkody przez spedytora, który dopuścił się umyślnie lub nieumyślnie czynu niedozwolonego. Można tu zaliczyć: uszkodzenie cudzego mienia, naruszenie cudzego życia lub zdrowia, naruszenie obowiązku zawarcia umowy.

Należy pamiętać, że przepisy **prawa cywilnego** stanowią podstawę regulujących działalność spedycji i transportu. Natomiast, **prawo administracyjne** odnosi się do problematyki zagadnień administracyjnych – bezpośrednio odnoszących się do zagadnień związanych z organizacją, jak też uprawnieniem placówek administracyjnych, w tym również transportowych. Towarzyszą temu przepisy regulujące:

- a) organizację transportu
- b) kwestie związane z uprawnieniami do prowadzenia działalności transportowej
- c) zasady podziału zadań między różne gałęzie transport (prawo transportowe).

Poza wymienionymi regulacjami prawnymi, dotyczącymi transportu i spedycji, istnieją tzw. przepisy uzupełniające, do których należą:

- a) COTIF – (z ang.: *convention relative aux transports internationaux ferroviaires*) – konwencja o międzynarodowym przewozie kolejowym z 1980 r.,
- b) CIM – (z ang.: *convention internationale concernant le transport des marchandises par chemins de fer*). Przepisy ujednolicone o umowie międzynarodowego przewozu towarów kolejami (załącznik A do COTIF z 1980 r.) – konwencja międzynarodowa o przewozie towarów kolejami,
- c) CIV – (*convention internationale concernant le transport des voyageurs et des bagages*) konwencja międzynarodowa o przewozie osób i bagażu kolejami,

- d) DKD – ustawa o przewozie przesyłek i osób kolejami, (będąca częścią prawa przewozowego),
- e) REGULAMIN PSK – Regulamin przewozu przesyłek przez Przedsiębiorstwo Spedycji Krajowej (Ministerstwo Transportu 1984),
- f) SMGS – umowa o międzynarodowej kolejowej komunikacji towarowej (Ministerstwo Transportu 1984),
- g) SMPS – umowa o międzynarodowej kolejowej komunikacji osobowej (Ministerstwo Transportu 1984),

oraz ustawy z dnia:

- a) 15 listopada 1984r – Prawo przewozowe [Dz.U.2020.8, wersja z 28 września 2023 r.].
- b) 27 listopada 1961 r – o transporcie drogowym i spedycji krajowej [Dz.U.1961.53.297, wersja z 12 grudnia 1997 r.].

#### **Ochrona dla pracowników:**

Ubezpieczenie dla osób, które są zatrudnione w transporcie drogowym w podstawowym zakresie gwarantuje **wypłatę świadczenia**, które jest bezpośrednio związane z następstwami nieszczęśliwego wypadku (NNW). Ubezpieczenie OC przewoźnika obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku:

- a) śmierci pracownika,
- b) uciążliwej choroby.

Ubezpieczenie to, może także obejmować – zapisy dające gwarancję wypłaty świadczenia w razie wystąpienia u pracownika okresowej lub całkowitej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych, jak też zagwarantowanie ochrony przed utratą i kradzieżą towaru.

Ubezpieczenie casco pojazdów lądowych – autocasco (AC):

Drugim istotnym produktem ubezpieczeniowym, w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych i transportowych jest dobrowolne **ubezpieczenie casco pojazdów lądowych (AC)**. To ubezpieczenie, które zaraz po ubezpieczeniu OC kierowcy jest najczęściej nabywaną umową. Potwierdzeniem tego są wyniki zawarte w tabeli 12. Udział tej grupy ubezpieczeń w składce przypisanej brutto ogółem wyniósł w roku 2022 – 21,7% i wzrósł o 0,9 p% względem 2021 r. Mając na uwadze poprzednie lata, można powiedzieć, iż udział w rynku tej grupy ubezpieczeń, jest stabilny. Ustabilizował się w przedziale 19,9% – 20,6%

Tabela 12: wyciąg sprawozdania wyników finansowych zakładów ubezpieczeń Działu II za rok 2022

Wyszczególnienie	Składki przypisane brutto		
	2021	2022	2021 = 100
	w mln		
Ogółem	47 094,9	50 815,5	107,9
w tym:			
Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych (z wyjątkiem pojazdów szynowych)	11 005,1	9 697,6	88,1
Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynikającej z posiadania pojazdów lądowych	14 927,0	15 046,3	100,8
w tym: obowiązkowe OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	14 628,8	14 711,0	100,6

Źródło: [<https://stat.gov.pl...>; aktualizacja: 14.02.2024 r.].

Warunki i zasady funkcjonowania ubezpieczenia AC, są indywidualnie regulowane przez ubezpieczycieli, poprzez OWU. Oznacza to, że zakres odpowiedzialności ubezpieczonego oraz składka ubezpieczenia może się w sposób znaczny różnić.

By móc sobie odpowiedzieć na pytanie, które warunki ubezpieczenia są korzystniejsze dla ubezpieczającego, należałoby porównać kilka różnych ofert proponowanych przez zakłady ubezpieczeń, np.: definicje, zakres odpowiedzialności i wyłączenia, bonus/malus), nie kierując się tylko wysokością składki ubezpieczeniowej.

Dobrowolne ubezpieczenie AC zapewnia **kompensację strat**, jakie powstały w pojeździe, wskutek: uszkodzenia, zniszczenia czy kradzieży pojazdu, będące następstwem określonych zdarzeń losowych. Zdarzenia te mogą być wynikiem:

- a) działania sił przyrody (m.in. huraganu, gradu, powodzi, uderzenia pioruna, lawiny),
- b) nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz pojazdu,
- c) pożaru,

- d) wybuchu,
- e) wypadków komunikacyjnych,
- f) działań samego ubezpieczającego lub osób trzecich.

W ramach tego ubezpieczenia można także zapewnić ochronę dodatkowemu wyposażeniu pojazdu.

Należy pamiętać, że standardowe ubezpieczenie AC nie obejmuje ubezpieczenia szyb, co oznacza, że chcąc zapewnić sobie ochronę szyb, należy zapłacić dodatkową składkę ubezpieczeniową.

Do najczęstszych **włączeń w ubezpieczeniu AC** można zaliczyć szkody:

- a) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa;
- b) spowodowane działaniami wojennymi, związanymi ze stanem wojennym lub wyjątkowym, jak również użyciem pojazdu w akcjach protestacyjnych, strajkach i blokadach dróg;
- c) będące następstwem użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem;
- d) powstałe podczas kierowania pojazdem przez osobę ubezpieczoną lub upoważnioną, będącą w stanie nietrzeźwości, po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, a także bez uprawnień do kierowania pojazdem.

Ubezpieczenie AC może być oferowane przez zakłady ubezpieczeń **w różnych wariantach**. Zależec to może od:

- a) zakresu ochrony – wariant podstawowy lub rozszerzony, przy czym rozszerzenia mogą być kilkustopniowe;
- b) sposobu likwidacji szkody [Hadyniak, 2010, s. 70]:
  - naprawa (tzw. wariant serwisowy), gdy szkoda z reguły naprawiana jest w autoryzowanych stacjach obsługi,
  - wariant warsztatowy, gdy szkoda naprawiana jest w warsztatach partnerskich,
  - wypłata pieniężna (tzw. wariant kosztorysowy), gdy odszkodowanie wypłacane jest na podstawie wyceny szkody przez rzeczoznawcę, co pozwala na zlikwidowanie szkody we własnym zakresie.

Na składkę ubezpieczeniową dobrowolnego ubezpieczenia AC wpływają przede wszystkim:

- a) suma ubezpieczenia (rzeczywista wartość pojazdu);
- b) rodzaj ubezpieczanego pojazdu;

- c) miejsce zamieszkania właściciela ubezpieczonego pojazdu;
- d) zakres ubezpieczenia (podstawowy lub rozszerzony).

Ponadto, do kalkulacji składki brane są również pod uwagę:

- a) marka i model ubezpieczonego pojazdu;
- b) charakter użytkowania ubezpieczonego pojazdu;
- c) okres eksploatacji ubezpieczonego pojazdu;
- d) rodzaj posiadanych zabezpieczeń w ubezpieczonym pojeździe;
- e) wysokość udziału własnego lub franszyzy komunikacyjnej w ubezpieczonym pojeździe;
- f) wariant rozliczenia szkody w ubezpieczonym pojeździe;
- g) wiek właściciela (współwłaściciela) ubezpieczonego pojazdu;
- h) okres posiadania prawa jazdy właściciela ubezpieczonego pojazdu;
- i) wyposażenie ubezpieczonego pojazdu;
- j) system bonus/malus (czyli zwyczajka za brak szkodowości lub szkodowość),
- k) sposób płatności (jednorazowo, ratalnie).

Warto pamiętać, że za dodatkową składkę, ubezpieczyciele oferując umowę ubezpieczenia AC, proponują w pakiecie dodatkowo:

- a) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażera;
- b) ubezpieczenie assistance zapewniającym pomoc kierowcy i pasażerom w razie wypadku, kradzieży lub unieruchomienia pojazdu;
- c) ubezpieczenie utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia, pozwalającym na zachowaniu dotychczasowych zniżek, pomimo spowodowania szkody;
- d) ubezpieczenie pojazdu na stałą sumę ubezpieczenia;
- e) ubezpieczenie szyb;
- f) ubezpieczenie bagażu.

### **Ubezpieczenie casco pojazdów szynowych:**

Do tego rodzaju ubezpieczeń w szczególności należą:

- a) lokomotywy,
- b) wagony do przewozu osób oraz ładunków,
- c) elektryczne zespoły trakcyjne,
- d) pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej,
- e) pojazdy szynowe napędzane umieszczonym na nich silnikiem.

Jest to ubezpieczenie dobrowolne, obejmujące ochronę ubezpieczeniową za szkody powstałe w czasie:

- a) eksploatacji pojazdów szynowych na drogach szynowych (kolejowych i wewnątrzzakładowych mających połączenie z liniami i bocznicami kolejowymi),
- b) w czasie postoju na bocznicach, placach rozrządowych, w lokomotywniach, wagonowniach
- c) podczas wykonywania przeglądów, napraw lub remontów.

Ubezpieczyciele pokrywają szkody z tytułu:

- a) następstw nagłego działania zewnętrznej siły mechanicznej w chwili zetknięcia się pojazdu szynowego z osobami, zwierzętami lub przedmiotami;
- b) wynikiem zniszczenia pojazdu przez osoby trzecie;
- c) następstwem rabunku, kradzieży pojazdu lub jego części;
- d) skutkami działania sił przyrody

**Ważne:** suma ubezpieczenia ustalana jest z reguły odrębnie dla każdego pojazdu, który objęty jest ochroną ubezpieczenia w ramach jednego produktu, głównie z uwagi na różną wartość i stopień zużycia technicznego każdego z pojazdów szynowych.

## Ubezpieczenia statków powietrznych

W ofercie ubezpieczeń statków powietrznych znajdują się produkty należące do dwóch grup działu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych:

- a) ubezpieczenia casco statków powietrznych, obejmujące szkody w statkach powietrznych (grupa 5), w tym:
  - wszystkiego rodzaju statki powietrzne będące własnością ubezpieczonego lub użytkowane przez niego i dopuszczone do lotów na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
- b) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika (grupa 11), w tym<sup>20</sup>:

<sup>20</sup> Ubezpieczenia te regulowane są przez Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 grudnia 2012 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności



- odpowiedzialność cywilna przewoźnika wobec pasażerów lub podróżnych oraz ich bagażu i rzeczy osobistych;
- odpowiedzialność cywilna użytkownika statku powietrznego wobec osób trzecich innych niż pasażerowie lub podróżni;

Ponadto, do zakresu przedmiotowego ubezpieczenia statków powietrznych, można jeszcze zaliczyć:

- a) następstwa nieszczęśliwych wypadków członków załogi;
- b) odpowiedzialność cywilna przewoźnika z tytułu przewozu ładunków;
- c) rzeczy osobiste członków załogi.

W Polsce umowa ubezpieczenia lotniczego regulowana jest przepisami K.c., w art. 805–834 [Dz.U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.]. Ubezpieczenia te są bezpośrednio związane z eksploatacją statków powietrznych (np.: samolotów, helikopterów) oraz z różnego rodzaju zagrożeniami powiązаныmi z lotnictwem. Charakteryzują się one występowaniem specjalnych klauzul. Podstawową cechą tego ubezpieczenia jest w głównej mierze nieograniczony zasięg terytorialny, który obejmuje loty zarówno krajowe i zagraniczne. Zakres ubezpieczenia lotniczego jest ściśle dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości ubezpieczającego. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w dwóch wariantach: na jeden lot lub na wszystkie loty w danym roku. Podmiotem, które może się ubezpieczyć, to właściciel lub użytkownik cywilnych statków powietrznych. Mogą to być:

- a) osoby fizyczne,
- b) osoby prawne,
- c) jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnymi.

Ubezpieczenia te przeznaczone są dla podmiotów, które korzystają ze statków powietrznych w celach:

- a) komercyjnych,
- b) turystycznych,
- c) prywatnych,
- d) ratowniczych,
- e) szkoleniowych.

Tabela 13 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń statków lotniczych: grup 5 i 11.

---

cywilnej przewoźników lotniczych, przedsiębiorców wykonujących obsługę naziemną oraz instytucji zapewniających służby żeglugi powietrznej [Dz.U. 2013, poz. 67, z późn. zm.].

Tabela 13: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń statków powietrznych (wg stanu na 31.12.2022 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia statków powietrznych	
	Ubezpieczenie casco	Ubezpieczenie OC
Dział/grupy ubezpieczeń	Dział II/ grupa 5	Dział II/ grupa 11
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	56 526	30 345
Liczba umów czynnych (w szt.)	2 633	5 950
Liczba ryzyk ubezpieczonych – czynnych (w szt.)	3 023	8 224
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	34 051	17 412
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	360	170
Liczba zdarzeń (w szt.)	506	142
Charakter produktów	ochronny	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	0,11	0,06
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach Działu II (w %)	0,13	0,07

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>; aktualizacja: 16.02.2024 r.].

### Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej

Do ubezpieczeń żeglugi morskiej i śródlądowej zaliczamy ubezpieczenia:

1. Casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej, obejmujące szkody w statkach żeglugi morskiej oraz statkach żeglugi śródlądowej (grupa 6);
2. Odpowiedzialność cywilną za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika (grupa 12).

Regulacje prawne ubezpieczeń morskich, znajdziemy w Kodeksie morskim z 2001 r. w tytule VIII [Art. 292–338 K.m. Dz.U. z 2001 r., Nr 138, poz. 1545, z późn. zmian], natomiast – ubezpieczeń śródlądowych w przepisach kodeksu cywilnego w art. 805–834 [Dz.U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.].

Większość przepisów odnoszących się do umów ubezpieczenia morskiego ma charakter dyspozytywny. Zastosowanie zasady swobody umów, wynika ze specyfiki żeglugi. Uwzględniają one potrzeby [Drugan-Gertner, 2009, s. 143-149]:

- a) transgranicznego obrotu w zakresie ubezpieczeń morskich,
- b) wyjaśnia elastyczność regulacji ustawowej tej instytucji.

Poza wspomnianym powyżej tytułem, przepisy dotyczące ubezpieczeń morskich są rozproszone wśród przepisów innych K.m. Znajdują się one w różnych jego częściach i działach. Przepisy te odnoszą się do morskiego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ustanowione zostały przez reżim konwencji międzynarodowych, jak też przez ustawodawstwo europejskie implementowane do prawa polskiego. Celem wprowadzenia tego typu przepisów była konieczność stworzenia dodatkowego mechanizmu odpowiedzialności za szkody mogące powstać w wyniku eksploatacji statków morskich.

Ubezpieczenia te wprowadzono, realizując postulaty związane z obowiązkiem posiadania zabezpieczenia [por. Adamowicz, 2005, s. 219-228; Łopuski, 2000, s. 15-26]:

- a) w postaci umowy ubezpieczenia (z *ang.*: *liability insurance*),
  - b) zabezpieczenia finansowego (z *ang.*: *financial security*),
- na wypadek odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną osobom trzecim, mających związek z eksploatacją statku morskiego.

Należy pamiętać, że ustawodawca pozostawił ubezpieczającemu wybór preferowanego przez niego formy zabezpieczenia, czyli obowiązku ubezpieczenia OC ujętego alternatywnie.

Do tych przepisów zaliczamy:

- a) znowelizowany tytuł V K.m. Ograniczenie odpowiedzialności za roszczenia morskie i ubezpieczenie armatorów z tytułu roszczeń morskich oraz zawarte w tym tytule art. 102 i 102 a–f;
- b) art. 182, 182 a–c K.m. o ubezpieczeniu odpowiedzialności za szkody na osobie lub w mieniu pasażera;

- c) art. 271b K.m. o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkodę spowodowaną zanieczyszczeniem olejami bunkrowymi;
- d) art. 272 i 273 K.m. o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkodę spowodowaną zanieczyszczeniem olejami przewożonymi, jako ładunek.

Ponadto, prócz wymienionych ubezpieczeń OC, które mają charakter obowiązkowy, wprowadzono:

- a) ubezpieczenie odpowiedzialności z tytułu szkody wyrządzonej przez substancje niebezpieczne i szkodliwe<sup>21</sup>,
- b) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody mogące powstać w związku z usunięciem wraku [Adamczak, 2009, s. 518 -520].

Biorąc pod uwagę przedmiot ubezpieczenia morskiego, to zaliczamy do niego każdy interes majątkowy, który ma związek z żeglugą morską i da się go ocenić w pieniądzu, np.: statek, opłata za przewóz pasażerów, opłata czarterowa, ładunek, spodziewany zysk na ładunku, prowizja, fracht, wydatki awarii wspólnej, zobowiązanie z tytułu odpowiedzialności cywilnej oraz wierzytelność zabezpieczona na statku.

**Ważne:** Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa ubezpieczającego. Odpowiada natomiast za szkody spowodowane zaniedbaniem lub błędem nautycznym ubezpieczającego (wiedza żeglarska niezbędna do prowadzenia statku po morzu lub oceanie), będącego kapitanem statku objętego ubezpieczeniem oraz za szkody spowodowane z winy kapitana, innego członka załogi lub pilota.

Do ubezpieczeń żeglugi śródlądowej i morskiej należą jeszcze ubezpieczenia [Kiliński, 2018, s. 15-18]:

1. Jednostek pływających w żegludze morskiej i śródlądowej.
2. Rzeczy osobistych
3. Członków załogi w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków.
4. Stoczni w zakresie ryzyk morskich.

<sup>21</sup> Międzynarodowa konwencja w sprawie odpowiedzialności i rekompensaty za szkody spowodowane przewożeniem niebezpiecznych i szkodliwych substancji drogą morską (z ang.: *International Convention on Liability and Compensation for Damage in Connection with the Carriage of Hazardous and Noxious Substances by Sea – HNS*) przyjęta w Londynie w 1996 r.

Tabela 14 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń statków lotniczych: grup 6 i 12.

Tabela 14: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń statków powietrznych (wg stanu na 31.12.2022 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej	
	ubezpieczenia casco	ubezpieczenia OC
Dział/grupy ubezpieczeń	Dział II/ grupa 6	Dział II/ grupa 12
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	138 645	35 876
Liczba umów czynnych (w szt.)	9 124	10 564
Liczba ryzyk czynnych – ubezpieczonych (w szt.)	11 551	11 623
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	33 029	6 457
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	870	247
Liczba zdarzeń (w szt.)	506	142
Charakter produktów	ochronny	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	0,27	0,07
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach Działu II (w %)	0,13	0,03

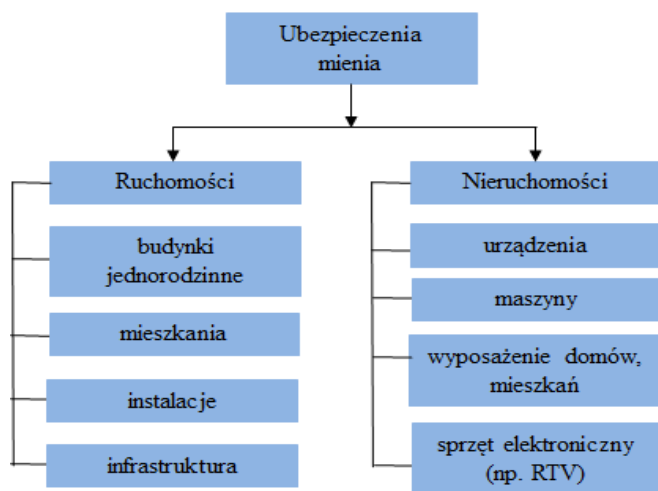
Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>; aktualizacja: 16.02.2024 r.].

#### 6.4.2. Ubezpieczenia mienia

Ubezpieczenia mienia (Dział II ubezpieczeń) obejmują bardzo szerokie i liczne grupy oraz rodzaje ubezpieczeń gospodarczych [patrz klasyfikacja ubezpieczeń, podrozdział 1.2.1.]. Według klasyfikacji

ustawowej [Dz.U. 2015, poz. 1844] wraz z załącznikiem do ustawy], w skład ubezpieczeń mienia (patrz tabela 1), wchodzi grupy: 8 i 9. Ubezpieczenia te mają także swoje odniesienie w K.c., w art. 821–828 [Dz.U. 1964, Nr 16, poz. 93 z późn zm.].

Oferowane są one zarówno klientom indywidualnym, jak i przedsiębiorstwom. W zakres Ubezpieczenia mienia wchodzi (Rysunek 77):



Rysunek 71: Klasyfikacja ubezpieczeń mienia

Źródło: opracowanie własne w oparciu o istniejące przepisy prawne.

W ubezpieczeniach tych, przedmiotem ubezpieczenia może być także: mienie osób trzecich oraz własne. W tego typu ubezpieczeniach obowiązkiem jest, podanie lokalizacji mienia objętego ochroną, jak też muszą być sprecyzowane wymagania standardowe związane „z zabezpieczeniami, np. okien i drzwi przed kradzieżą (opisane w OWU, poszczególnych zakładów ubezpieczeń) [por. Kwiecień, 2016, s. 345].

Ubezpieczenia te min: nie obejmują szkód w:

1. Sprzęcie elektronicznym niezabezpieczonym zgodnie z postanowieniami OWU zakładów ubezpieczeń.

2. Budynkach i budowlach będących w trakcie budowy, montażu, rozbudowy lub przebudowy.
3. Mieniu znajdującym się w budynkach lub lokalach niezabezpieczonych zgodnie z postanowieniami OWU zakładów ubezpieczeń.

Do standardowych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej, jakie można wyczytać w OWU zakładów ubezpieczeń należą szkody powstałe wskutek:

1. Winy umyślnej ubezpieczającego.
2. Rażącego niedbalstwa ubezpieczającego, przy czym nie ma to zastosowania w przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
3. Powolnego, systematycznego zawilgocenia ubezpieczonego mienia z powodu nieszczelności urządzeń sieci gruntowych, zagrzybienia lub przemarzania ścian, korozji, działania stałymi emisjami (hałasem, zapachem, wstrząsami).
4. Normalnego zużycia lub starzenia się mienia w związku z jego eksploatacją.
5. Opadów atmosferycznych, jeżeli przyczyną był zły stan rynien, dachu lub niezabezpieczone bądź nieprawidłowo zabezpieczone otwory dachowe, okienne lub inne elementy budynku.
6. Zalania mienia przechowywanego lub składowanego mienia.

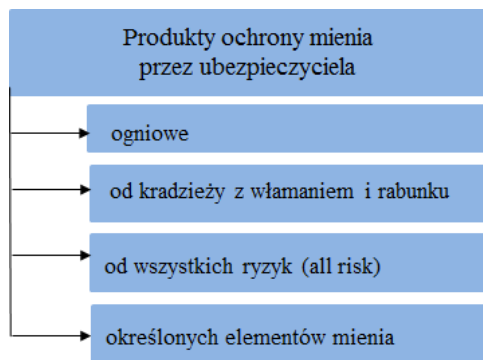
Suma ubezpieczenia w tego typu grupach, powinna odpowiadać rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia, ustalanej, jako wartość:

1. Nowej – zgodnie z ceną faktury zakupu.
2. Odtworzeniowa – koszt przywrócenia do stanu nowego (np.: po zaistnieniu szkody).
3. Księgowa – wynikająca z ewidencji księgowej.
4. Rynkowa – możliwa do uzyskania cena.

W tego rodzaju ubezpieczeniach są często stosowane ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, takie jak (patrz podrozdział 2.5.2):

1. Udział własny w szkodzie.
2. Franszyza redukcyjna.
3. Franszyza integralna.

Najczęściej spotykane produkty ochrony mienia, przedstawia rysunek 79:



Rysunek 72: Produkty wchodzące w skład Ubezpieczenia mienia  
 Źródło: opracowanie własne w oparciu o istniejące przepisy prawne.

**Ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych (ubezpieczenia ogniowe** (z ang.: *fire insurance*) w swym podstawowym zakresie obejmują: ogień, uderzenie pioruna, wybuch i upadek statku powietrznego (zwane FLEXA, od angielskich nazw zdarzeń: *fire, lighting, explosion, aircraft falling*). Natomiast, inne zdarzenia losowe, wchodzące w skład tego ubezpieczenia, to: ciężar śniegu lub lodu, powódź, grad, huragan, trzęsienie lub osunięcie się ziemi i lawinę.

**Ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem i rabunku** (z ang.: *theft and robbery insurance*) obejmuje mienie, które zgłaszane jest do ubezpieczenia, będące własnością lub znajduje się w posiadaniu ubezpieczającego na podstawie tytułu prawnego i jest używane zgodnie z jego przeznaczeniem. Chronią ubezpieczonego od utraty mienia wskutek kradzieży z włamaniem lub rabunku oraz od zniszczenia.

**Kradzież** (z ang.: *thelf*) – oznacza zabór cudzej rzeczy w celu przywłaszczenia.

**Rabunek** (z ang.: *robbery*) – to zabór mienia przy użyciu lub groźbie użycia siły fizycznej.

Ubezpieczenia mienia można także dodatkowo rozszerzyć o ochronę:

1. Wartości pieniężnych.
2. Szyb i innych przedmiotów szklanych.



3. Mienia od wandalizmu, czyli celowego zniszczenia przez osoby trzecie.

**Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk** (z ang.: *all risk*) – obejmuje one te zagrożenia, które dotyczą ubezpieczonego przedmiotu, z wyjątkiem tych, które są wyłączone w OWU oraz te, które nie zostały zawarte w ofercie przez ubezpieczającego. Należą do nich głównie ubezpieczenia spowodowane błędem człowieka, wad produkcyjnych w wyniku eksploatacji, od skutków szkód elektrycznych w przypadku spięcia czy zaniku napięcia oraz ubezpieczenie maszyn i urządzeń od skutków awarii.

**Ubezpieczenia ryzyk budowlano (CAR)-montażowych (EAR)** (z ang.: *construction and assembly risk insurance*), czyli obiektów wykorzystywanych do budowy oraz w czasie budowy oraz sprzętu. Ubezpieczenie ryzyk budowlanych – to ochrona ubezpieczenia od wszystkich nagłych oraz niespodziewanych zdarzeń losowych, które mogą się pojawić w trakcie wykonywania robót budowlano-montażowych, czyli:

- a) w robotach,
- b) materiałach,
- c) w mieniu istniejącym,
- d) sprzęcie,
- e) wyposażeniu,
- f) zapleczu budowy,
- g) maszynach budowlanych.

Ponadto, ochrona Ubezpieczenia może dotyczyć szkód wyrządzonych osobom trzecim.

Przedmiotem Ubezpieczenia mogą być:

- a) roboty budowlano-montażowe zgodnie z podpisaną umową kontraktową,
- b) roboty wyszczególnione w harmonogramie rzeczowo – finansowym,
- c) maszyny budowlane,
- d) wyposażenie zaplecza budowy/montażu,
- e) urządzenia i sprzęt, który jest wykorzystywany podczas wykonywania robót budowlanych-montażowych,
- f) mienie istniejące,
- g) odpowiedzialność cywilna deliktowa ubezpieczonego za szkody na osobie i w mieniu, które mogą być wyrządzone osobom trzecim,

nie będących związanych z procesem inwestycyjnym oraz niebędących stroną umowy Ubezpieczenia o roboty budowlane-montażowe.

Suma ubezpieczenia, jako górna granica odpowiedzialności ubezpieczyciela, jest ustalana na wniosek ubezpieczającego. Proponuje ją kierując się pełną wartością robót budowlanych-montażowych, która wynika z podpisanej umowy kontraktowej, jak też wartością ubezpieczanego mienia. Natomiast suma gwarancyjna, jest ustalona na wniosek ubezpieczającego. To górna granica odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

**Ubezpieczenia sprzętu elektronicznego** (z ang.: *insurance of electronic equipment*), podlega ochronie przed zalaniem, błędnej obsługi czy kradzieży.

Z analizy zapisów OWU zakładów ubezpieczeń wynika, że przedmiotem ubezpieczenia sprzętu elektronicznego jest fabrycznie nowy sprzęt elektroniczny.

Można (według OWU) do niego zaliczyć sprzęt:

1. Małe AGD.
2. RTV/audio.
3. Komputerowy.
4. Przenośny.

Sprzęt ten może być ubezpieczony w ramach ubezpieczenia mienia. Jest on oferowany klientom indywidualnym, np.: w ubezpieczeniu mieszkań i domów od ognia i innych zdarzeń oraz jako mienie ruchome w ubezpieczeniu od kradzieży z włamaniem i rabunku. Może on być również objęty ochroną ubezpieczenia w ramach tzw. produktów specjalistycznych, które są oferowane przedsiębiorcom. Obejmują one następujące ryzyka:

- a) przypadkowe uszkodzenie,
- b) awaria,
- c) przepięcie prądu,
- d) niewłaściwa obsługa,
- e) wandalizm,
- f) zalanie,
- g) utrata oprogramowania,
- h) nieuprawnione użycie telefonu utraconego w wyniku kradzieży z włamaniem, kradzieży kieszonkowej, kradzieży zuchwałej lub rabunku,

- i) utrata danych zgromadzonych na nośnikach danych, jak też samych nośników.

Dodatkowo ubezpieczeniem tym, można objąć rekompensatę zwiększonych kosztów, które są związane z działalnością gospodarczą, a powstałe wskutek szkody, jaka powstała w ubezpieczonym sprzęcie, takich jak: przeprogramowania sprzętu, odtworzenia danych, koszty dzierżawy analogicznego urządzenia czy wynajmu sprzętu zastępczego.

**Suma ubezpieczenia** – to górna granica odpowiedzialności ubezpieczyciela – do której zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za szkodę w okresie ubezpieczenia. Suma ta może obejmować:

- a) jedno zdarzenie,
- b) lub wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Powyższe sumy są zazwyczaj ustalane w systemie „do wyczerpania”, czyli każdorazowa wypłata odszkodowania, powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia kwotą wypłaconego odszkodowania.

U niektórych ubezpieczycieli, w OWU istnieją tzw. podlimity w odniesieniu do jednego zdarzenia – danej kategorii:

- a) sprzętu,
- b) określonego zdarzenia losowego, objętego umową ubezpieczenia.

**Ubezpieczenie od utraty zysku** (z ang.: *Business Interruption* „BI”). W tym ubezpieczeniu wyróżnia się następujące charakterystyczne przedziały czasowe:

1. **Okres ubezpieczenia** – najczęściej 12 miesięcy; jeżeli w tym czasie dojdzie do wystąpienia szkody rzeczowej spowodowanej zmateriaлизowaniem się ubezpieczonego ryzyka i w jej następstwie do zakłócenia lub przerwy w działalności przedsiębiorstwa, to ubezpieczyciel pokryje powstałą w wyniku tego zdarzenia stratę zysku brutto, tzn. poniesione koszty stałe i utracony zysk operacyjny w okresie nie dłuższym niż maksymalny okres odpowiedzialności.
2. **Maksymalny okres odpowiedzialności (moo)** – maksymalny okres, w trakcie trwania, którego ubezpieczyciel będzie ponosił odpowiedzialność za stratę w zysku brutto, jakiej doznał ubezpieczający w następstwie zakłócenia lub przerwy w działalności; okres ten jest niezależny od okresu ubezpieczenia i rozpoczyna się od dnia, w którym ubezpieczający został zmuszony do ograniczenia lub wstrzymania działalności w następstwie zaistniałej szkody rzeczowej (najczęściej jest to dzień powstania szkody rzeczowej);

odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie strat w zysku brutto powstałych przed wygaśnięciem tego okresu.

**Moo** nie powinien być krótszy niż 12 miesięcy i nie dłuższy niż 24 miesiące, dla ubezpieczeń od ognia i innych zdarzeń losowych.

**Okres wyceny (oszacowania)** w tej umowie, to okres, w którym dokonuje się oszacowania wartości szkody, czyli wielkości utraconego zysku z działalności oraz wielkości ubezpieczonych kosztów; długość okresu wyceny jest uzależniona wyłącznie od długości uzgodnionego **moo**; jeżeli wynosi ona 12 miesięcy lub mniej, to okres wyceny zawsze obejmuje 12 miesięcy i kończy się w dniu:

1. wygaśnięcia szkody (tj. w dniu odzyskania sprawności ekonomicznej),
2. wygaśnięcia moo, gdy ten nastąpi wcześniej.

W przypadku **moo** przekraczającego 12 miesięcy, a obejmującego 15, 18, 21 lub 24 miesiące, okres wyceny obejmuje wtedy zawsze 24 miesiące i kończy się z dniem ustania szkody lub z dniem wygaśnięcia moo, gdy ten nastąpi wcześniej.

Jeżeli **moo** jest równy lub krótszy od 12 miesięcy, to deklarowana do ubezpieczenia SU powinna odpowiadać zyskowi brutto za cały ostatni zamknięty rok obrachunkowy. Jeżeli **moo** jest dłuższy od 12 miesięcy, tzn. wynosi 15, 18, 21 lub 24 miesiące, to zgłoszona SU powinna odpowiadać dwuletniemu zyskowi brutto.

W tym ubezpieczeniu, stosuje się **czasową franszyzę redukcyjną**, czyli ubezpieczający ponosi wyłącznie tę część strat, do jakich doszło w czasie trwania uzgodnionej franszyzy czasowej, która pozostaje w takim stosunku do wartości powstałej szkody, w jakim długość franszyzy czasowej pozostaje do całej długości trwania szkody.

Zadanie 1:

1. Franszyza czasowa – wynosi 10 dni roboczych.
2. Długość trwania szkody – wynosi 6 miesięcy (z tego 162 dni robocze).
3. Całkowita wartość szkody (utracony zysk brutto) – wynosi 5 mln zł.
4. Zysk brutto utracony w trakcie trwania franszyzy czasowej – wynosi 200 tys. zł.

Należy obliczyć **kwotę franszyzy czasowej**, tj kwotę do sfinansowania przez ubezpieczającego i potrąconą z kwoty odszkodowania.

Rozwiązanie:

Kwota franszyzy czasowej:  $200 \text{ tys zł} \times 10/162 = 12\,345,68 \text{ zł}$

**Zysk i koszty objęte ubezpieczeniem – przedmiot ubezpieczenia:**

Ubezpieczenie od utraty zysku brutto, to:

**(zysk brutto = zysk operacyjny netto + koszty stałe)**

dotyczy dwóch wielkości ekonomicznych, które mają zasadnicze znaczenie dla działalności każdego podmiotu gospodarczego:

1. **Zysku operacyjnego** (nadwyżka przychodów ze sprzedaży nad całkowitymi kosztami ich uzyskania).
2. **Kosztów stałych** (koszty niezależne od wielkości produkcji: wynagrodzenia z narzutami, koszty najmu lub dzierżawy budynków i urządzeń, koszty utrzymania parku samochodowego, odsetki od kapitału obcego, raty leasingowe, podatki i opłaty niezależne od obrotu, koszty telefoniczne i podróży służbowych, odpisy amortyzacyjne o koszty utrzymania budynków i maszyn, koszty energii elektrycznej, gazu, wody).

Ubezpieczeniem tym, objęta jest wyłącznie ta część zysku operacyjnego, jaką przedsiębiorstwo osiągnęłoby w okresie trwania szkody (w ramach **mo**) przy założeniu niezakłóconej pracy, oraz koszty stałe poniesione w tym czasie.

Odpowiedzialność dodatkowa – istota i zasada funkcjonowania

Kwota zysku brutto obliczona na podstawie ostatniego zamkniętego roku obrachunkowego, może okazać się za niska (nawet, jeśli zostanie podwyższona o inflację i przewidywany wzrost). Wówczas dochodzi do niedoubezpieczenia. W celu wyeliminowania takiego scenariusza, ubezpieczający może uzgodnić z ubezpieczycielem tzw. **odpowiedzialność dodatkową**. Zakład ubezpieczeń w razie szkody odpowiada wtedy do sumy ubezpieczenia zapisanej w polisie (uwzględniającej już planowany wzrost, tzw. kwotę przewencyjną), powiększona o ustaloną **wielkość odpowiedzialności dodatkowej**. Najczęściej jest to maksymalnie 20%. Daje to ubezpieczającemu komfort bezpieczeństwa w sytuacji, gdy planowany wzrost zysku brutto został niedoszacowany i w czasie obowiązywania zaniżonej sumy ubezpieczenia doszło do szkody.

Zadanie 2:

1. Przychody ze sprzedaży (obróć) za ostatni zamknięty rok obrachunkowy = 9,1 mln zł.
2. Zysk brutto = 5 mln zł.
3. Kwota przewencyjna zakładająca wzrost zysku brutto w okresie ubezpieczenia i w roku następnym = 750 tys. zł (czyli SU zapisana w polisie = 5,75 mln zł).
4. Uzgodniona odpowiedzialność dodatkowa = 20%.

Oblicz:

1. SU, która będzie brana pod uwagę w przypadku wystąpienia szkody.
2. Jakie odszkodowanie wypłaci ubezpieczyciel, jeśli szkoda wyniosła:
  - a) 6,8 mln zł
  - b) 7,0 mln zł

Rozwiązanie

1.  $SU = 5,75 \text{ mln zł} + 20\% \times 5,75 \text{ mln zł} = 6,9 \text{ mln zł}$
2. Odszkodowanie:
  - a) 6,8 mln zł
  - b) 6,9 mln zł

Zadanie 3:

Oblicz:

1. Składkę w roku 2022
2. Wielkość odpowiedzialności odszkodowawczej ZU (czyli SU w roku 2023)
3. Składkę dodatkową w roku 2023
4. Odszkodowanie wypłacone przez ZU w roku 2023 w przypadku szkody równej:
  - a) 8,3 mln zł,
  - b) 8,5 mln zł,
  - c) 9,0 mln zł,

w sytuacji, gdy:

- a) SU w 2022 r = 7 mln zł,
- b) Stawka ubezpieczeniowa = 2 %,
- c) Zysk brutto za 2023 r = 7,1 mln zł.

Rozwiązanie:

1. Składka w roku 2015:  $7 \text{ mln zł} \times 2\text{‰} = \mathbf{14 \text{ tys. zł}}$ .
2. SU w roku 2016 =  $7 \text{ mln zł} + 20\% \times 7 \text{ mln zł} = \mathbf{8,4 \text{ mln zł}}$ .
3. Składka dodatkowa w roku 2016: =  $\mathbf{2,8 \text{ tys. zł}}$ . ( $1,4 \text{ mln zł} (8,4 \text{ mln zł} - 7 \text{ mln zł}) \times 2 \text{‰} = \mathbf{2,8 \text{ tys. zł}}$ ).
4. Odszkodowanie wypłacone przez ZU:
  - a)  $\mathbf{8,3 \text{ mln zł}}$ .
  - b)  $\mathbf{8,4 \text{ mln zł}}$ .
  - c)  $\mathbf{8,4 \text{ mln zł}}$ .

Zadanie 4:

Oblicz należną całkowitą składkę ubezpieczeniową oraz składkę całkowitą po rozliczeniu rocznym, a także dopłatę do składki lub zwrot części składki dla każdego rozpatrywanego ryzyka w sytuacji, gdy maksymalny okres odpowiedzialności (moo) wynosił 12 miesięcy i ubezpieczone były następujące ryzyka:

1. Zysk i koszty stałe:
  - a) w okresie: 1.01-27.09.2023 r (271 dni):=3,0 mln zł,
  - b) w okresie: 28.09-31.12.2023 r (94 dni): =3,2 mln zł,
  - c) suma średnioroczna =  $3051507 \text{ zł} ([3 \text{ mln} \times 271 \text{ dni} + 3,2 \text{ mln} \text{ zł} \times 94 \text{ dni}]/365 \text{ dni} = 3051507)$ ,
  - d) Stawka składki ubezpieczeniowej: = 1,8‰.
2. Wynagrodzenia:
  - a) w okresie: 1.01-27.09.2023 r (271 dni):=2,5 mln zł
  - b) w okresie: 28.09-31.12.2023 r (94 dni): =3,0 mln zł
  - c) suma średnioroczna=  $2628767 \text{ zł} ([2,5 \text{ mln} \times 271 \text{ dni} + 3,0 \text{ mln} \text{ zł} \times 94 \text{ dni}]/365 \text{ dni} = 2628767 \text{ zł})$
  - d) Stawka składki ubezpieczeniowej: = 1,4‰
3. Prowizje:
  - a) w okresie: 1.01-27.09.2023 r (271 dni):=1,2 mln zł,
  - b) w okresie: 28.09-31.12.2023 r (94 dni):=1,4 mln zł,
  - c) suma średnioroczna=  $1251507 \text{ zł} ([1,2 \text{ mln} \times 271 \text{ dni} + 1,4 \text{ mln} \text{ zł} \times 94 \text{ dni}]/365 \text{ dni} = 1251507 \text{ zł})$ ,
  - d) Stawka składki ubezpieczeniowej: = 1,0‰.

**Uzgodniona odpowiedzialność dodatkowa wyniosła: = 20%.**

**Ubezpieczający zgłosił do rozliczenia następujące kwoty dla danego ryzyka:**

1. Zyski i koszty stałe: = 3,7 mln zł.
2. Wynagrodzenia: = 2,6 mln zł.
3. Prowizje: = 1,35 tys. zł.

Rozwiązanie:

1. Zyski i koszty stałe:
  - a) Składka ubezpieczeniowa:  $1,8\% \times 3051506 = 5492,72 \text{ zł}$ ,
  - b) Różnica między zyskiem i kosztami stałymi zgłoszonymi do ubezpieczenia a faktycznie występującymi:  $3700000 \text{ zł} - 3051506 \text{ zł} = 648494 \text{ zł}$ ,
  - c) odpowiedzialność dodatkowa:  $3051506 \times 20\% = 610301 \text{ zł}$ ,
  - d) ponieważ 648494 zł jest większe niż 610301 zł, to należy wziąć pod uwagę kwotę 610301 zł, czyli należy **dołacić składkę ubezpieczeniową w wysokości 610301 zł  $\times 1,8\% = 1098,54 \text{ zł}$**
2. Wynagrodzenia:
  - a) Składka ubezpieczeniowa:  $1,4\% \times 2\,628\,766 = 3\,680,27 \text{ zł}$
  - b) Różnica między wynagrodzeniem zgłoszonym do ubezpieczenia a faktycznie występującymi:  $2600000 \text{ zł} - 2628766 \text{ zł} = -28\,766 \text{ zł}$
  - c) odpowiedzialność dodatkowa:  $2628766 \times 20\% = 525\,753 \text{ zł}$
  - d) ponieważ 525753 zł jest większe niż 28766 zł, to należy wziąć pod uwagę całą kwotę 28766 zł, czyli należy **zwrócić część składki w wysokości 28766 zł  $\times 1,4\% = 40,27 \text{ zł}$** .
3. Prowizje:
  - a) Składka ubezpieczeniowa:  $1,0\% \times 1\,251\,507 \text{ zł} = 1\,251,51 \text{ zł}$ ,
  - b) Różnica między prowizją zgłoszoną do ubezpieczenia a faktycznie wystąpioną:  $1\,350\,000 \text{ zł} - 1\,251\,507 \text{ zł} = 98\,493 \text{ zł}$ ,
  - c) odpowiedzialność dodatkowa:  $1\,251\,501 \times 20\% = 250\,301 \text{ zł}$ ,
  - d) ponieważ 98 493 zł nie jest większe niż 250 301 zł, to należy wziąć pod uwagę całą kwotę 98 493 zł, czyli należy **dołacić składkę ubezpieczeniową w wysokości 98 493 zł  $\times 1,0\% = 98,49 \text{ zł}$** .
4. Należna składka całkowita:
 
$$5492,72 \text{ zł} + 3680,27 \text{ zł} + 1251,51 \text{ zł} = 10\,424,5 \text{ zł}.$$
5. Dopłata do składki całkowitej po rozliczeniu rocznym:
 
$$1098,54 \text{ zł} - 40,27 \text{ zł} + 98,49 \text{ zł} = 1156,76 \text{ zł}.$$
6. Składka całkowita po rozliczeniu rocznym:
 
$$10424,5 \text{ zł} + 1156,76 \text{ zł} = 11581,26.$$



Zasady ustalania wartości szkody i wyliczenia odszkodowania w ubezpieczeniu zysku

Zadanie 5:

1. Obliczyć:

**A. SU (wysokość zysku brutto)** przy następujących warunkach:

a) utrata przychodów ze sprzedaży, do której doszło w wyniku przerwy w działalności w okresie od 1 kwietnia do 1 listopada 2023 r. wyniosła **17,8 mln zł**,

b) wysokość udziału zysku brutto w przychodach w okresie od 1 kwietnia do 1 listopada 2023 r. **wynosi 45%**,

c) zaoszczędzono na kosztach stałych **500 tys. zł** z tytułu amortyzacji,

d) koszty z tytułu dodatkowych godzin pracy przy przywracania zdolności do produkcji wyniosły **50 tys. zł**.

**B. Składkę ubezpieczeniową**, gdy stawka ubezpieczeniowa **wynosi 2%**,

2. Ustalić, czy istniała wystarczająca ochrona ubezpieczeniowa, czyli czy nie wystąpiło niedoubezpieczenie.

Rozwiązanie:

Ad. 1:

**A.** Sposób ustalenia wysokości (wartości) szkody, po uwzględnieniu oczekiwanego rozwoju zakładu i panującej koniunktury

1. utrata przychodów ze sprzedaży, do której doszło w wyniku przerwy w działalności w okresie od 1 kwietnia do 1 listopada 2023 r. wyniosła **17,8 mln zł**.

2. Wysokość zysku brutto (ubezpieczonego zysku operacyjnego i kosztów stałych w nieosiągniętych z powodu szkody przychodach została założona na poziomie 45%, czyli  $45\% \times 17,8 \text{ mln zł} = \mathbf{8 \text{ mln zł}}$ .

3. **Przeszacowana wartość szkody w zysku brutto: 7,5 mln zł.**

(W czasie trwania przerwy w działalności zaoszczędzono część kosztów stałych, które w warunkach normalnych powstałyby i dlatego zostały uwzględnione w SU, tj. odpisy amortyzacyjne dotyczące zniszczonych maszyn i koszty ich konserwacji, w sumie 0,5 mln zł; po ich uwzględnieniu **ostateczna wartość szkody w zysku brutto wyniosła:  $8 \text{ mln zł} - 0,5 \text{ mln zł} = \mathbf{7,5 \text{ mln zł}}$** .)

4. Końcowa wartość szkody w zysku brutto: **7,55 mln zł**

(Ubezpieczający poniósł dodatkowe koszty pracy w nadgodzinach w celu ekspresowego montażu zakupionych maszyn w wysokości 50 tys zł, czyli:  $7,5 \text{ mln zł} + 0,05 \text{ mln zł} = 7,55 \text{ mln zł}$ )

#### **B. Składka ubezpieczeniowa:**

$2\% \times 16,2 \text{ mln zł} = 32,4 \text{ tys zł}$  (gdyby SU wyniosła 10 mln zł, to składka ubezpieczeniowa wyniosłaby:  $2\% \times 10,0 \text{ mln zł} = 20 \text{ tys zł}$ )

Ad 2:

Sprawdzenie, czy istniała wystarczająca ochrona ubezpieczeniowa, tzn. czy nie wystąpiło niedoubezpieczenie:

1. Ogólne przychody ze sprzedaży (obróć) za okres poprzedzający szkodę w mieniu objęty **okresem wyceny** wyniósł **10 mln zł**.
2. Zysk brutto (zysk operacyjny i koszty stałe) stanowiły **45% przychodów, czyli 4,5 mln zł**.
3. Utracony zysk brutto w okresie trwania szkody wyniósł **8 mln zł**.
4. Ogólne przychody ze sprzedaży osiągnięte w okresie trwania szkody dzięki częściowemu wykorzystaniu wolnych mocy produkcyjnych zakładu siostrzanego **wyniosły 2 mln zł, z tego zysk brutto 45%, czyli  $45\% \times 2 \text{ mln zł} = 0,9 \text{ mln zł}$** .
5. **Suma ubezpieczenia (SU) (zysk brutto = zysk operacyjny + koszty stałe) w okresie wyceny wyniosła:  $4,5 \text{ mln zł} + 8 \text{ mln zł} + 0,9 \text{ mln zł} = 13,4 \text{ mln zł}$** .
6. Ze względu na fakt, iż w polisie, jako SU zapisano 16,2 mln zł, czyli była to suma wyższa niż 13,4 mln zł, strata poniesiona przez ubezpieczającego w wyniku przerwy w działalności może zostać pokryta w całości (**nie wystąpiło niedoubezpieczenie**).
7. Na kwotę odszkodowania w wysokości 7,55 mln zł złożyły się następujące pozycje: 7,5 mln zł z tytułu straty w zysku i kosztach, 50 tys. zł z tytułu nakładów poniesionych w celu ograniczenia szkody. **Niedoubezpieczenie** wystąpiłoby w sytuacji, gdy SU byłaby mniejsza niż 13,4 mln zł, np. 10 mln zł. Odszkodowanie musiałoby zostać stosownie pomniejszone na skutek niedoubezpieczenia. W celu obliczenia wysokości odszkodowania w przypadku występowania niedoubezpieczenia stosuje się następującą formułę:

$$\frac{\text{Odszkodowanie}}{\text{Wysokość szkody}} = \frac{\text{suma Ubezpieczenia}}{\text{wartość ubezpieczenia}} \quad (28)$$

$$\text{Odszkodowanie} = \frac{\text{wysokość szkody} \times \text{suma ubezpieczenia}}{\text{wartość ubezpieczenia}} \quad (29)$$

Po zastosowaniu tego wzoru do powyższego przykładu otrzymuje się:

$$\frac{7,55 \text{ mln zł} \times 10 \text{ mln zł}}{13,4 \text{ mln zł}} = 5 \text{ 634 33} \text{ mln zł (odszkodowania)}$$

**Uwaga:** Gdyby przyjęto niedoubezpieczenie, czyli np. SU = 10 mln zł, składka wyniosłaby 20 tys. zł (2‰ x 10 mln zł = **20 tys zł**), czyli zaoszczędzono by 12,4 tys. zł (32,4 mln zł – 20 mln zł = 12,4 tys. zł), co odpowiadałoby stracie na odszkodowaniu w wysokości 1 915 670 zł (7,55 mln zł - 5 634 33 mln zł = 1 915 670 zł).

Kolejnym elementem, w tego typu ubezpieczeniu, jest obliczenie **maksymalnej możliwej straty (PML)**, która polega na:

wysokość największej straty w zysku brutto, jaka może powstać w uzgodnionym maksymalnym okresie odszkodowawczym w wyniku pojedynczego zdarzenia, przy założeniu najbardziej niekorzystnego scenariusza powstania i rozwoju szkody rzeczowej.

Przy szacowaniu **PML w ubezpieczeniach zysku** należy wziąć w szczególności pod uwagę:

1. Długość maksymalnego okresu odszkodowawczego.
2. Niekorzystne cechy ryzyka m.in. występowanie tzw. wąskich gardeł, wysokie zaawansowanie technologiczne procesu produkcyjnego, komputerowe sterowanie procesem produkcji.
3. Korzystne cechy ryzyka, np. alternatywne możliwości kontynuacji działalności w innym miejscu, np. w zakładach siostrzanych.

Zadanie 6:

**Obliczyć PML w ubezpieczeniu od utraty zysku oraz łączny PML uwzględniający PML dla szkody majątkowej dla każdego zakładu A i B wchodzącego w skład przedsiębiorstwa ALFA i dla całego przedsiębiorstwa ALFA przy następujących założeniach:**

1. Wyliczony planowany roczny zysk brutto = 50mln zł, w tym dla zakładu A = 20 mln zł, B = 30 mln zł,
2. Działalność zakładów A i B jest całkowicie niezależna.
3. Duża szkoda w zakładzie A jest w stanie całkowicie uniemożliwić prowadzenie działalności przez okres nie dłuższy niż **6 miesięcy**, ponadto stopniowo malejący negatywny wpływ szkody rzeczowej na wyniki ekonomiczne w związku z utratą rynku może trwać aż do wygaśnięcia maksymalnego okresu odpowiedzialności, tzn. przez całe 12 miesięcy; założono następujący przebieg szkody w zysku:
  - a) do końca 6 miesiąca = 100% (obróć i zysk brutto nie będzie w ogóle osiągnany),
  - b) od 7 miesiąca do końca 8 miesiąca = 80%,
  - c) 9 miesiąc = 55%,
  - d) 10 miesiąc = 30%,
  - e) 11 miesiąc = 15%,
  - f) 12 miesiąc = 5%.
4. PML dla szkody majątkowej dla zakładu A wyniósł 40 mln zł (**łącznie SU mienia = 44 mln zł**).
5. duża szkoda w zakładzie B jest w stanie całkowicie uniemożliwić prowadzenie działalności przez okres nie dłuższy niż **7 miesięcy**, ponadto stopniowo malejący negatywny wpływ szkody rzeczowej na wyniki ekonomiczne w związku z utratą rynku może trwać aż do wygaśnięcia maksymalnego okresu odpowiedzialności, tzn. przez całe 12 miesięcy; założono następujący przebieg szkody w zysku:
  - a) do końca 7 miesiąca = 100% (obróć i zysk brutto nie będzie w ogóle osiągnany),
  - b) 8 miesiąc = 70%,
  - c) 9 miesiąc = 55%,
  - d) 10 miesiąc = 30%,
  - e) 11 miesiąc = 20%,
  - f) 12 miesiąc = 5%,
  - g) w związku z powyższym średnioroczny spadek zysku brutto w zakładzie A wyniesie:
6. PML dla szkody majątkowej dla zakładu B wyniósł 38 mln zł (**łącznie SU mienia = 46 mln zł**).

Rozwiązanie:

1. Dla zakładu A:

a) średnioroczny spadek zysku brutto w zakładzie A **wyniósł:**

$$\frac{6 \times 100 + 2 \times 80 + 1 \times 55 + 1 \times 30 + 1 \times 15 + 1 \times 5}{12} \times 100\% = 72\%$$

b) Szacowana wartość PML w ubezpieczeniu od utraty zysku dla zakładu A:

$$20 \text{ mln zł} \times 72\% = 14,4 \text{ mln zł}$$

c) Łączny PML: 40 mln zł + 14,4 mln zł = 54,4 mln zł

2. Dla zakładu B:

a) Średnioroczny spadek zysku brutto w zakładzie B wyniósł:

$$\frac{7 \times 100 + 1 \times 70 + 1 \times 55 + 1 \times 30 + 1 \times 20 + 1 \times 5}{12} \times 100\% = 73,3\%$$

b) Szacowana wartość PML w ubezpieczeniu od utraty zysku dla zakładu B:

$$30 \text{ mln zł} \times 73,3\% = 22 \text{ mln zł}$$

c) Łączny PML: **38 mln zł + 22 mln zł = 60 mln zł.**

3. Wartość PML dla całego przedsiębiorstwa ALFA

60 mln zł

(jako wyższa kwota z 54,4 mln zł i 60 mln zł)

4. Wyrażony procentowo łączny PML:

a) **dla zakładu A:**

$$54,4 \text{ mln zł} // 64 \text{ mln zł} (=44 \text{ mln zł} + 20 \text{ mln zł}) \times 100\% = 85\%$$

b) **dla zakładu B:**

$$60 \text{ mln zł} // 76 \text{ mln zł} (=30 \text{ mln zł} + 46 \text{ mln zł}) \times 100\% = 79\%$$

Kolejnym etapem w ubezpieczeniu utraty zysku, jest kalkulacja składki w ubezpieczeniach zysku brutto

Czynniki wpływające na wysokość stawki ubezpieczeniowej:

- rodzaj prowadzonej działalności,
- sposób organizacji działalności (produkcja seryjna, równoległa, wąskie gardła),
- występowanie szczególnych zagrożeń powstania szkody rzeczowej,
- rodzaj i skuteczność urządzeń wykrywania pożaru i jego zwalczania,
- zakres ubezpieczenia i dodatkowe włączenia i klauzule,

- f) długość maksymalnego okresu odpowiedzialności,
- g) wysokość uzgodnionych limitów odpowiedzialności,
- h) szkodowość w ostatnich latach,
- i) wysokość (długość) franszyzy redukcyjnej,
- j) wysokość sumy ubezpieczenia.

Ustalanie stawki taryfowej (ubezpieczeniowej); (tzw. kwotacja) obejmuje dwa etapy:

1. **Określenie stawki taryfowej dla grupy ryzyk elementarnych** (tzw. *Flexa*), tj. pożaru, eksplozji, uderzenie pioruna, upadek statku powietrznego (otrzymuje się tzw. **stawkę techniczną dla ubezpieczenia w zakresie podstawowym**):
  - a) można zastosować: rabat za zabezpieczenie przeciwpożarowe, rabat lub podwyżkę za przebieg szkodowości, rabat franszysowy.
2. **Określenie stawki taryfowej dla wybranych ryzyk dodatkowych (EC)** – huragan i grad, powódź, zalanie wodą wodociągową, zalanie w wyniku awarii instalacji tryskaczowej, trzęsienie ziemi, napór śniegu, obsunięcie ziemi, zapadanie ziemi, uderzenie fali dźwiękowej, dym (stawki za te ryzyka zależą od sumy ubezpieczenia, a nie od rodzaju prowadzonej działalności); oddzielnie jest wyliczana stawka za ryzyko kradzieży z włamaniem i rabunku oraz wandalizm; sumuje się stawki i otrzymuje się tzw. **stawkę techniczną dla wybranych ryzyk dodatkowych**).
3. **Sumuje się obie wyliczone stawki techniczne**, (ale tylko wtedy, gdy dla ryzyk elementarnych i dodatkowych stosuje się taką samą SU), następnie pomniejsza się ją, jeżeli strony uzgodniły określone limity odszkodowań na zdarzenie i/lub w agregacie rocznym:
  - a) można zastosować do zsumowanych stawek taryfowych: rabat lub podwyżkę za przebieg szkodowości.

### **Metody kalkulacji składki ubezpieczeniowej:**

1. **Metoda stawki zróżnicowanej** – to proporcjonalne zróżnicowanie wysokości stawki ubezpieczeniowej w zależności od stopnia wnoszonego ryzyka. **Główną zaletą** tej metody, jest brak antyselekcji ryzyka, natomiast **wadą** – zbyt ścisła klasyfikacja, która jest pracochłonna, kosztowna i prowadzi do zmniejszania liczby rodzajów ryzyka (masy ryzyka), co ze stanowiska techniczno-ubezpieczeniowego jest niepożądane.

W przypadku uzależnienia wysokości stawki od wielkości ryzyka, ubezpieczający jest zainteresowany w zmniejszaniu tego ryzyka w takim przynajmniej stopniu, w jakim może wpływać to na zmniejszenie wielkości stawki, a co za tym idzie i wysokości składki. Stosuje się głównie w ubezpieczeniach dobrowolnych.

2. **Metoda stawki przeciętnej** – to wyznaczanie stawki ubezpieczeniowej dla danego rodzaju ryzyka na jednolitym poziomie, bez względu na wysokość wnoszonego ryzyka. Jest ona stosowana w przypadku ubezpieczeń masowych, o jednorodnych przedmiotach (tzn. niewiele różniących się od siebie), zbliżonym stopniu ryzyka i wartości sumy ubezpieczenia. **Główną wadą** tej metody jest występowanie antyselekcji ryzyka, a **zaletą** jest prostota i łatwość obliczenia.
3. **Metoda stawki mieszanej** – to częściowe zróżnicowanie wysokości stawki w zależności od ryzyka. W tej metodzie, zamiast zbyt wielkiego zróżnicowania stawek w poszczególnych klasach zakład ubezpieczeń posługuje się w pewnych przypadkach dodatkami (*bonus*) lub rabatami (*malus*), doliczanymi lub odliczanymi od stawki podstawowej danej grupy.
4. **Metoda repartycji (rozdzielenia)** – polega na tym, że składkę oblicza się nie na początku okresu ubezpieczenia, (tj. w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia), lecz na końcu okresu ubezpieczenia, gdy już znana jest zarówno liczba, jak i wielkość szkód, które dotknęły ubezpieczone podmioty. Metoda ta była stosowana w pierwszych etapach rozwoju ubezpieczeń, gdy nie znano jeszcze podstaw do obliczania i kalkulacji wysokości należnej składki.
5. **Metoda składki stałej** – polega na ustaleniu wysokości składki z góry, przy zawarciu umowy ubezpieczenia (tzw. składka ostateczna). Metoda ta opiera się na prawdopodobnym przebiegu zdarzeń losowych (ryzyka) oraz szacunkowej wysokości innych kosztów w oznaczonym czasie.
6. **Metoda składki mieszanej** – opiera się na składce ustalonej z góry przed okresem ubezpieczenia, traktowanej jednak zaliczkowo i po upływie tego okresu, korygowanej w zależności od faktycznego przebiegu finansowych operacji zakładu ubezpieczeń. W przypadku niedoboru ubezpieczający obowiązani są do dokonania dopłat do opłaconych uprzednio składek, jeżeli występują nadwyżki, wówczas ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającym określoną część zapłaconych na początku okresu ubezpieczenia składek lub przeznacza je (najczęściej za zgodą

ubezpieczających) na rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w następnym okresie albo na kapitały i fundusze o charakterze gwarancyjnym. Metoda ta jest stosowana głównie przez TUW-y.

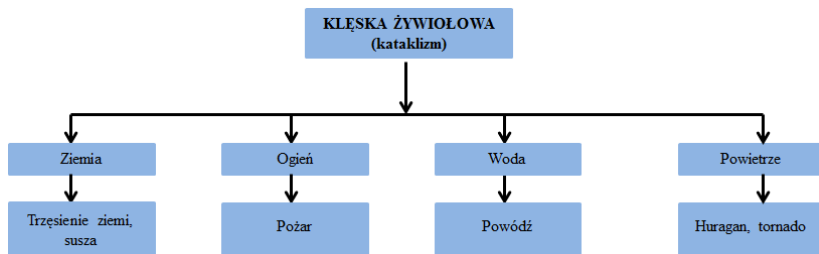
Odrębną kategorię wśród ubezpieczeń mienia, stanowią tzw. **ubezpieczenia katastroficzne** (z ang.: *catastrophic insurance*).

Zarządzanie ryzykiem od ryzyk katastroficznych, to proces, związany z szacowaniem ryzyka oraz implementacją zrównoważonych metod dla zmniejszenia prawdopodobieństwa lub konsekwencji wystąpienia zdarzenia. By ten proces mógł przebiegać prawidłowo, muszą być podejmowane następujące działania: zapobieganie (prewencja i ochrona), przygotowanie – przewidywanie i systemy wczesnego ostrzegania, reagowanie na wypadek kryzysu, odbudowa.

Najczęściej spotykaną w literaturze przedmiotu definicją **kłęski żywiołowej** (z ang.: *natura disaster*) odnosi się do opisu zjawisk wchodzących w zakres tego pojęcia, jak: kataklizm, nieszczęście, ekstremalne zjawisko, które powodują znaczne szkody. To żywioł, z jakim zderza się człowiek, ale w żaden sposób nie jest w stanie mu zapobiec [Dz.U. z 2002 r. Nr 62, poz. 558, z późn zm.].

Kłęska żywiołowa jest związana z siłami natury, awariami technicznymi wywołanymi działaniami człowieka, których człowiek nie jest w stanie do końca przewidzieć i przezwyciężyć. Do kłęsk żywiołowych zaliczamy kłęski związane z czterema żywiołami – powietrzem, wodą, ogniem i ziemią (Rysunek 73). Z tymi kłęskami powiązane są: huragany, powodzie, pożary, trzęsienia ziemi oraz susze, powodując w działalności gospodarczej, jak też u człowieka utratę: mienia, zdrowia oraz życia. Charakteryzują się one trudną do przewidzenia:

1. Chwilą wystąpienia.
2. Dużym zasięgiem.
3. Rozmiarem szkód na skutek kumulacji ryzyka.

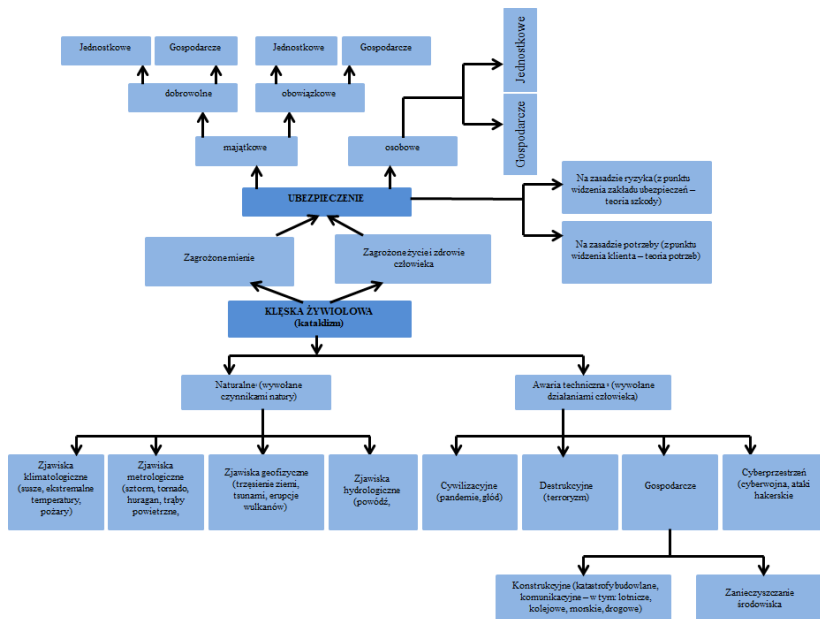


Rysunek 73: Definicja kłęski żywiołowej

Źródło: opracowanie własne.



Do głównych czynników, które wpływają na kształt rynku ubezpieczeń od katastrof należą m.in: zmiany klimatu, globalizacja, polityka UE, zmiany w regulacjach prawnych, a także reasekuracja (Rysunek 74).



Legenda:

1. Katastrofa naturalna, zdarzenie związane z działaniem sił natury, w szczególności wyładowania atmosferyczne, wstrząsy sejsmiczne, silne wiatry, intensywne opady atmosferyczne, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, pożary, susze, powodzie, zjawiska lodowe na rzekach i morzu oraz jeziorach i zbiornikach wodnych, masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi albo też działanie innego żywiołu
2. Przez awarię techniczną to gwałtowne, nieprzewidziane uszkodzenie lub zniszczenie obiektu budowlanego, urządzenia technicznego lub systemu urządzeń technicznych powodujące przerwę w ich używaniu lub utratę ich właściwości.
3. Katastrofą naturalną lub awarię techniczną może być również zdarzenie wywołane działaniem terrorystycznym.

Rysunek 74: Klęska żywiołowa a ubezpieczenia

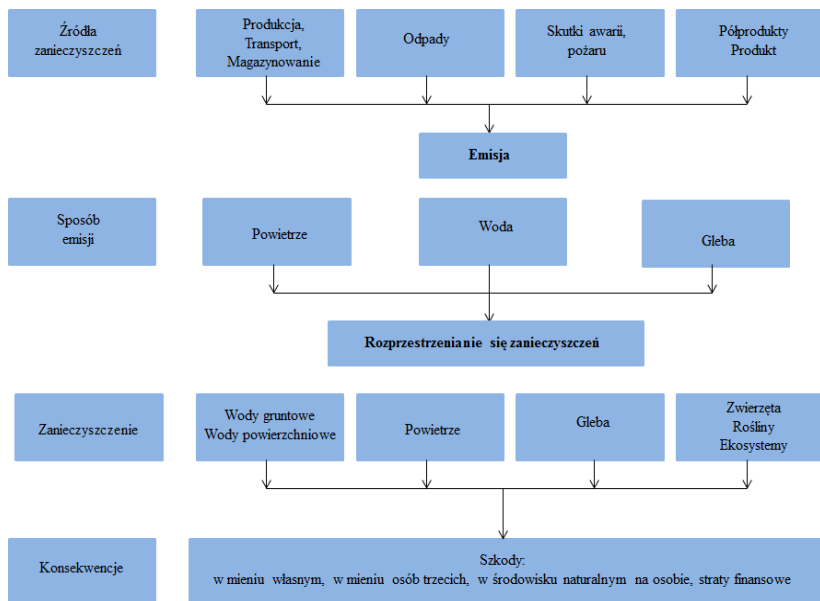
Źródło: opracowanie własne.

Istotą ubezpieczeń od katastrof jest ochrona przed negatywnymi skutkami zjawisk naturalnych<sup>22</sup>, które występują z pewnym prawdopodobieństwem. Zadaniem pośrednim ubezpieczeń gospodarczych powinno być podnoszenie świadomości podmiotów i osób zainteresowanych występowaniem ryzyk katastroficznych, a bezpośrednim – zmniejszanie finansowego ryzyka na obszarach występowania tychże katastrof [Jędrzejczyk, 2010, s. 49-72]. Realizuje się je poprzez zachęcanie do zastosowania środków prewencyjnych w postaci prowadzenia odpowiedniej polityki ubezpieczeniowej. Celem tego rodzaju ubezpieczeń jest zmniejszenie podatności obiektów na zniszczenia, między innymi poprzez kontrolę stanu technicznego, projektowanie, wykonawstwo urządzeń zabezpieczających i szacowanie strat oraz politykę informacyjną i edukację.

Finansowanie klęsk żywiołowych, wymaga różnych instrumentów w zależności od etapu działań [szerzej: Przybytniowski, 2010, s. 100-101], w tym: finansowanie likwidacji szkód, finansowanie systemu zapobiegania potencjalnym zagrożeniom klęsk żywiołowych oraz finansowanie ograniczania, tych, że skutków, jak też ochrony majątku i ludności w trakcie akcji ratunkowej (Rysunek 75; Tabela i 15 ).

---

<sup>22</sup> Problem katastrof ma charakter interdyscyplinarny. W literaturze przedmiotu, możemy spotkać cztery pojęcia określające zjawiska naturalne powodujące szkody: zagrożenia naturalne (z ang.: *natural hazards*), klęski żywiołowe (z ang.: *natural calamities*), katastrofy naturalne (z ang.: *natural disasters*) oraz zdarzenie losowe (z ang.: *random events*) [szerzej: Lilly, Wood, Rosenbloom, 1986].



Rysunek 75: Finansowanie szkód powstałych w wyniku klęsk żywiołowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie zebranych informacji z: [www.nbp.pl](http://www.nbp.pl); [www.zus.pl](http://www.zus.pl); [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl)

Tabela 15: Finansowanie szkód powstałych w wyniku klęsk żywiołowych

<b>Źródło finansowania</b>	<b>Tytuł finansowania</b>	<b>Okres dostarczania środków</b>
Oszczędności własne gospodarstwa	Oszczędności w banku, pieniądze w domy, pożyczka od rodziny	Natychmiast po wystąpieniu szkody lub po likwidacji oszczędności w banku
Umowa ubezpieczenia (odszkodowanie wypłacone przez ubezpieczyciela)	Umowa ubezpieczenia obowiązkowego z tytułu budynków gospodarstwa rolnego, innych dobrowolnych umów ubezpieczenia np. mienia ruchomego, upraw, zwierząt	Nie później niż w ciągu 30 dni od dnia zgłoszenia szkody [patrz: regulacje K.c.]
Pomoc państwa	Kredyty klęskowe – niskoprocentowane, bezzwrotne zapomogi	W gestii banku udzielającego kredyt do 10 dni od wystąpienia szkody
Inne podmioty rynku	Instytucje charytatywne	Po wystąpieniu szkody

Źródło: opracowanie własne na podstawie zebranych informacji z: [www.nbp.pl](http://www.nbp.pl); [www.zus.pl](http://www.zus.pl); [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl).

Poza tym istnieją rozwiązania alternatywne w stosunku do ubezpieczeń. Alternatywę stanowią: samoubezpieczenie, kredyty bankowe, pomoc państwa, a także stosowany w Europie, a niewystępujący w Polsce:

1. Podatek katastroficzny.
2. System obowiązkowych ubezpieczeń rolniczych od klęsk żywiołowych, gdzie mechanizm działania jest zbliżony do funkcjonujących w Polsce opłat ekologicznych, polegających na gromadzeniu w funduszu celowym środków pieniężnych, które można wykorzystać na inwestycje.
3. Reasekuracja.

Analizując ryzyko klęsk żywiołowych, które należy do ryzyk o wysokiej szkodowości dla portfela ubezpieczyciela, dodatkowym zabezpieczeniem dla towarzystwa ubezpieczeniowego mogą być – ka-

tastroficzne instrumenty finansowe ułatwiające zarządzanie ryzykiem i dostęp do rynków kapitałowych. Zaliczamy do nich między innymi: obligacje katastroficzne, katastroficzne kontrakty terminowe, opcje katastroficzne, którymi handel odbywa się za pośrednictwem giełdy CATEX (z ang: *Catastrophe Risk Exchange*).

Tabela 16 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń pozostałych szkód rzeczowych w grupach 8-9.

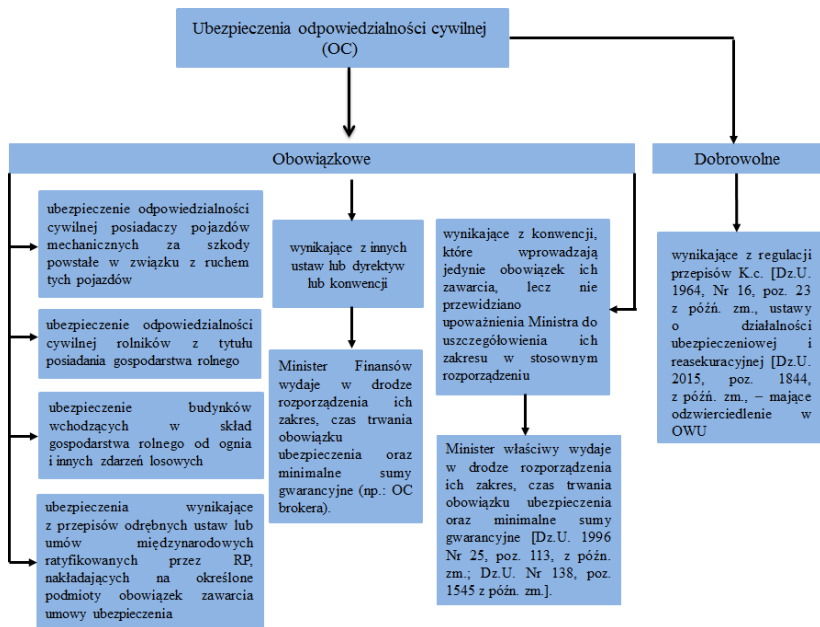
Tabela 16: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń pozostałych szkód rzeczowych w grupach 8-9 (wg stanu na 31.12.2022 r.)

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Ubezpieczenia szkód, obejmujące szkody rzeczowe, spowodowane przez żywioły</b>	<b>Ubezpieczenia szkód, obejmujące szkody rzeczowe, spowodowane przez żywioły</b>
Dział/grupy ubezpieczeń	grupa 8	grupa 9
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	5 103 336	5 373 945
Liczba umów czynnych (w szt.)	11 834 977	16 650 070
Liczba ryzyk czynnych – ubezpieczonych (w szt.)	86 894 060	85 561 167
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	2 364 053	1 827 020
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	502 905	1 099 671
Liczba zdarzeń (w szt.)	405 089	973 768
Charakter produktów	ochronny	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	10,04	10,58
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach Działu II (w %)	9,26	7,16

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>; aktualizacja: 18.02.2024 r.].

### 6.4.3. Pozostałe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), obejmują odszkodowania z tytułu szkód wyrządzonych osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi sam ubezpieczony, które w oparciu o obowiązujące przepisy prawne, dzielimy na obowiązkowe, (o których częściowo pisano w podrozdziale 6.4.1.) i ubezpieczenia dobrowolne (Rysunek 76).



Rysunek 76: Systematyka ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie istniejących przepisów prawnych.

Tabela 17 przedstawia typologię ubezpieczeń OC, z uwzględnieniem kryteriów podziału.

Tabela 17: Kryteria podziału ubezpieczeń OC

Kryterium podziału	Typologie
Forma nawiązywania prawnego stosunku ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obowiązkowe</li> <li>• Dobrowolne</li> </ul>
Źródło nakazu zawarcia umowy ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obowiązkowe powszechne (<i>sensu stricte</i>)</li> <li>• Obowiązkowe szczególne (<i>sensu largo</i>)</li> </ul>
Przedmiot ochrony i podmioty korzystające z ochrony ubezpieczeniowej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubezpieczenia deliktowe</li> <li>• Ubezpieczenia kontraktowe</li> <li>• Ubezpieczenia za produkt</li> <li>• Ubezpieczenia grup zawodowych</li> </ul>
Forma przymusu ubezpieczeniowego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obowiązkowe</li> <li>• Obowiązek ubezpieczenia OC</li> <li>• Powinność ubezpieczenia:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) powinność administracyjna</li> <li>b) powinność kontraktowa</li> </ol> </li> </ul>
Ustawowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Powszechne</li> <li>• Branżowe</li> <li>• Inne</li> </ul>
Reżim odpowiedzialności	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubezpieczenia deliktowe</li> <li>• Ubezpieczenia kontraktowe</li> </ul>
Standaryzacja w zakresie europejskiej statystyki ubezpieczeniowej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubezpieczenia pracodawców</li> <li>• Ubezpieczenia zawodowe</li> <li>• Ubezpieczenia ogólne</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.

**Wobec braku ustawowej definicji szkody w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, przyjmuje się, że podstawową odpowiedzialności jest: art. 361 § 1 K.c. Zawarty jest tam tylko związek przyczynowy, tj. „Zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła”, można określić grupy przypadków czy też stanów faktycznych, w których przedmiotem świadczenia jest naprawienie lub wynagrodzenie szkody. Szkody dzieli się na sześć grup:**

Wśród tych ubezpieczeń, można wyróżnić szkody związane z odpowiedzialnością:

1. Deliktową – dotyczy szkód, które powstały w wyniku czynu niedozwolonego przepisami prawa.
2. Kontraktową – dotyczy szkód powstałych w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
3. Wynikającej z umów – gdy strony w drodze umownego zobowiązania cywilnoprawnego ustalą, że w przypadku zaistnienia szkody jedna strona umowy zobowiązuje się do zapłaty z tego tytułu drugiej stronie świadczenia odszkodowawczego.
4. Powstałe w wyniku legalnego działania administracji – minister może uchylić lub zmienić w niezbędnym zakresie każdą decyzję ostateczną, jeżeli w inny sposób nie można usunąć stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu ludzkiemu albo zapobiec poważnym szkodom dla gospodarki narodowej lub dla ważnych interesów Państwa.
5. Powstałe w wyniku wykonywania praw podmiotowych – właściciel nie może sprzeciwić się użyciu, a nawet uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy przez inną osobę, jeżeli jest to konieczne do odwrócenia niebezpieczeństwa grożącego bezpośrednio dobrom osobistym tej osoby lub osoby trzeciej.
6. Powstałe w wyniku działania podjętego we wspólnym lub innej osoby interesie – kto w celu odwrócenia grożącej drugiemu szkody albo w celu odwrócenia wspólnego niebezpieczeństwa przymusowo lub nawet dobrowolnie poniósł szkodę majątkową, może żądać naprawienia poniesionych strat w odpowiednim stosunku od osób, które z tego odniosły korzyść.

**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pracodawców** (z ang.: *employment's practices liability insurance EPLI*) – to ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pracodawców z tytułu poniesienia z ich winy przez pracownika szkody wymagającej kompensaty w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Ponadto, chroni pracownika przed skutkami finansowymi roszczeń z tytułu: molestowania seksualnego, mobbingu, nieuzasadnionego zwolnienia z pracy, niesprawiedliwego oceniania oraz pozbawiania szans kariery.

**Ubezpieczenie OC grup zawodowych** – to ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu szkód wyrządzonych w związku



z wykonywaniem określonego zawodu. Oferta skierowana jest do grup zawodowych obciążonych w wysokim stopniu ryzykiem błędu zawodowego i innych ewentualnych przesłanek powstania szkody. Należą do nich art. zawody medyczne, prawnicze, nauczycielskie, związane z doradztwem finansowym i ubezpieczeniowym.

**Ubezpieczenie OC menedżera, inaczej: D&O** (z ang.: *directors and officers*). Ubezpieczenie to obejmuje odpowiedzialność ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobom trzecim, w tym spółce, w związku z wykonywaniem powierzonych obowiązków, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność cywilną zgodnie z:

1. Kodeksem Spółek Handlowych [Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037].
2. Umową bądź statutem i regulaminem spółki kapitałowej.
3. Innymi przepisami regulującymi odpowiedzialność członków organów spółki kapitałowej, na zasadach określonych w K.c.

**Ubezpieczenie to zabezpiecza:** przed skutkami roszczeń, jakie mogą zostać zgłoszone przez uprawnione podmioty w związku z postępowaniem członków władz spółki, chroniąc menedżerów, a w pewnych przypadkach także samą spółkę, przed poważną odpowiedzialnością finansową. Ubezpieczyciel w zamian za wpłaconą przez spółkę składkę zobowiązuje się dostarczyć tzw. pokrycie ubezpieczeniowe, w razie zajścia konkretnego wypadku ubezpieczeniowego w ściśle określonym w umowie zakresie czasowym.

Jest zwykle finansowane przez firmę i zapewnia pokrycie (w części lub w całości) wydatków będących konsekwencją orzeczeń sądów w sprawie roszczeń związanych z błędami w zarządzaniu, skargami zwalnianych pracowników, akcjonariuszy i udziałowców oraz innych podobnych działań podejmowanych w dobrej wierze, jeżeli zdarzenie będące źródłem szkody wystąpiło w okresie ubezpieczenia.

**Cechą ubezpieczenia OC menedżerów jest przede wszystkim** – błąd w zarządzaniu skutkujący odpowiedzialnością majątkową menedżera, jaki został popełniony w tak zwanej dobrej wierze (a nie w wyniku działań przestępczych oraz z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa). Ponadto, w tym ubezpieczeniu obowiązuje zasada „*actio directa*” (zasada oparta na przepisach kodeksu cywilnego, zgodnie z którą uprawniony do odszkodowania, w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

## **Obowiązki posiadającego ubezpieczenie D&O:**

1. Podjęcie dostępnych środków w celu zapobieżenia szkodzie lub w celu zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Zawiadomienie ubezpieczyciela w określonym w umowie terminie o wyrządzonej szkodzie.
3. Zgłoszenie ubezpieczycielowi o powstaniu wobec ubezpieczonego roszczenia.
4. Zgłoszenie ubezpieczycielowi o wystąpieniu przeciw ubezpieczonemu na drogę sądową.
5. Zgłoszenie ubezpieczycielowi o orzeczeniu sądu.

**Ubezpieczenie OC za produkt** – to ubezpieczenie odpowiedzialności producenta (również sprzedawców, dostawców, osoby firmującej produkt) za szkody na osobie lub mieniu wyrządzone osobie trzeciej w związku z użytkowaniem, zastosowaniem lub konsumpcją produktu określonego w umowie ubezpieczenia. Produkt to wszelkie dobra końcowe, w tym dobra inwestycyjne, wytworzone lub pozyskane metodą przemysłową i skierowane do obrotu towarowego w postaci rzeczy ruchomej, może to być także usługa, nie jest to natomiast nieruchomości, nieprzetworzony produkt rolny, leśny, hodowlany, zwierzyzna łowna.

W ubezpieczeniach OC, na podstawie przepisów prawa, została określona suma gwarancyjna, czyli: maksymalna wysokość odszkodowania lub/i świadczenia, które zakład ubezpieczeń wypłaci, w chwili zaistnienia odpowiedzialność ubezpieczonego. Suma ta może odnosić się:

1. do jednego zdarzenia lub
2. wszystkich zdarzeń powstałych w okresie umowy ubezpieczenia.

Okres, kiedy zakład ubezpieczeń spełni warunki wypłaty odszkodowania lub/i świadczenia, wyznaczony jest przez **zapadki czasowe**, tzw. trigger [Szewieczek, 2018, s. 345-346]:

1. Powstanie szkody w okresie ubezpieczenia.
2. Ujawnienie szkody w okresie ubezpieczenia (nie jest tu istotny moment zdarzenia).
3. zgłoszenie szkody lub powstanie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Mając na uwadze ustalenie wysokości szkody, to w tych ubezpieczeniach mamy:

1. Straty rzeczywiste – to straty, jakie doznało mienie poszkodowanego. Strata polega na zubożeniu poszkodowanego, jego stan aktywów

zostaje w wyniku wyrządzonej szkody uszczuplony. Straty te można ustalić stosując porównanie różnicowe, badając stan majątku poszkodowanego przed oraz po wystąpieniu szkody. Według prawa cywilnego poszkodowany może domagać się naprawienia tylko własnej szkody (a nie np. szkody osoby trzeciej).

2. Utratę korzyści – to takie, jakich poszkodowany mógł się spodziewać, gdyby nie została mu wyrządzona szkoda. Doznany uszczerbek nie powoduje uszczuplenia już posiadanego majątku poszkodowanego, ale nie staje się on bogatszy o spodziewane korzyści. W przypadku **utraconych korzyści** stawia się hipotezę, iż „w wypadku niewystąpienia zdarzenia powodującego szkodę, poszkodowany osiągnąłby określone korzyści”. Niezbędne jest, więc ustalenie:
  - a) jakiego rodzaju mogły być to korzyści,
  - b) czy rzeczywiście poszkodowany mógł się ich spodziewać.

**Przykład:** kradzież samochodu wykorzystywanego przez poszkodowanego do celów zarobkowych jest stratą rzeczywistą, a utrata spodziewanych zarobków jest utraconą korzyścią

W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej wyróżnia się 4 podstawowe funkcje:

1. **Kompensacyjna** – celem nadrzędnym realnego wypełnienia zobowiązania jest całkowite pokrycie szkód poniesionych przez poszkodowanego,
  2. **Prewencyjno-wychowawcza** – dolegliwość polegająca na obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia krzywdzie przez ich sprawcę stanowi istotny zwykle czynnik zapobiegania zdarzeniom rodzącym odpowiedzialność odszkodowawczą,
  3. **Represyjna** – wyraża się w zadaniu osobie odpowiedzialnej dolegliwości związanej z ciężącym na niej obowiązkiem naprawienia wyrządzonej szkody,
  4. **Repartycyjna** – polega na przesunięciu ciężaru naprawienia szkody z pojedynczych osób na określoną grupę.
- Inne funkcje odpowiedzialności cywilnej:

1. **Ekonomiczna** – polega na wymianie dóbr i usług.
2. **Zaspokojenie interesów tylko jednej strony** – polega na realizacji roszczeń poszkodowanego poprzez naprawienie szkody przez sprawcę.
3. **Zaspokojenie interesów obu stron.**

**Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników** (dalej: OC rolników) w formie obowiązkowej – wprowadzone z początkiem 1976 r.

Poza Polską, w krajach UE nie ma obowiązku ubezpieczenia OC rolników. Również w Polsce nie wszystkich rolników to dotyczy (np. rolników pracujących w spółdzielniach rolniczych).

**W art. 44 ustawy, [Dz.U. 2003, Nr 124, poz 1152 z późn. zm.] jest mowa o odpowiedzialności z tytułu tylko posiadania gospodarstwa rolnego, z wyłączeniem tzw. odpowiedzialności w życiu prywatnym.**

**Ważne:** Za rolnika indywidualnego, uważa się osobę fizyczną będącą [Ustawa z dnia 11 kwietnia 2003 r. o kształtowaniu ustroju rolnego: Dz.U.2003, Nr 64, poz. 259, z późn.zm.] :

- a) właścicielem, użytkownikiem wieczystym, samoistnym posiadaczem lub dzierżawcą nieruchomości rolnych, których łączna powierzchnia użytków rolnych nie przekracza 300 ha,
- b) posiadającą kwalifikacje rolnicze,
- c) co najmniej od 5 lat zamieszkałą w gminie, na obszarze której jest położona jedna z nieruchomości rolnych wchodzących w skład gospodarstwa rolnego i prowadzącą przez ten okres osobiście to gospodarstwo.

**Obowiązkowe ubezpieczenie budynków rolniczych** (dalej: ubezpieczenie OC budynków rolniczych) – regulują przepisy rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 3 kwietnia 1997 r. w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązkowego budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych [Dz.U. nr 36, poz. 220].

Należy pamiętać, że ubezpieczenie to nie pełni funkcji ochrony osób trzecich – jak w przypadku ubezpieczenia OC rolników – czyli jego

przymus nie może być uzasadniony „społeczną” argumentacją, która odnosi się do interesów ogółu poszkodowanych.

**Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń** rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem:

1. Wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa przez osoby, z wyjątkiem: wyrządzone umyślnie przez ubezpieczającego lub przez osobę, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność lub która pozostaje z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym (jest to sprzeczne z art. 827 § 1. K.c.),
2. termin rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń inny niż określony w ust. 1 i 2 art. 827 K.c można określić w umowie ubezpieczenia budynków rolniczych wtedy, gdy umowę zawiera się:
  - a) przed objęciem budynków rolniczych w posiadanie,
  - b) na okres kolejnych 12 miesięcy przed rozpoczęciem tego okresu.

Rolnik jest **obowiązany zawrzeć umowę** ubezpieczenia budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego, zwanego dalej „budynkiem rolniczym”, od ognia i innych zdarzeń losowych. Natomiast, obowiązek ubezpieczenia budynku w gospodarstwie rolnym powstaje z dniem pokrycia budynku dachem. **Sumę ubezpieczenia**, odrębnie dla każdego budynku rolniczego, ustala ubezpieczający z zakładem ubezpieczeń. Może ona odpowiadać wartości:

- a) rzeczywistej tego budynku, przez którą rozumie się wartość w stanie nowym w dniu zawarcia umowy, pomniejszona o stopień zużycia budynku rolniczego,
- b) nowej – w odniesieniu do budynków nowych oraz takich, których stopień zużycia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie przekracza 10%.

Ustalana jest na podstawie:

- a) cenników stosowanych przez ZU do szacowania wartości budynków,
- b) załączonego powykonawczego kosztorysu budowlanego, sporządzonego zgodnie z zasadami kalkulacji i ustalenia wartości robót budowlanych obowiązującymi w budownictwie, przez osobę posiadającą uprawnienia w tym zakresie albo wyceny rzeczoznawcy; w tych przypadkach ustalenie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek ubezpieczającego w razie ubezpieczenia budynku według wartości określonej.

W ubezpieczeniach rolnych, ryzyko należy rozpatrywać, jako: **przyszłą możliwą stratę**, przyczynę **przyszłego, możliwego i nieakceptowalnego stanu rzeczy** (czyli zagrożenie (tabela 18)), natomiast zarządzanie ryzykiem dotyczy nie tylko samych strat, ale także **przyczyn tych strat**.

Tabela 18: Zagrożenia i skutki realizacji zagrożeń w gospodarstwach rolnych

Rodzaj zagrożeń	Przykłady zagrożeń	Wybrane skutki realizacji zagrożeń
Cenowe	Niekorzystane zmiany cen na rynku produktów rolnych i środków produkcji dla rolnictwa	Straty finansowe, brak wystarczających środków na spłatę kredytów, jak też wznowienie produkcji w kolejnym sezonie
Instytucjonalne	Niekorzystne zmiany polityki państwa wobec sektora rolnego (zbyt wysoka akcyza, polityka UE w sprawie “Zielonego Ładu”	Konieczność zmiany lub ograniczenia w części prowadzonej działalności
Osobowe	Utrata zdrowia lub życia osób pracujących w gospodarstwie	Ograniczenie możliwości wytwórczych konieczność ponoszenia kosztów leczenia i/lub rehabilitacji samego rolnika
Technologiczne	Niespodziewane zmiany w technologii produkcji rolnej i zbyt szybkie zużycie się posiadanego wyposażenia technicznego, zjawisko zmian genetycznych w produkcji zwierzęcej i roślinnej	Utrata przewagi konkurencyjnej poprzez ustalenie poziomu kosztów stałych na poziomie zbliżonym lub wyższym w stosunku do innych gospodarstw rolnych, Dostosowanie wyposażenia technicznego czy posiadanego materiału siewnego do nowych wymagań technologicznych

Rodzaj zagrożeń	Przykłady zagrożeń	Wybrane skutki realizacji zagrożeń
Produkcyjne	Niekorzystane zdarzenia związane z procesem produkcji	Porastanie ziarna ze względu na jego niesprzągnięcie w odpowiednim czasie, zachwaszczenie pól na skutek błędów przy zastosowaniu odpowiednich preparatów
Finansowe	Roszczenia osób trzecich do aktywów	Zapłata świadczenia z tytułu odpowiedzialności deliktowej będącej następstwem czynu niedozwolonego
Majątkowe	Realizacja zdarzeń losowych, np. pożar	Szkody powstałe w majątku rzeczowym gospodarstwa, brak realizacji zakładanego poziomu dochodów
Klimatyczne/ przyrodnicze	Niedobór opadów w określonym okresie	Zmniejszony poziom plonowania lub brak materiału na obsianie w kolejnym roku, zła jakość pasz dla zwierząt

Źródło: opracowanie własne na podstawie OWU.

Główne powody niskiej popularności ubezpieczeń rolnych:

1. Wysokie koszty zakupu ubezpieczenia.
2. Ograniczona świadomość ubezpieczeniowa polskich rolników.
3. Dominacja wśród rolników gospodarstw nietowarowych (użytkujący gospodarstwo poszukują pracy poza gospodarstwem).
4. Niska pomoc państwa dla rolników w przypadku wystąpienia klęski żywiołowej.

**Przykładowy program ubezpieczeniowy dla gospodarstwa rolniczego może obejmować ubezpieczenie:**

1. Budynków gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych.
2. OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego,
3. Od ognia i innych zdarzeń losowych mienia, środków obrotowych, ziemiopłodów.
4. Od kradzieży z włamaniem i rabunku (gotówka, wyposażenie).
5. Sprzętu elektronicznego typu all risk.
6. NNW.
7. Komunikacyjne (pojazdy, maszyny i sprzęt rolniczy, w tym: OC/AC, NNW kierowców i pasażerów).
8. Posiadanego mienia oraz za produkt wprowadzony do obrotu.
9. Upraw od zdarzeń losowych (złego przezimowania, przymrozków wiosennych, gradobicia).

**Ustawa o ubezpieczeniach dotowanych** [Dz.U. Nr 150 poz. 1249 z późn. zm.] – wymienia następujące ryzyka uprawy polowej roślin (pierwsze pięć – podstawowe):

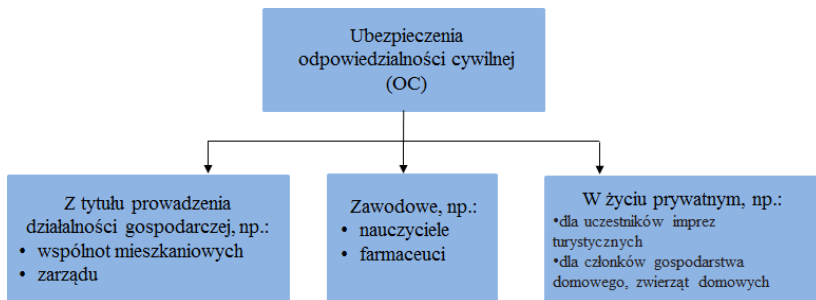
1. Powódź.
2. Grad.
3. Susza.
4. Ujemne skutki przezimowania.
5. Przymrozki wiosenne.
6. Deszcz nawalny.
7. Piorun.
8. Huragan.
9. Obsunięcie się Ziemi.
10. Lawiny.

W ubezpieczeniach dotowanych, stosuje się **franszyzę integralną** w wysokości, co najmniej 10% szkody w plonie głównym (dla suszy 25%), oraz udział własny w szkodzie na poziomie 10% jej wartości. Każdy producent rolny, który otrzymuje dopłatę obszarową jest zobowiązany do ubezpieczenia 50% areálu upraw (zboża, kukurydza, rzepak, rzepik, chmiel, tytoń, warzywa gruntowe, drzewa i krzewy owocowe, truskawki, ziemianki, buraki cukrowe i rośliny strączkowe), od co najmniej jednego z zagrożeń (pkt 1-5) w okresie 12 kolejnych miesięcy.

Dopłata do składki z tytułu ubezpieczenia upraw w wysokości 50% przysługuje tylko wówczas, gdy stawka za ubezpieczenia nie jest wyższa niż 3,5% SU (5% SU w przypadku rzepaku ozimowego).



Mając na uwadze istniejący stan prawny w Polsce, poza powyżej wymienionymi umowami ubezpieczenia OC, na rynku ubezpieczeniowym, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, można spotkać ubezpieczenie: OC zawodowe, OC z tytułu działalności gospodarczej oraz OC w życiu prywatnym (Rysunek 77).



Rysunek 77: Klasyfikacja ubezpieczeń OC, znajdujących w grupie 13, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: istniejących przepisów prawnych.

**Ubezpieczenie odpowiedzialności z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej** (grupa 13 ubezpieczeń Działu II). W zakres tego ubezpieczenia wchodzi szkody (na osobie lub w mieniu), które w trakcie czynności zawodowych, zostały wyrządzone osobom trzecim w związku z:

1. Prowadzeniem działalności gospodarczej.
2. Użytkowaniem mienia.
3. Wprowadzeniem produktu do obrotu.

W Polsce, można spotkać ubezpieczenia, np.: wspólnot mieszkaniowych. Ubezpieczyciel odpowiada za szkody z tytułu posiadanego mienia wobec ich członków, jak też odpowiedzialności najemcy nieruchomości. Ubezpieczenie to obejmuje także odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkody wyrządzone przez podwykonawców pra-

owników, którzy objęci są tego rodzaju ubezpieczeniem. Może ono zostać nabyte, przez każdy podmiot, bez względu na formę prawną prowadzenia działalności oraz bez względu na rozmiar prowadzonej działalności gospodarczej.

**Ważne:** ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody, które powstały w wyniku umyślnego działania lub umyślnego zaniechania działania, działań wojennych, aktów terroru czy strajków.

**Ubezpieczenie odpowiedzialności zawodowej** – wypłata odszkodowania osobom, którym ubezpieczony w sposób nieświadomy, wyrządził szkodę w następstwie działania lub jego zaniechania w trakcie wykonywania swoich obowiązków zawodowych.

Nabyciem tego rodzaju ubezpieczeń, są głównie zainteresowani ubezpieczający, którzy wykonują zawody, gdzie podstawowym warunkiem ich wykonywania – jest nabycie obowiązkowego ubezpieczenia OC.

Do tych zawodów należą min:

1. **OC doradców podatkowych** (z tytułu wykonywania doradztwa podatkowego – rozporządzenie MF z 24.07.2002r, Dz.U. nr 120, poz. 1023;
2. **OC podmiotów medycznych** (z tytułu wykonywania czynności medycznych – rozporządzenie MF z 26.11.1998r, [Dz.U. nr 143, poz. 921]);
3. **OC adwokatów** (z tytułu wykonywania czynności adwokackich – rozporządzenie MF z 10.10.2000r, Dz.U. nr 90, poz. 1001);
4. **OC notariuszy** (z tytułu wykonywania czynności notarialnych – rozporządzenie MF z 10.10.2000r, Dz.U. nr 90, poz. 1002);
5. **OC radców prawnych** (z tytułu wykonywania czynności prawnych – rozporządzenie MF z 10.10.2000r, Dz.U. nr 90, poz. 1003);
6. **OC rzeczników patentowych** (z tytułu wykonywania czynności patentowych – rozporządzenie MF z 21.08.2001r, Dz.U. nr 92, poz. 1021);
7. **OC architektów** (z tytułu wykonywania czynności architektów – rozporządzenie MF z dnia 17.04.2002r, Dz.U. nr 41, poz. 367);

8. **OC organizatorów imprez masowych** (z tytułu organizacji imprez masowych – rozporządzenie MF z 25.04.2002r, Dz.U. nr 69, poz. 636);

Ponadto, możemy tu zaliczyć: inżynierów budowlanych, usługi detektywistyczne, brokerskie, certyfikacyjne oraz komorników sądowych, czyli podmioty, które wykonując swoje zawody (wymagają dużej specjalizacji oraz odpowiedzialności), mogą narazić osoby trzecie na szkody i naruszyć ich zaufanie do wykonywanego zawodu.

Istnieją również zawody, gdzie podmioty je wykonujące dobrowolnie nabywają tego typu ubezpieczenie. Należą do nich min: nauczyciele czy farmaceuci.

Ten rodzaj ubezpieczenia chroni osoby trzecie (poszkodowanych) – z tytułu szkód rzeczowych na mieniu lub osobie oraz w aktywach finansowych. Mogą go nabyć osoby, które prowadzą działalność gospodarczą, pracujące na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia czy umowy o dzieło.

**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilne OC osób fizycznych w życiu prywatnym**, chroni ubezpieczonych przed skutkami finansowymi szkód wyrządzonych przez członków gospodarstwa domowego, zwierzęta domowe lub osoby zatrudnione przez gospodarstwo [Szewieczek, 2018, s. 363]. Ubezpieczenie to stanowi dodatek do ubezpieczenia nieruchomości.

Na podstawie OWU zawierana jest umowa ubezpieczenia, gdzie podmiot zawierający umowę jest zobowiązany do podania ubezpieczycielowi wszystkich znanych sobie okoliczności, o które przedstawiciel zakładu ubezpieczeń pytał, przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania.

Ubezpieczenie to chroni ubezpieczonego przed skutkami niekorzystnych, niedozwolonych zdarzeń, za które on sam ponosi odpowiedzialność cywilną (odpowiedzialność deliktową).

**Ważne:** jadąc na rowerze, potrąciłeś pieszego? Zapomniałeś odśnieżyć chodnik przed domem i przechodzień złamał nogę? Zapomniałeś zakreślić kran i zalałeś sąsiada? W tych i innych sytuacjach pomoże Ci nasze dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Odszkodowanie lub/i świadczenie, zostanie wypłacone, jeżeli Ty lub Twoi bliscy, Twoje

zwierzęta domowe lub osoby pomagające w gospodarstwie domowym przez przypadek wyrządzące szkody innej osobie.

Tabela 19 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej z grupy 13.

Tabela 19: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej z grupy 13 (wg stanu na 31.12.2022 r.)

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10–12.</b>
Nr działu/grupy ubezpieczeń	Dział II, grupa 13
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	3 113 959
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	6,13
Liczba umów czynnych (w szt.)	11 198 537
Liczba umów zawartych (w szt.)	13 152 772
Liczba czynnych ryzyk ubezpieczonych (w szt.)	18 650 116
Liczba ryzyk ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	22 973 779
Świadczenia wypłacone brutto (w tys. zł)	1 265 034
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach Działu II (w %)	4,95
Liczba szkód zlikwidowanych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	318 498
Liczba zdarzeń (w szt.)	234 139
Charakter produktów	ochronny

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>: aktualizacja: 19.02.2024 r.].

W ubezpieczeniach OC występują czasowe ograniczenia, jeżeli występują polisy typu:

1. „*Claims made*” – ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za roszczenia zgłoszone w okresie ubezpieczenia, bez względu na chwilę powstania czy ujawnienia szkody.
2. „*Loss occurrence*” – ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli szkoda powstała w okresie ubezpieczenia, bez względu na to, kiedy wystąpiło zdarzenie będące jej źródłem, oraz niezależnie od tego, kiedy doszło do ujawnienia szkody i zgłoszenia roszczenia odszkodowawczego.
3. „*Act committed*” – ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli zdarzenie będące źródłem szkody wystąpiło w okresie ubezpieczenia.
4. „*Loss manifestation*” – ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli szkoda ujawniła się w okresie ubezpieczenia, niezależnie od czasu jej powstania, daty zdarzenia, które ją wywołało.

#### 6.4.4. Ubezpieczenia finansowe

Istotną cechą **ubezpieczeń finansowych** jest ich powiązanie z gospodarką rynkową. Ubezpieczenia te służą do ochrony inwestorów lub podmiotów gospodarczych w wypadku, gdy kontrahent utraci płynność finansową i nie będzie miał możliwości spłacenia swoich zobowiązań.

Mając to na uwadze, ubezpieczenia te można rozpatrywać w dwojaki sposób: szerokim i wąskim znaczeniu.

1. W ujęciu szerokim [patrz: Kukielka, Poniewierka, 2003, s. 18] – ochronie ubezpieczeniowej podlega ryzyko poniesienia straty wskutek niewykonania przez kontrahenta zobowiązania oraz zdarzeń, które nie są objęte ochroną ubezpieczeniową przez inne umowy ubezpieczenia.
2. W ujęciu wąskim [Lisowski, 2016. s. 382] – ochronna ubezpieczeniowa bazuje na zasadzie, że w ramach ubezpieczenia finansowego ochroną objęte jest tylko ryzyko wynikające bezpośrednio z kontraktu (niewykonanie lub niewłaściwe wykonanie zobowiązania umownego), natomiast ochronie podlega tylko interes podmiotu, na rzecz którego świadczenie ma być spełnione.

Ubezpieczenia te charakteryzują się poniższymi cechami, do których można zaliczyć [patrz: Lisowski, 2016. 382]:

1. Zależność wyników zakładów ubezpieczeń od fazy cyklu koniunkturalnego.
2. Niewielkie znaczenie statystyki ubezpieczeniowej przy podejmowaniu decyzji o: akceptacji ryzyka, zawarciu ubezpieczenia, czy udzielaniu gwarancji.
3. Jednostkowy charakter każdej umowy – każdy wniosek ubezpieczeniowy traktowany jest indywidualnie.
4. Aktywna rola zakładu ubezpieczeń w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Regres ubezpieczeniowy.
6. Brak wpływu posiadania innych umów ubezpieczenia majątkowego na podjęcie przez zakład ubezpieczeń decyzji o przyjęciu do ubezpieczenia.
7. Silny związek z sektorem bankowym.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem [załącznik do ustawy: Dz.U. 2015, poz. 1844 z późn. zm.] – ustawodawca podzielił Ubezpieczenia finansowe na trzy grupy:

1. Ubezpieczenia kredytu (grupa 14).
2. Gwarancja ubezpieczeniowa (grupa 15).
3. Ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych (grupa 16).

#### **Różnica między ubezpieczeniami finansowymi od innych ubezpieczeń:**

1. Każde ryzyko rozpatrywane jest indywidualnie (umowa ubezpieczenia ma charakter jednostkowy – zwykle dotyczy określonego podmiotu gospodarczego i określonych transakcji finansowych).
2. Analizę ryzyka przeprowadza się na bieżąco – nie tylko przed zawarciem polisy, ale także po jej podpisaniu.
3. Prawo zakładu ubezpieczeń do regresu.
4. Składka ubezpieczeniowa jest analizowana indywidualnie. Uzależniona jest od:
  - a) oceny ryzyka, w tym: okres działania przedsiębiorstwa, zdolność do realizacji kontraktu i regulowania zobowiązań, kondycja finansowa przedsiębiorstwa, możliwości skutecznego regresu, miejsce realizacji kontraktu, zagrożenia zewnętrzne w realizacji kontraktu (np.: czynniki polityczne);

- b) długości ochrony ubezpieczeniowej;
  - c) zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
5. W ubezpieczeniach finansowych jest graniczny poziom wielkości ryzyka. Powyżej tego ryzyka – ubezpieczyciel nie przyjmie do ubezpieczenia.

**Ważne:** w tego rodzaju ubezpieczeń, nie ma możliwości stosowania zasady – im wyższe ryzyko, tym wyższa składka ubezpieczeniowa.

Korzyści dla przedsiębiorcy z **umowy gwarancji ubezpieczeniowych**:

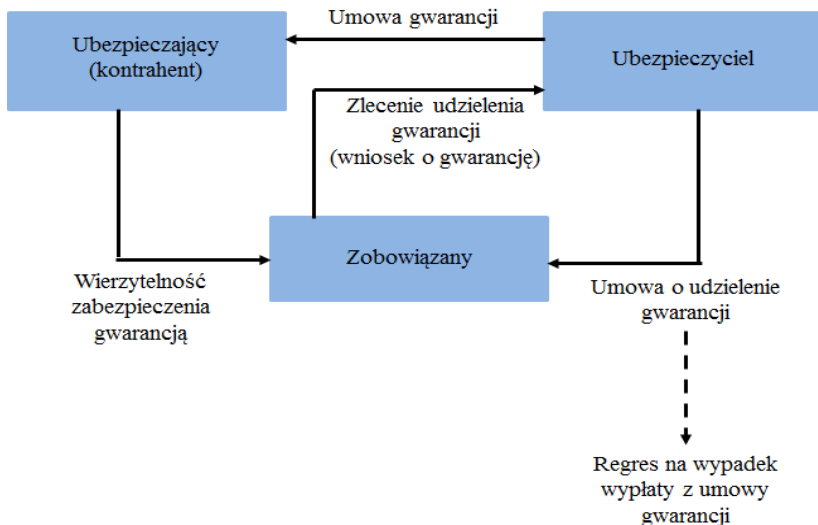
1. Wpływ na wynik finansowy przedsiębiorstwa (polepszenie płynności finansowej).
2. Zwiększenie wiarygodności przedsiębiorstwa na rynku (terminowość wykonywania swoich zobowiązań).
3. Daje możliwość zwiększenia rozwoju przedsiębiorstwa (zwiększenie środków na inwestycje).

Umowa **gwarancji ubezpieczeniowej** (grupa 15) – zawiera w sobie zobowiązanie (świadczenie pieniężne), jakie ubezpieczyciel ma do spełnienia wobec podmiotu (beneficjent) zawierającego umowę, w sytuacji, gdy przedsiębiorca dający dane zlecenie zobowiązanemu udzielenia jednocześnie gwarancji, a on nie wywiązał się w sposób terminowy ze zobowiązania, które ma zabezpieczenie – gwarancją (Rysunek 78, 79).



Rysunek 78: Procedura uzyskania umowy gwarancji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [patrz: Lisowski, 2016. 382; Kukielka, Poniewierka, 2003, s. 18; Wierzbicka, Wierzbicki, 2011, s. 382].



Legenda:

Zobowiązany – podmiot wnoszący o wydanie gwarancji

Kontrahent (beneficjent) – podmiot uprawniony do wypłaty z gwarancji i zlecający wykonanie prac Zobowiązanemu

Ubezpieczyciel (gwarant) – podmiot udzielający na rzecz Kontrahenta gwarancji wykonania zobowiązań, przez Zleceniodawcę gwarancji.

Rysunek 79: Istota gwarancji finansowej – wzajemne relacje umowy gwarancji ubezpieczeniowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [patrz: Lisowski, 2016. 382; Kukielka, Poniewierka, 2003, s. 18; Wierzbicka, Wierzbicki, 2011, s. 382].

Zakres **odpowiedzialności ubezpieczyciela** (gwaranta) z umowy gwarancji, wynika głównie z treści zawartej umowy i zależy przede wszystkim od wskazania w niej:

1. Jaki jest rodzaj zabezpieczonego zobowiązania.
2. Warunki, jakie decydują, że dane zobowiązanie nie zostało wykonane przez Zleceniodawcę gwarancji.
3. Opis relacji pomiędzy: zobowiązaniem ubezpieczyciela do zobowiązania Zleceniodawcy gwarancji.



4. Czy zmiana treści podstawowej umowy gwarancji bezpośrednio wpływa na zobowiązanie ubezpieczyciela.
5. Jakie są sumy gwarancji i w jakich są walutach.
6. Okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Rodzaje gwarancji:

1. Kontraktowe – w tym: należyte wykonanie kontraktu, należyte usunięcie wad i usterek, zwrot zaliczki. Wadium.
2. Celno-podatkowe – w tym: czasowe składowanie towarów, odprawa czasowa, skład celny, dopuszczenie do obrotu.
3. Środowiskowe.
4. Zwrotu dotacji.
5. Na rzecz Krajowego Ośrodka Wsparcia Rolnictwa.
6. Zabezpieczające dofinansowanie w ramach Kapitału Ludzkiego czy Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Korzyści dla przedsiębiorcy** z umowy ubezpieczenia kredytu kupieckiego:

1. Zabezpieczenie w sytuacji, gdy nie dotrzyma on terminu opłaty za sprzedany produkt lub/i usługę.
2. Analiza i weryfikacja przedsiębiorców pod względem wiarygodności finansowej (terminowości spłacania zobowiązań) i oceny ich płynności finansowej odbiorców.
3. Kontrola podmiotu nad portfelem finansowym odbiorców.

Kolejnym rodzajem umów finansowych, należących do grupy ubezpieczeń finansowych (grupa 14), są **ubezpieczenia kredytu**.

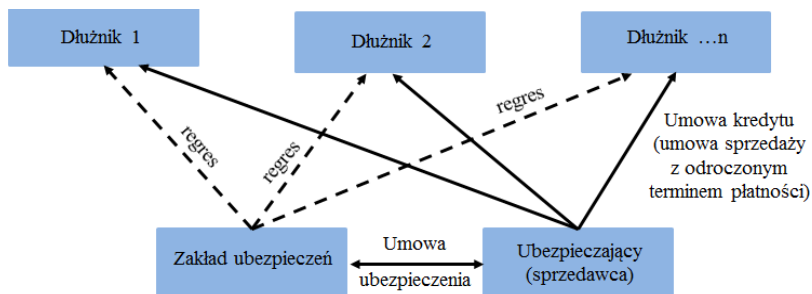
Są to produkty zapewniające pokrycie strat majątkowych, jakie mogą wystąpić po stronie podmiotów udzielających kredyt z powodu niedotrzymania przez kredytobiorców (okoliczności zawarte w umowie ubezpieczenia) spłaty należności w następstwie udzielonego kredytu. W wyniku zawarcia takiej umowy – następuje transfer (cedowanie) ryzyka kredytowego na ubezpieczyciela.

Do najczęściej zawieranych umów należą umowa ubezpieczenia zawierana bezpośrednio z:

1. **Kredytodawcą.** Polega ona na zawarciu umowy pomiędzy ubezpieczycielem a kredytodawcą (np.: leasingodawca, bank), czyli stroną oferującą kredyt kupiecki. Umowa ta może obejmować:
  - a) jedną transakcję kredytową zawieraną z jednym podmiotem;
  - b) wiele transakcji kredytowych zawieranych z jednym podmiotem;

- c) pojedyncze transakcje kredytowe zawierane z wieloma podmiotami;
- d) transakcje cykliczne zawierane z wieloma podmiotami.
2. **Kredytobiorcą na rzecz kredytodawcy.** Umowy zawierane są pomiędzy kredytobiorcą (ubezpieczającym) a kredytodawcą. Ubezpieczający, zawiera umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem. W umowie ubezpieczenia istnieje zabezpieczone ryzyko, jakie jest ponoszone przez kredytodawcę, który jest ubezpieczonym [Kowalczyk-Rólczyńska, 2013, s. 83].
- Kluczowymi produktami z tej grupy ubezpieczeń są ubezpieczenia:
1. Kredytu bankowego.
  2. Kredytu kupieckiego, inaczej zwane – ubezpieczeniem należności.
  3. Należności leasingowych.
  4. Należności faktoringowych.
  5. Należności wynikających ze sprzedaży ratalnej.

**Ubezpieczenie kredytu kupieckiego** chroni należności ubezpieczającego, powstałe w następstwie sprzedaży towarów, które były zrealizowane na zasadach kredytowych (zapłata następuje w umówionym terminie – późniejszym niż wydanie towaru); (Rysunek 80).



Rysunek 80: Procedura ubezpieczenia kredytu kupieckiego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [patrz: Lisowski, 2016. 382; Kukielka, Poniewierka, 2003, s. 18; Wierzbicka, Wierzbicki, 2011, s. 382].

Ochrona ubezpieczenia odnosi się do bezspornych należności, których dłużnik nie zapłacił w określonym limicie kredytowym, potwierdzonym fakturami wystawionymi w czasie obowiązywania limitu kredytowego, w następnym:

- a) prawnie stwierdzonej niewypłacalności,
- b) przewlekłej zwłoki.

Niektórzy ubezpieczyciele [Lisowski, 2010, s. 388] – mogą zawrzeć umowę ubezpieczenia za dodatkową składkę – rodzaj **ryzyka nie-handlowego**, do którego zalicza się: np.: ryzyko polityczne, ryzyko katastroficzne, ryzyko kursowe.

Zakład ubezpieczeń **odpowiada za szkody** będące następstwem [por. Lisowski, 1010, s. 388]:

1. Ogłoszonej upadłość dłużnika.
2. Oddalonego wniosku o ogłoszenie upadłości dłużnika ze względu na to, że majątek dłużnika jest:
  - a) niewystarczający na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
  - b) wystarczający zaledwie na zaspokojenie tych kosztów postępowania upadłościowego,
  - c) obciążony, np.: hipoteką, zastawem, zastawem rejestrowym, w takim stopniu, że pozostały majątek nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.
3. Otwarto którekolwiek z postępowań restrukturyzacyjnych zgodnie z Ustawą Prawo restrukturyzacyjne [Dz.U. 2015 poz. 978 z późn. zm.].
4. Postępowanie egzekucyjne w stosunku do wszystkich składników majątku dłużnika, które zostało wszczęte na wniosek ubezpieczającego przeciwko dłużnikowi nie skutkowało pełnym zaspokojeniem jego należności wskutek niewystarczającego zasobu majątku dłużnika.

**Podstawowe warunki**, jakie powinny być spełnione, by umowa kredytu kupieckiego została objęta umową ubezpieczenia:

1. Powstały w czasie obowiązywania limitu kredytowego dla danego dłużnika.
2. Są bezsporne.
3. Dotyczą towarów odebranych przez dłużnika bez zastrzeżeń, co do należytego wykonania przez ubezpieczającego umowy sprzedaży.

4. Została za niezapłaconą składka ubezpieczeniowa w czasie, jak i w odpowiedniej wysokości.
5. W dniu wydania dłużnikowi towaru lub przed tym dniem nie stwierdzono powstania wypadku ubezpieczeniowego.

**Składkę ubezpieczeniową** ubezpieczający jest obowiązany opłacić wprost proporcjonalnie do wartości realizowanego i zgłoszonego do ubezpieczenia obrotu kredytowego.

**Szkodą w ubezpieczeniu kredytu kupieckiego** stanowi – suma nieopłaconych należności, które są objęte limitem kredytowym, pomniejszone o kwotę możliwą do potrącenia, kwotę uzyskaną z posiadanych zabezpieczeń, wartość towarów, które odzyskali od dłużnika, upusty, rabaty czy redukcje długu.

**Ubezpieczenie kredytu bankowego** – w głównej mierze uzależnione jest od kredytowej oferty bankowej. **Przedmiotem ubezpieczenia** w tego rodzaju Ubezpieczenia, jest spłata przez kredytobiorcę zobowiązania (kredytu) wraz z należnymi kosztami – na zasadach określonych w umowie kredytowej

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:

1. Kary umowne.
2. Odsetki od przeterminowanych rat kredytu.

**Odpowiedzialność ubezpieczyciela** z tytułu zawarcia umowy kredytu bankowego, obejmuje odpowiedzialność za częściową lub całkowitą utratę zdolności związanej z obsługą długu przez ubezpieczonego, spowodowaną:

1. Śmiercią (osoba fizyczna).
2. Trwałą utratą zdrowia, która uniemożliwia podjęcie pracy (osoba fizyczna).
3. Niewypłacalnością (osoba fizyczna lub przedsiębiorca).

Do najbardziej popularnych rodzajów ubezpieczeń, należy – kredyt hipoteczny (z ang.: *mortgage insurance*) [Kowalczyk-Rólczyńska, 2011, s. 85-94]. Ubezpieczenie to jest wykorzystywane przez kredytodawców przy kredytach charakteryzujących się relatywnie wysokim współczynnikiem LtV (z ang.: *Loan to Value* <sup>23</sup>). Im wyższy jest poziom tego współczynnika, tym istnieje większe ryzyko niewypłacalności kredytobiorcy.

---

<sup>23</sup> stosunek kwoty kredytu do wartości nieruchomości.

Tabela 20 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń finansowych z grup 14, 15 i 16.

Tabela 20: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń finansowych z grup 14, 15 i 16 (wg stanu na 31.12.2022 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia finansowe		
	Dział II, grupa 14	Dział II, grupa 15	Dział II, grupa 16
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	676 011	561 707	1 208 487
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	1,33	1,11	2,38
Liczba umów czynnych (w szt.)	144 777	114 065	3 482 734
Liczba umów zawartych (w tys.)	1 346 876	212 287	10 224 832
Liczba ryzyk ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	1 958 999	130 858	27 393 691
Liczba ryzyk czynnych ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	398 723	485 055	7 085 963
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	128 876	94 797	214 114
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	12 418	1 856	85 480
Liczba zdarzeń (w szt.)	15 257	1 497	80 222
Udział w wypłaconych świadczeniach Działu II (w %)	5,05	3,72	8,39
Charakter produktów	ochronny prewencyjny	ochronny prewencyjny	ochronny prewencyjny

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>: aktualizacja: 20.02.2024 r.].

## 6.4.5. Ubezpieczenia ochrony prawnej

Zgodnie z treścią art. 27 ust. 1 [Dz.U. 2015 poz. 978 z późn. zm., Dział II, grupa 17 załącznika do niniejszej ustawy] ubezpieczenie **ochrony prawnej** (z ang.: *legal protection* (OP)), polega na zobowiązaniu się ubezpieczyciela w zamian za opłatę składki ubezpieczeniowej do poniesienia kosztów postępowania sądowego, jak też wykonania innych usług zawartych w umowie ubezpieczenia, w celu:

1. Zapewnienia odszkodowania z tytułu poniesionej przez ubezpieczonego straty, uszkodzenia ciała oraz szkody przez ugodę pozasądową lub w postępowaniu cywilnym lub karnym.
2. Obrony w postępowaniu karnym albo reprezentowania ubezpieczonego w postępowaniu karnym, administracyjnym, cywilnym lub innym postępowaniu albo w związku z roszczeniem zgłoszonym wobec tej osoby.

Jak można zauważyć, w praktyce świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy – dzieli się zazwyczaj na [por: Ostrowska, 2016, s. 505]:

1. Ochronę prawną, która obejmuje finansowanie kosztów prowadzenia postępowania sądowego.
2. Asystę prawną (z ang.: *legal assistance*), która obejmuje tzw. – inne usługi.

Biorąc pod uwagę, tzw. inne usługi, to idea jaka przyświecała w wpisaniu tych usług do ustawy – była działalność prewencyjna.

Ubezpieczony, który doznał szkody, zgodnie z zapisami OWU lub ustawą musi podjąć, jak szybszą decyzję, by uniknąć negatywnych konsekwencji, uzyskując szybką pomoc telefoniczną. W efekcie, dzięki szybkiej reakcji, ma możliwość uniknięcia ryzyka, np.: związanego z kosztami postępowania administracyjnego lub/i sądowego. W ramach tej usługi, może także uzyskać pomoc telefoniczną w organizacji niezbędnych działań zawiązanych z dochodzeniem roszczeń, po zaistnieniu szkody (przygotowanie odpowiednich dokumentów czy oświadczeń od sprawcy wypadku, np.: komunikacyjnego), a tym samym szans na pozytywne rozstrzygnięcie planowanego postępowania sądowego w razie sporu.

Wspólnym mianownikiem dla tych działań jest uniknięcie lub zminimalizowanie kosztów, związanych z postępowaniem sądowym. Korzyść ta powinna mieć pozytywny skutek zarówno dla ubezpieczonego, poszkodowanego, jak również dla ubezpieczyciela.

Natomiast, należy pamiętać, że zakres powyższych świadczeń związanych z tzw. innymi usługami, będzie się różnił w zależności od ubezpieczyciela, jak też od wysokości opłaconej składki.

**Ważne:** ustawodawca wskazuje, że ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym [Szmak, 2012, ss. 75-88].

Tabela 21 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń finansowych z grup 17.

Tabela 21: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń finansowych z grupy 17 (wg stanu na 31.12.2022 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia ochrony prawnej
Nr działu/grupy ubezpieczeń	Dział II, grupa 17
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	80 344
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	1,58
Liczba umów czynnych (w szt.)	1 300 588
Liczba umów zawartych (w tys.)	1 273 436
Liczba ryzyk ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	1 730 748
Liczba ryzyk czynnych ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	1 650 690
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	13 130
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	3 249
Liczba zdarzeń (w szt.)	2 167
Udział w wypłaconych świadczeniach Działu II (w %)	0,51
Charakter produktów	ochronny

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>: aktualizacja: 21.02.2024 r.].

#### 6.4.6. Ubezpieczenia turystyczne

Wprawdzie w literaturze przedmiotu nie spotyka się definicji ubezpieczeń turystycznych, jednak można stwierdzić, iż są to ubezpieczenia, które służą zaspokojeniu potrzeb finansowych klientów (gospodarstw domowych i przedsiębiorstw) ubezpieczyciela, które powstają w następstwie realizacji ryzyka dla podmiotu podejmującego aktywność w zakresie turystyki i rekreacji.

Spośród wielu definicji ubezpieczenia (przy uwzględnieniu charakteru i specyfiki poszczególnych dyscyplin nauk związanych z ubezpieczeniami) mając na uwadze cel, niniejszego artykułu, istotną rolę odgrywają te, które eksponują rolę oraz znaczenie usługi ubezpieczeniowej dla jej klienta zakładu ubezpieczeń. W tym ujęciu rolą ubezpieczenia jest spowodowanie przywrócenia jednostce ekonomicznej pozycji, jaką miała przed powstaniem szkody [por. Sangowski 1998, s. 140]. Ubezpieczenie z punktu widzenia usługobiorcy jest urządzeniem gospodarczym, które pozwala zastąpić niepewność poniesienia strat pewnym, ale stosunkowo niewielkim kosztem, jakim jest składka ubezpieczeniowa [por. Hadyniak, 2000, s. 53-60; Przybytniowski 2016, s. 119-124].

Mając na uwadze klienta zakładu ubezpieczeń, to szczególnie rolę ma charakter prawny umowy ubezpieczenia. Zgodnie z prawem zobowiązań [Art. 805 § 1, K.c.; 1964; Orlicki 2010, s. 123] „przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (to jest do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej) i do zapłaty owej sumy, jeśli wypadek ubezpieczeniowy zajdzie, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę”

Ubezpieczenia w turystyce obejmują różnorodne produkty, które skierowane są zarówno do przedsiębiorstw typowo turystycznych, jak i do osób fizycznych. Podział ten można oprzeć o kryterium: podmiotowe, przedmiotowe, jak też związane z: budową programu ubezpieczenia, przestrzennym charakterem ryzyka, swobodą lub brakiem swobody zawarcia umowy ubezpieczenia, regulacją prawną oraz z kryterium branży.

Syntetyczna prezentacja kryteriów podziału i klasyfikacji oraz przykładowych produktów ubezpieczeniowych, zaliczanych do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń wyodrębnionych za pomocą tych kryteriów, zaprezentowano w tabeli 22 [por. Gasińska, 2013, s. 48-67].



Tabela 22: Kryteria podziału ubezpieczeń turystycznych

<b>Kryterium ubezpieczenia</b>	<b>Rodzaje ubezpieczeń turystycznych</b>
Podmiotowe	dla podmiotów gospodarczych, np.: organizatorów turystyki, hotelarzy, organizatorów imprez masowych, właściciele gospodarstw agroturystycznych.
	dla osób fizycznych, np.: związane z turystyką zorganizowaną lub indywidualną, o charakterze rekreacyjnym (NNW*, casco, bagażu podróznego).
Przedmiotowe	osobowe, np.: NNW oraz chorobowe
	majątkowe, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mienia: np.: bagaż podróznego, sprzęt sportowy – służący turystyce i rekreacji;</li> <li>• OC: np.: kontraktowe i deliktowe organizatorów turystyki, turysty.</li> </ul>
Program ochrony (budowa produktu)	w obrocie zagranicznym: np.: dla uprawiających indywidualną turystykę zagraniczną; zagranicznych podróży biznesowych.
	w obrocie krajowym: np.: dla krajowych podróży.
Przymus lub brak przymusu	obowiązkowe OC, np.: posiadaczy pojazdów za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów; rolnika; budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego..
	dobrowolne, np.: OC zawodowe (dla nauczycieli, wychowawców i opiekunów; kolonijnych, ratowników); OC w życiu prywatnym; OC przewodników, organizatorów turystyki i pilotów wycieczek oraz ubezpieczenie podróży.
Źródeł prawnych	morskie, np.: OC armatorów.
	lądowe, np.: narciarzy; NNW w turystyce górskiej.
Branży	Dział I, np.: wypadkowe ubezpieczenie na życie.
	Dział II, np.: NNW turysty; casco; organizatorów turystyki wodnej.

Legenda: NNW – następstwa nieszczęśliwych wypadków;  
OC – odpowiedzialność cywilna

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Dz.U.2018.0.473;  
Dz.U.2019.0.381].

Mając na uwadze kryterium ochrony ubezpieczeniowej, czyli zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za szkody powstałe z umowy ubezpieczenia, to wyróżniamy następujące umowy:

**Ubezpieczenie turystyczne podstawowe.** Umowa ta, w głównej mierze skoncentrowana jest na potrzebach indywidualnych klienta i winna zawierać ubezpieczenie:

1. Kosztów leczenia.
2. Assistance.
3. Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW).
4. Odpowiedzialność cywilną w życiu prywatnym.

**Ubezpieczenie turystyczne w wariantcie rozszerzonym,** gdzie klient może dodatkowo rozszerzyć wariant podstawowy o ubezpieczenie:

1. Bagażu.
2. Rezygnacji z uczestnictwa lub skrócenia wyjazdu zorganizowanego.
3. Biernego uczestnictwa w aktach terroru, zamieszkach.
4. Zaostrzenia lub powikłania chorób przewlekłych.

Ponadto, klienci, którzy uprawiają sporty wysokiego ryzyka, tzw. sporty ekstremalne mogą rozszerzyć zakres ubezpieczenia o ochronę w zakresie rekreacyjnego uprawiania sportów bądź sportów wysokiego ryzyka.

Przedmiotem ubezpieczenia turystycznego są różnego rodzaju nieoczekiwane koszty, jakie powstały w wyniku nieprzewidzianymi zdarzeniami losowymi związanymi z wyjazdem, nagłej choroby, nagłego nieszczęśliwego wypadku (przed i w trakcie wyjazdu) lub podczas powrotu, odwołaniem lotu. Do tego typu nieprzewidzianych wydatków należy między innymi zaliczyć koszty [por: Pisarewicz, Gierusz, Kowalczyk-Rólczyńska, Pobłocka, 2020, s. 141-142]:

1. Zaliczek na wyjazdy turystyczne;
2. Odwołania lotu, (które nie są z przyczyn ubezpieczonego);
3. Związane z przeprowadzoną akcją ratowniczą lub poszukiwawczą;
4. Związane z transportem do lekarza, w tym transport medyczny (do miejsca zamieszkania lub kraju dalszego leczenia);
5. Leczenia (ambulatoryjne i szpitalne powypadkowe leczenie obrażeń czy nagłych zachorowań);
6. W związku z przybyciem i towarzyszeniem osób bliskich;
7. Pomocy prawnej (wyjazd zagraniczny);
8. Naprawy, wypożyczenia lub zakupu nowego sprzętu, który uległ awarii, zniszczeniu;

9. Związane z kradzieżą (np.: samochodu, bagażu);
10. Noclegu;
11. Związane z utratą dokumentów czy kart płatniczych (pomoc w odzyskaniu lub wyrobieniu nowych kart);
12. Poniesione w celu naprawienia wyrządzonej szkody innej osobie z winy ubezpieczonego lub jego braku rozwagi.

Tabela 23 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń finansowych z grup 18.

Tabela 23: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń finansowych z grupy 18 (wg stanu na 31.12.2022 r.)

Wyszczególnienie	<b>Ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania</b>
Nr działu/grupy ubezpieczeń	Dział II, grupa 18
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	3 334 976
Udział w składce przypisanej brutto Działu II (w %)	6,56
Liczba umów czynnych (w szt.)	29 194 749
Liczba umów zawartych (w tys.)	32 308 531
Liczba ryzyk ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	75 602 628
Liczba ryzyk czynnych ubezpieczonych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	46 995 031
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	1 526 295
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	876 582
Liczba zdarzeń (w szt.)	762 056
Udział w wypłaconych świadczeniach Działu II (w %)	5,98
Charakter produktów	Ochronny

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.Knf.Gov.Pl>: aktualizacja: 23.02.2024 r.].

Reasumując powyższe rozważania na temat ubezpieczeń majątkowych, to w **przychodach ogółem** składka przypisana brutto miała dominującą rolę. W 2022 r. wyniosły one 72 359,0 mln zł. Daje to wzrost o 4,5% w porównaniu do roku 2021 r., w tym: 50 815,5 mln zł (70,2%) pochodziła z tych ubezpieczeń.

Natomiast w strukturze **kosztów ogółem** główną pozycję, stanowiły odszkodowania i świadczenia. W roku 2022 wypłacono brutto 44 385,7 mln zł ogółem i były o 7,5% wyższe niż w 2021 r., z czego z Działu II wypłacono 25 515,7 mln zł (57,5%); (Tabela 24).

Tabela 24. Przychody i koszty oraz wynik techniczny zakładów ubezpieczeń w Dziale II

Wyszczególnienie	2021	2022	2021=100
Przychody ogółem (w mln zł), w tym:	40 677,9	44 482,1	109,4
Składki zarobione na udziale własnym	35 645,5	38 756,6	108,7
Przychody z lokat	4 117,3	4 672,4	113,5
<b>Koszty ogółem</b> , w tym:	36 626,9	40 585,0	110,8
Odszkodowania i świadczenia	21 245,9	23 672,6	111,4
Zmiany stanu innych rezerw techniczno- ubezpieczeniowych	17,5	12,2	69,7
Koszty działalności ubezpieczeniowej	10 911,8	12 024,6	110,2
Koszty działalności lokacyjnej	1 455,0	1 504,0	103,4
Wynik finansowy netto	4 051,0	3 897,1	96,2
Wynik techniczny	3 055,1	2 852,4	93,4

Źródło: Wyniki finansowe zakładów ubezpieczeń za rok 2022, GUS [<https://www.Gus.gov.Pl>: aktualizacja: 23.02.2024 r.].

**Składka przypisana brutto** z działalności bezpośredniej ogółem w Dziale II uplasował się na poziomie 70,2%. Dominującą pozycję w ubezpieczeniach majątkowych stanowiły składki z ubezpieczeń komunikacyjnych – 51,3%. Składki te zwiększyły się o 5,8% w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosły 26 051,4 mln zł. Udział ubezpieczeń Grupy 3 w składkach ubezpieczeń majątkowych wyniósł 21,7%, a z ubezpieczeń Grupy 10 – 29,6% (Tabela 25).

Tabela 25: Składka przypisana brutto oraz odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w podziale na wybrane rodzaje ubezpieczeń z działalności bezpośredniej Działu II (w mln zł)

Wyszczególnienie	Składki przypisane brutto			Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto		
	2021	2022	2021=100	2021	2022	2021=100
Ogółem, w tym:	47 094,9	50 815,5	107,9	22 856,5	25	111,6
				515,7		
Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe	3 025,1	2 805,7	92,7	620,3	737,5	118,9
Ubezpieczenia autocasco pojazdów lądowych*	11 005,1	9 697,6	88,1	6 000,1	6 412,4	106,9
Ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami	4 414,6	5 104,3	115,6	2 020,5	2 364,1	117,0
Ubezpieczenia pozostałych szkód rzeczowych	4 472,2	5 374,5	120,2	1 368,7	1 827,1	133,5
Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynikającej z posiadania pojazdów lądowych, W tym:	14 927,0	15 046,3	100,8	9 292,4	9 851,5	106,0
Obowiązkowe ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych	14 628,8	14 711,0	100,6	9 104,3	9 664,6	106,2
Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej	2 809,7	3 114,9	110,9	1 140,2	1 265,0	110,9

Legenda: składki zebrane z tytułu polis komunikacyjnych wyniosły 26,1 mld.

Źródło: Wyniki finansowe zakładów ubezpieczeń za rok 2022, GUS [<https://www.Gus.gov.Pl>; aktualizacja: 23.02.2024 r.].

## 6.5. Ubezpieczenia na życie

### 6.5.1. Pojęcie, przedmiot i świadczenie w ubezpieczeniu na życie

**Przez umowę ubezpieczenia na życie** zakład ubezpieczeń zobowiązuje się w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej spełnić świadczenie w postaci zapłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (por. Art. 805 K.c.).

Natomiast, **ubezpieczenie osobowe** może w szczególności dotyczyć [patrz: Art. 829 K.c.], Przy ubezpieczeniu:

1. **Na życie** – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku.
2. **Następstw nieszczęśliwych wypadków** – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Tym samym, w ubezpieczeniach osobowych, w tym na życie, wypadek musi posiadać określone cechy, zwłaszcza zdarzenie być musi:

1. **Przyszłe** – późniejsze od powstania stosunku prawnego ubezpieczenia (tj. powstałe po zawarciu umowy ubezpieczenia).
2. **Niepewne** – takiego wystąpienie nie jest przesądzone.
3. **Niezależne** od woli jednostki, która została nim dotknięta.
4. **Prawne** – powodujące powstanie po stronie zakładu ubezpieczeń obowiązku spełnienia umówionego świadczenia.

**Za ubezpieczonego** w umowie ubezpieczenia na życie, uważa się osobę fizyczną, której życie lub zdrowie są **przedmiotem umowy ubezpieczenia**. Ubezpieczony może być jednocześnie ubezpieczającym.

**Suma ubezpieczenia** – to gwarantowana kwota świadczenia pieniężnego, którą ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić w przypadku zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego. Należy przy tym pamiętać, że **świadczenie w ubezpieczeniach na życie**, inaczej niż w ubezpieczeniach majątkowych, **może przekraczać sumę ubezpieczenia** i być określane, – jako jej wielokrotność w przypadku pojawienia się ryzyk objętych ochroną ubezpieczenia.

**Składka ubezpieczeniowa** – jest udziałem ubezpieczającego w funduszu ryzyka (funduszu ubezpieczeniowym), który służy pokryciu zobowiązań z tytułu wypłacanych świadczeń ubezpieczonym lub uposażonym lub uprawnionym. Wysokość tej składki jest określana głównie poprzez:

1. Deklarowaną sumę ubezpieczenia.
2. Rodzaj zakres i okres ubezpieczenia.
3. Wiek ubezpieczonego w czasie przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
4. Płeć ubezpieczonego.
5. Stan zdrowia ubezpieczonego w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia.

**Wysokość tej składki** jest z reguły ustalana na cały okres ubezpieczenia, z tym że w OWU mogą być zapisy przewidujące możliwość jej podwyższenia lub obniżenia. Każdorazowa taka zmiana wymaga zgody stron umowy. Terminowe opłacanie składki należy do podstawowych obowiązków cywilnoprawnych ubezpieczającego. Niedopełnienie tego obowiązku może być podstawą rozwiązania umowy ubezpieczenia po uprzednim zawiadomieniu ubezpieczonego i wyznaczeniu terminu uregulowania zaległej składki. Nieuiszczenie jednorazowej lub pierwszej składki, skutkuje brakiem odpowiedzialności ubezpieczyciela [Art. 814 K.c.]. Zasady opłacania składki z reguły określają OWU. Z tego punktu widzenia składki dzieli się na:

1. Jednorazowe – opłaca się w chwili zawierania ubezpieczenia i obejmuje cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
2. Okresowe (bieżące) – płacone w polskiej praktyce ubezpieczeniowej, w okresach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznych.

**Świadczenie ubezpieczeniowe, wypłacane ubezpieczonemu lub uposażonemu lub uprawnionemu – może wystąpić w trzech podstawowych formach:**

1. Umówionej kwoty pieniężnej.
2. Renty.
3. Innego świadczenia.

**Świadczenie** to może mieć charakter: jednorazowy (kapitałowy) lub periodyczny (rentowy). Podlega waloryzacji [Art 358 K.c.]. Podstawą tej waloryzacji może być orzeczenie sądu lub umowa ubezpieczeniowa, jeśli zawiera odpowiednie **klauzule waloryzacyjne**. Waloryzacja sądowa występuje przy spełnieniu łącznie czterech przesłanek:

1. Istotna zmiana siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania.
2. Rozważenie interesów obydwu stron umowy.
3. Uwzględnienie zasad współżycia społecznego.
4. Istnienie żądania strony stosunku prawnego do ubezpieczenia na życie skierowane do sądu.

Występuje też tzw. świadczenie kulancyjne, tzw. uznaniowe – ubezpieczyciel może wypłacić niekiedy świadczenie na zasadzie „uznaniowości” i pełnej dobrowolności, nie będąc do tego zobowiązany ani z tytułu umowy:

- a) ubezpieczenia,
- b) prawnej.

Jest to świadczenie wypłacane „z łaski” (*ex gratia*) ubezpieczyciela. Może ona być oparta na stosowanych przez zakład ubezpieczeń normach moralnych, jak i na własnym interesie rynkowym.

**Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia** na życie, może przede wszystkim nastąpić wskutek:

1. Upływu terminu, na który została zawarta.
2. Zażądania wypadku ubezpieczeniowego.

### 6.5.2. Produkty ubezpieczeń na życie

Zgodnie z zapisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 roku wraz z załącznikiem do tej ustawy, do ubezpieczeń na życie (Dział I) należą następujące grupy ubezpieczeń:

1. Ubezpieczenia na życie (ubezpieczenie na wypadek śmierci – terminowe i na całe życie, ubezpieczenie na dożycie, ubezpieczenie mieszane na wypadek śmierci i dożycie).
2. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenie dzieci (ubezpieczonymi są przeważnie rodzice, a uposażonym dziecko, ryzykiem jest nie tylko śmierć ubezpieczonego rodzica, ale także np. rozpoczęcie studiów lub ślub dziecka).
3. Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z funduszem inwestycyjnym.
4. Ubezpieczenia rentowe.
5. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w **grupach 1-4** (np. ubezpieczenia grupowe w zakładach pracy).

#### A. Ubezpieczenia na życie:

- **Indywidualne, terminowe ubezpieczenie na życie. Zdarzeniem ubezpieczeniowym** w tym ubezpieczeniu – jest śmierć



w okresie ubezpieczenia. Jeśli ma ono miejsce, to **wypłacane jest świadczenie**, natomiast, jeżeli do wypadku ubezpieczenia nie dojdzie – to świadczenie **nie przysługuje**.

Celem ubezpieczenia jest zabezpieczenie:

1. Rodziny w ustalonym okresie na wypadek śmierci jednego z jej członków, przeważnie „głowy rodziny”, czyli osoby, która jako jedyna, ewentualnie wspólnie z inną (z innymi) zarabia pieniądze potrzebne do prowadzenia gospodarstwa domowego na normalnym poziomie, a których brak spowodowałby brak takich możliwości i zubożenie rodziny.
2. Rodziny lub innych osób na wypadek kosztów związanych ze śmiercią osoby ubezpieczonej.
3. Średnio- i długoterminowych zobowiązań finansowych (np. kredyt, pożyczka, leasing).
4. Ubezpieczonego na wypadek śmierci wspólnika przedsiębiorstwa w związku z zobowiązaniami tego przedsiębiorstwa.

**Ubezpieczenie nie ma wartości wykupowej; po okresie ubezpieczenia umowa rozwiązuje się, również nie istnieje wartość wykupowa w chwili rezygnacji z ubezpieczenia.**

Ubezpieczenie terminowe może być prowadzone w dwóch wariantach:

1. Ubezpieczenia niezmiennalne.
2. Ubezpieczenia zmiennalne (po okresie ubezpieczenia można przedłużyć umowę, np. zamienić na ubezpieczenie na całe życie lub na ubezpieczenie na wypadek śmierci lub dożycie).

Przykład 1 (kobiety (Tabela 26)):

Tabela 26: Przebieg terminowego 5 letniego. ubezpieczenia na życie (kobieta 25 lat, suma 50 000 zł)

Rok	Prawdopodobieństwo śmierci	Liczba ubezpieczonych	Liczba zmarłych	Składka netto (zł)	Wysokość składki (suma)	Wysokość świadczeń	Saldo na końcu roku
1	0,00042	100 000	42		235 0000	2 100 000	250 000
2	0,00043	99958	43		234 9013	2 150 000	457 763
3	0,00046	99915	46	23,50	234 8002	2 300 000	521 787
4	0,00050	99869	50		234 6922	2 500 000	386 971
5	0,00054	99819	54		234 5747	2 700 000	46 262

Źródło: opracowanie własne na podstawie polskich tablic trwania życia – kobiety: GUS, Warszawa 2024 (kolumna 2) oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka

Rozwiązanie:

Przyjęto jednolitą, uśrednioną ( $[42+43+46+50+54]/5 = 47$ ) składkę netto w wysokości – **0,00047** zł od każdej złotówki, czyli – **0,47** zł od każdego – 1 000 zł sumy ubezpieczenia. Przy sumie ubezpieczenia – 50 000 zł składka netto roczna wynosi – **23,50** zł ( $50 \times 0,47$  zł), a za cały okres ubezpieczenia – **117,50** zł ( $5 \times 23,50$ ).

Dla tego przykładu kobiety w wieku 25 lat ubezpieczonej na okres 5 lat składka brutto w większości zakładów waha się od ok. **3,68 zł do 8,90** zł od 1 000 zł sumy ubezpieczenia, co przy założonej sumie ubezpieczenia – 50 000 zł daje kwotę składki rocznej od **184 zł do 445 zł**.

Kobiety w wieku 25 lat ubezpieczonej na okres 5 lat składka brutto w zakładzie ubezpieczeń wynosi – **2,97** zł od każdego – 1 000 zł sumy ubezpieczenia. Przy sumie ubezpieczenia – 50 000 zł składka brutto roczna wyniosłaby **148,50** zł ( $50 \times 2,97$ ).

Przykład 2 (mężczyźni (Tabela 27)):

Tabela 27: Przebieg terminowego 5-letniego ubezpieczenia na życie (mężczyzna 25 lat, suma 50 000 zł)

Rok	Prawdopodobieństwo śmierci	Liczba ubezpieczonych	Liczba zmarłych	Składka netto (zł)	Wysokość składki (suma)	Wysokość świadczeń	Saldo na końcu roku
1	0,00150	100 000	150		7 750 000	7 500 000	250 000
2	0,00151	99 850	151		7 738 375	7 550 000	438 375
3	0,00154	99 699	154	77,50	7 726 673	7 700 000	465 048
4	0,00158	99 545	158		7 714 738	7 900 000	279 786
5	0,00162	99 383	162		7 702 183	8 100 000	67 231

Źródło: opracowanie własne na podstawie polskich tablic trwania życia – mężczyźni: GUS, Warszawa 2024 (kolumna 2) oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Rozwiązanie:

Przyjęto jednolitą, uśrednioną  $([150+151+154+158+162])/5 = 155$ ) składkę netto w wysokości – **0,00155** zł od każdej złotówki, czyli – **1,55** zł od każdego – 1 000 zł sumy ubezpieczenia. Przy sumie ubezpieczenia – 50 000 zł składka netto roczna wynosi – **77,50** zł (50 x 1,55 zł), a za cały okres ubezpieczenia – **387,50** zł (5 x 77,50).

Dla tego przykładu mężczyzny w wieku 25 lat ubezpieczonego na okres 5 lat składka brutto w zakładzie ubezpieczeń 1 wynosi – **3,15** zł od każdego – 1 000 zł sumy ubezpieczenia. Przy sumie ubezpieczenia – 50 000 zł składka brutto roczna wyniosłaby – **157,50** zł., a za cały okres ubezpieczenia – **787,50** zł.

Mężczyzna w wieku np. 59 lat ubezpieczonego na okres 5 lat składka brutto w większości zakładów waha się od ok. **34,45 zł do 46,65** zł od 1000 zł sumy ubezpieczenia (w zakładzie ubezpieczeń – **32,16** zł od każdego tysiąca złotych, więc dla sumy ubezpieczenia 50 000 zł składka brutto wyniosłaby – **1 608** zł (50 x 32,16 zł)), co przy założonej sumie

ubezpieczenia – 50 000 zł daje kwotę składki rocznej od **1 722,50 zł do 2 332,50 zł**.

Przykład 3 (mężczyźni):

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie, ze stawką roczną – **1 000 zł** sumy ubezpieczenia.

1. Umowa ubezpieczenia terminowa.
2. Stawka roczna na 1 000 zł wynosi – 3,84 zł.
3. Ubezpieczenie – umowa główna – standard – wzrost stawki z tytułu wykonywania zawodu drwał wynosi – 1,15 zł.
4. Mężczyzna, wiek 20 lat.
5. Okres ubezpieczenia – 20 lat.
6. Zawód – drwał.
7. Suma ubezpieczenia – 40 000 zł.
8. Obliczyć składkę ubezpieczeniową roczną, półroczną, miesięczną.

Rozwiązanie:

$$\text{Składka roczna: } \frac{3,84 \times 40\,000}{1\,000} = 153,60 \text{ zł}$$

**Zwyżka z tytułu wykonywanego zawodu = 1,15 zł** (od każdego 1 000 SU),

Czyli:

$$40\,000 \times [1,15] / [1000] = 46 \text{ zł}$$

**Razem składka bazowa do zapłaty: 153,60 zł + 46 zł = 199,60 zł**

**Dopłata do składki za częstotliwość:**

1. Opłata składki w 2 ratach (półroczna): dopłata 5%
  - a)  $199,60 \times 1,05 = 209,58 \text{ zł}$
  - b)  $209,58 / 2 = 104,79 \text{ zł}$  (rata półroczna)
2. Opłata składki w 4 ratach (kwartalna): dopłata 8%
  - a)  $199,60 \times 1,08 = 215,57 \text{ zł}$
  - b)  $215,57 / 4 = 53,89 \text{ zł}$  (rata kwartalna)
3. Opłata składki w 12 ratach (rata miesięczna): dopłata 12%
  - a)  $199,60 \times 1,12 = 223,55 \text{ zł}$
  - b)  $223,55 / 12 = 18,63 \text{ zł}$  (rata miesięczna)

Opłata polisowa:

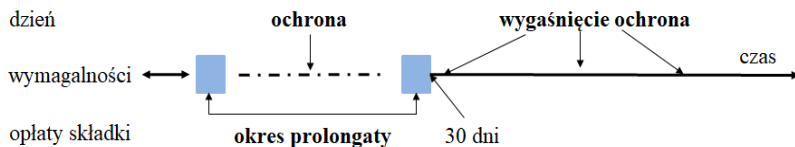
1. Roczna = **30 zł**
2. Opłata polisowa przy opłacie składki w 2 ratach: dopłata 5%
  - a)  $30 \times 1,05 = 31,50 \text{ zł}$
  - b)  $31,59 / 2 = 15,75 \text{ zł}$  (opłata polisowa – półroczna)
3. Opłata polisowa przy opłacie składki w 4 ratach: dopłata 8%
  - a)  $30 \times 1,08 = 32,40 \text{ zł}$
  - b)  $32,40 / 4 = 8,10 \text{ zł}$  (opłata polisowa – kwartalnej)
4. Opłata polisowa przy opłacie składki w 12 ratach: dopłata 12%
  - c)  $30 \times 1,12 = 33,60 \text{ zł}$
  - d)  $33,60 / 12 = 2,80 \text{ zł}$  (opłata polisowa – miesięczna)

**Razem składka do zapłaty:**

**Składka bazowa (lub rata wynikająca z częstotliwości) + dopłata opłaty polisowej (lub x opłata polisowa wynikająca z częstotliwości):**

1. Roczna:  $199,60 \text{ zł} + 30 \text{ zł} = 229,60 \text{ zł}$
2. Półroczna:  $104,79 \text{ zł} + 15,75 \text{ zł} = 120,54 \text{ zł} \times 2 = 241,08 \text{ zł}$  – rocznie
3. Kwartalna:  $53,89 \text{ zł} + 8,10 = 61,99 \text{ zł} \times 4 = 247,96 \text{ zł}$  – rocznie
4. Miesięczna:  $18,63 \text{ zł} + 2,80 \text{ zł} = 21,43 \text{ zł} \times 12 = 257,12 \text{ zł}$  – rocznie

**Prolongata** (okres tolerancji) **opłaty składki regularnej:** ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego opłacania składek, jednak ubezpieczyciel wyznacza pewien „okres tolerancji”, czyli dodatkowy czas na opłatę składki, czyli **opóźnienia w zapłacie**. Jest to tzw. **prolongata opłaty składki**, czyli czas, o jaki ubezpieczający może się spóźnić z zapłatą. **Okres ten wynosi 30 dni.** W tym czasie, mimo niewniesionej opłaty, ochrona ubezpieczeniowa trwa cały czas. Oznacza to, że w razie śmierci ubezpieczonego w okresie prolongaty – czyli w czasie, gdy składka ubezpieczeniowa nie została jeszcze opłacona przez ubezpieczonego – zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie uposażonym lub uprawnionym, gdy nie ma uposażonego (Rysunek 81).

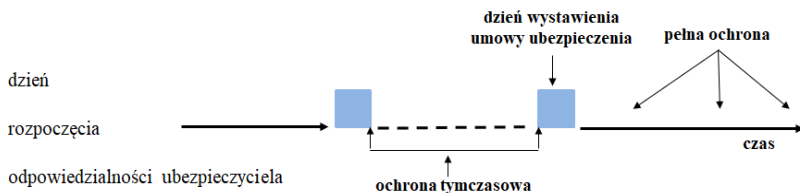


Rysunek 81: Prolongata opłaty składki

Źródło: opracowanie własne.

**Ochrona tymczasowa i pełna** (Rysunek 82), występuje wtedy, gdy ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową już następnego dnia po tym, gdy podpisze wniosek i opłaci pierwszą składkę ubezpieczeniową (lub podpisze polecenie zapłaty). Jednak do czasu wystawienia polisy ubezpieczony objęty jest **ochroną tymczasową**. W okresie ochrony (90 dni lub mniej) odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona do śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Świadczeniem jest suma ubezpieczenia wskazana we wniosku, nie więcej jednak niż 100 000 zł (zastosowanie ma tutaj szereg wykluczeń. Są one szczegółowo opisane w OWU).

Ochrona tymczasowa wynika z faktu, że wniosek wypełniony przez agenta ubezpieczeniowego wraz z ubezpieczającym wysyłany jest do wydziału oceny ryzyka (z ang.: *underwriting*), gdzie poddawany jest szczegółowej analizie, zwłaszcza pod kątem ryzyka, które niesie ze sobą konkretny ewentualny ubezpieczony.



Rysunek 82: Ochrona pełna i tymczasowa

Źródło: opracowanie własne.

Czynniki, które mają wpływ na ryzyko, to między innymi:

- a) wykonywany zawód,
- b) stan zdrowia,
- c) przebyte choroby,
- d) uprawiany sport,
- e) hobby,
- f) ilość wypalanych papierosów, itd.

Zakład ubezpieczeń ma **maksymalnie 3 miesiące** na wystawienie umowy ubezpieczenia. Jeśli nie zostanie ona wystawiona w tym terminie, oznacza to, że **ubezpieczenie nie doszło do skutku, a ochrona tymczasowa wygasa**.

W sytuacji, gdy ubezpieczony **zaprzestanie opłacania składki ubezpieczeniowej**, umowa ulega **rozwiązaniu**. Istnieje jednak możliwość jej **wznowienia** w okresie **do dwóch lat od daty wymagalności nieopłaconej składki**. W tym wypadku, istnieją **dwa warunki** wznowienia ochrony ubezpieczenia:

1. Złożenie formularza wznowieniowego, zawierającego m.in. oświadczenie o stanie zdrowia.
2. Opłacenie wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych wraz z opłatą administracyjną.

Do tego typu umów, można dołączyć opcje rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej. Należą do nich następujące dodatkowe umowy:

1. Na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.
3. Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób (np.: złośliwa choroba nowotworowa, zawał serca, udar mózgu, całkowita utrata wzroku).
4. Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (np. zawał serca, udar mózgu, złośliwa choroba nowotworowa, niewydolność nerek, całkowita utrata wzroku, stwardnienie rozsiane, itd.) (zwykle występuje okres karencji 180 dni od daty wystawienia polisy (lub 270 dni od daty wznowienia)).

**Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależnie od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego.

**Inwalidztwo** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez ubezpieczyciela, w rezultacie których – ubezpieczony nie jest zdolny do kontynuowania wykonywanej pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej na podstawie posiadanego wykształcenia i doświadczenia zawodowego (lub nie jest zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji).

➤ **Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym:**

**Celem tego ubezpieczenia** jest – zapewnienie najbliższym ochronę ubezpieczeniową oraz kapitał na przyszłość dla ubezpieczonego.

**W razie śmierci ubezpieczonego** ubezpieczyciel wypłaca osobom wymienionym w polisie – uposażonemu/u/ym (w sytuacji, gdy nie ma uposażonego/nych – uprawnionym) – określoną wcześniej i wymienioną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną (suma ubezpieczenia) oraz wartość wypracowanych w trakcie trwania umowy zysków.

Dzięki temu uposażony/ni lub uprawniony/ni do świadczenia (ubezpieczonego) otrzyma/ją środki na utrzymanie dotychczasowego poziomu życia.

Jeśli jednak ubezpieczony dożyje do określonego przy zawieraniu umowy terminu zakończenia umowy, ubezpieczyciel wypłaca jemu sumę ubezpieczenia i wypracowane zyski (świadczenie pieniężne).

**Ubezpieczenie z planem kapitałowym** jest dostępne w trzech wariantach, różniących się od siebie poziomem proporcji funkcji ochronnej do oszczędnościowej według wzoru:

1. **1:0.5** – tj. w razie śmierci ubezpieczonego uposażony otrzyma 100% sumy ubezpieczenia (lepsze jest zabezpieczenie bliskich), natomiast po dożyciu do końca trwania umowy ubezpieczony otrzyma tylko 50% sumy ubezpieczenia.
2. **1:1.5** – tj. w razie śmierci ubezpieczonego uposażony otrzyma 100% sumy ubezpieczenia, natomiast po dożyciu do końca trwania umowy



ubezpieczony otrzyma 150% sumy ubezpieczenia (ubezpieczonemu zależy przede wszystkim na gromadzeniu kapitału na przyszłość).

3. **1:1** – tj. w razie śmierci ubezpieczonego uposażony otrzyma 100% sumy ubezpieczenia, natomiast po dożyciu do końca trwania umowy ubezpieczony otrzyma też 100% sumy ubezpieczenia.

Charakterystyczną cechą tego ubezpieczenia jest **rachunek zysków**, czyli mechanizm służący gromadzeniu i pomnażaniu kapitału. **Składki klienta są inwestowane w celu wygenerowania zysków w tzw. bezpiecznych papierach wartościowych, czyli np. w obligacjach czy bonach skarbowych.** Dzięki temu istnieje gwarancja dotycząca wypłaty sumy ubezpieczenia oraz możliwość zgromadzenia dodatkowego kapitału.

**Suma ubezpieczenia** dla tego ubezpieczenia – to świadczenie wypłacane uposażonemu/nym lub uprawnionemu/nym w chwili śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonemu w przypadku dożycia.

Minimalna suma ubezpieczenia – wynosi 5000 zł, natomiast, maksymalna – jest nielimitowana, ale jednocześnie ograniczona oceną ryzyka finansowego dokonaną przez ubezpieczyciela. Przy odpowiednim wieku i wysokości sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel kieruje ewentualnego ubezpieczonego na badania lekarskie.

Tabele 28-33 – prezentują **indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym, przy stawce rocznej 1000 zł sumy ubezpieczenia.** Tabele 28-30 dotyczą kobiet, a tabele 31-33 – mężczyzn, gdzie:

1. 1:05.
2. 1:1.
3. 1:1,5.

Tabela 28: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:0,5

<b>Kobiety</b>	<b>Okres ubezpieczenia (w latach)</b>			
	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
<b>wiek</b>				
<b>26</b>	110,93	54,62	36,14	27,20
<b>27</b>	110,95	54,66	36,20	27,30
<b>28</b>	110,96	54,70	36,27	27,41
<b>29</b>	110,98	54,75	36,36	27,54
<b>30</b>	111,01	54,81	36,46	27,69
<b>31</b>	111,06	54,89	36,58	27,86
<b>32</b>	111,13	54,98	36,72	28,06
<b>33</b>	111,21	55,09	36,89	28,28
<b>34</b>	111,29	55,22	37,07	28,53
<b>35</b>	111,39	55,37	37,28	28,80
<b>36</b>	111,49	55,53	37,51	29,10
<b>37</b>	111,62	55,73	37,77	29,42
<b>38</b>	111,76	55,94	38,05	29,79
<b>39</b>	111,93	56,19	38,37	30,18
<b>40</b>	112,14	56,47	38,73	30,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Tabela 29: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1,1

<b>Kobiety</b>	<b>Okres ubezpieczenia (w latach)</b>			
	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
<b>wiek</b>				
<b>26</b>	215,91	103,15	65,93	47,64
<b>27</b>	215,92	103,16	65,96	47,69
<b>28</b>	215,93	103,18	66,00	47,75
<b>29</b>	215,94	103,21	66,04	47,82
<b>30</b>	215,95	103,24	66,10	47,90
<b>31</b>	215,97	103,29	66,16	48,01
<b>32</b>	216,01	103,34	66,25	48,12
<b>33</b>	216,06	103,41	66,35	48,26
<b>34</b>	216,11	103,49	66,46	48,41
<b>35</b>	216,17	103,57	66,58	48,58
<b>36</b>	216,23	103,67	66,72	48,77
<b>37</b>	216,30	103,78	66,88	48,98
<b>38</b>	216,38	103,91	67,06	49,21
<b>39</b>	216,47	104,07	67,27	49,48
<b>40</b>	216,59	104,24	67,50	49,77

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Tabela 30: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1,5

<b>Kobiety</b>	<b>Okres ubezpieczenia (w latach)</b>			
	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
<b>wiek</b>				
<b>26</b>	320,90	151,67	95,72	68,07
<b>27</b>	320,90	151,67	95,72	68,08
<b>28</b>	320,90	151,67	95,72	68,09
<b>29</b>	320,90	151,67	95,73	68,10
<b>30</b>	320,89	151,67	95,73	68,12
<b>31</b>	320,89	151,69	95,75	68,15
<b>32</b>	329,89	151,70	95,77	68,18
<b>33</b>	320,91	151,73	95,80	68,23
<b>34</b>	320,93	151,75	95,84	68,29
<b>35</b>	320,94	151,78	95,88	68,36
<b>36</b>	320,96	151,80	95,93	68,44
<b>37</b>	320,98	151,84	96,00	68,53
<b>38</b>	320,99	151,89	96,07	68,64
<b>39</b>	321,01	151,94	96,16	68,77
<b>40</b>	321,04	152,01	96,27	68,92

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Tabela 31: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:0,5

Mężczyźni	Okres ubezpieczenia (w latach)			
	5	10	15	20
wiek				
26	111,06	54,89	36,58	27,86
27	111,13	54,98	36,72	28,06
28	111,21	55,09	36,89	28,28
29	111,29	55,22	37,07	28,53
30	111,39	55,37	37,28	28,80
31	111,49	55,53	37,51	29,10
32	111,62	55,73	37,77	29,42
33	111,76	55,94	38,05	29,79
34	111,93	56,19	38,37	30,18
35	112,14	56,47	38,73	30,62
36	112,37	56,78	39,12	31,09
37	112,64	57,13	39,54	31,60
38	112,93	57,50	40,01	32,14
39	113,25	57,91	40,50	32,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Tabela 32: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1

Mężczyźni	Okres ubezpieczenia (w latach)			
	5	10	15	20
wiek				
26	215,97	103,29	66,16	48,01
27	216,01	103,34	65,25	48,12
28	216,06	103,41	66,35	48,26
29	216,11	103,49	66,46	48,41
30	216,17	103,57	66,58	48,58
31	216,23	103,67	66,72	48,77
32	216,30	103,78	66,88	48,98
33	216,38	103,91	67,06	49,21
34	216,47	104,07	67,27	49,48
35	216,59	104,24	67,50	49,77
36	216,73	104,44	67,76	50,09
37	216,88	104,66	68,04	50,44
38	217,06	104,91	68,35	50,82
39	217,25	105,17	68,68	51,23
40	217,46	105,46	69,05	51,67

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Tabela 33: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1,5

Mężczyźni	Okres ubezpieczenia (w latach)			
	5	10	15	20
wiek				
26	320,89	151,69	95,75	68,15
27	320,89	151,70	95,77	68,18
28	320,91	151,73	95,80	68,23
29	320,93	151,75	95,84	68,29
30	320,94	151,78	95,88	68,36
31	320,96	151,80	95,93	68,44
32	329,98	151,84	96,00	68,53
33	320,99	151,89	96,07	68,64
34	321,01	151,94	96,16	68,77
35	321,04	152,01	96,27	68,92
36	321,08	151,10	96,39	69,09
37	321,13	152,20	96,53	69,28
38	321,19	152,31	96,69	69,49
39	321,25	152,43	96,86	69,72
40	321,32	152,57	97,06	69,97

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Przykład 1:

- 1) Kobieta, wiek 26 lata
- 2) Okres ubezpieczenia: 20 lat
- 3) Suma ubezpieczenia: 60 000 zł
- 4) Ubezpieczenie z ochroną: **1:1.5**

$$\text{Składka roczna} = \frac{68,07 \times 60\,000}{1\,000} = 4\,084,20 \text{ zł}$$

Dopłata do składki za częstotliwość:

- 1) Opłata składki w 2 ratach (półroczna): dopłata – 5%
  - a)  $4\,084,20 \text{ zł} \times 1,05 = 6\,286,41 \text{ zł}$
  - b)  $6\,286,41 \text{ zł} / 2 = 3\,143,20 \text{ zł}$  (rata półroczna)

- 2) Opłata składki w 4 ratach (kwartalna): dopłata – 8%
  - a)  $4\ 084,20\ \text{zł} \times 1,08 = 4\ 410,94\ \text{zł}$
  - b)  $4\ 410,94\ \text{zł} / 4 = 1\ 102,74\ \text{zł}$  (rata kwartalna)
- 3) Opłata składki w 12 ratach (miesięczna): dopłata – 12%
  - a)  $4\ 084,20\ \text{zł} \times 1,12 = 4\ 574,30\ \text{zł}$
  - b)  $4\ 574,30\ \text{zł} / 12 = 381,19\ \text{zł}$  (rata miesięczna)

Przykład 2:

Minimalna kwota do zapłaty – to 100 zł, niezależnie od częstotliwości

- a) składka płacona z góry,
- b) kwotę zaokrąglą się do dwóch miejsc po przecinku,
- c) składkę opłaca się przez cały okres ubezpieczenia, są one przez cały czas jednakowej wartości.

**Świadczenie** = suma ubezpieczenia + wartość rachunku zysków (30)

**Mechanizm rachunku zysków** istnieje po to, by:

1. Urealnić przyszłe świadczenie klienta, dostosowując je do warunków panujących w czasie zakończenia umowy ubezpieczenia.
2. Powiększać przyszłe świadczenia dzięki dopisywanemu corocznie udziałowi w zyskach.

**Rachunek zysków zasilają:**

1. Składki indeksacyjne,
2. Składki doraźne,
- 3, Tzw. udział w zyskach, czyli zyski wypracowane przez Towarzystwo z lokowania środków przeznaczonych na przyszłe wypłaty świadczeń (z tzw. rezerwy matematycznej).

**Składka indeksacyjna** – to ta kwota, o jaką klient podnosi wysokość składki regularnej podstawowej. Jest ona lokowana na rachunku zysków ubezpieczonego, tak jak oszczędności w banku. Fachowo inwestowana – przynosi zysk. Za wszystkie operacje związane ze składką indeksacyjną ubezpieczyciel każdorazowo pobiera opłatę – koszt alokacji, który może wynieść np. 5% wysokości składki indeksacyjnej.

1. Składka regularna – podstawowa = **100 zł**.
2. Wskaźnik indeksacyjny = **10%**.



3. Składka indeksacyjna =  $100 \text{ zł} \times 10\% = 10 \text{ zł}$ .
4. Składka do zapłaty =  $100 \text{ zł} + 10 \text{ zł} = 110 \text{ zł}$ .
5. Koszt alokacji = 5% składki indeksowanej =  $5\% \times 10 \text{ zł} = 0,5 \text{ zł}$ .
6. Kwota trafiająca na rachunek zysków =  $10 \text{ zł} - 0,5 \text{ zł} = 9,5 \text{ zł}$ .

**Raz do roku, w rocznicę polisy**, zakład ubezpieczeń może wysyłać ubezpieczonemu list z propozycją zindeksowania składki, czyli podwyższenia jej o określony przez ubezpieczyciela wskaźnik. Zwykle list indeksacyjny zawiera dwie propozycje (np. 9% – co akcentuje element inwestycyjny, i np. 5% – wskaźnik zachowawczy).

Klient może:

1. Zgodzić się na wariant zaproponowany przez ubezpieczyciela.
2. Odrzucić go i opłacać składkę w niezmienionej wysokości przez kolejny rok.
3. Podać własną propozycję podwyższenia składki.

Zdarza się, że ubezpieczający chce zrezygnować z ubezpieczenia w trakcie jego trwania, czyli chce zerwać umowę. W takim przypadku musi zwrócić się do ubezpieczyciela z wnioskiem o **wykup polisy**, czyli o możliwość odzyskania części wpłaconych przez siebie składek (po potrąceniu kosztów związanych z ubezpieczeniem i administracją polisy).

**Wartość wykupu** jest to dodatnia wartość gotówkowa polisy, którą ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu, który nie jest zainteresowany kontynuacją umowy.

To, czy ubezpieczony otrzyma w momencie zerwania umowy ekwiwalent pieniężny (wartość wykupu), i w jakiej wysokości, zależy od czasu, jakim upłynął od momentu zawarcia umowy. W pierwszym okresie po zawarciu polisy, który trwa mniej więcej (średnio) 2 lata, ubezpieczony **musi się liczyć z tym**, że jeśli zerwie umowę, nie odzyska nic (**wartość wykupu = 0**). Wiąże się to z faktem wysokich kosztów ubezpieczenia (np. prowizja agenta ubezpieczeniowego czy badania lekarskie), które – w uproszczeniu – pochłaniają wpłacone przez ubezpieczonego składki ubezpieczeniowe. **W miarę upływu czasu wartość wykupu rośnie**. W ostatnim zwykle roku trwania umowy ubezpieczenia **zrównuje się z sumą ubezpieczenia**.

Dla osób, które **nie mogą lub nie chcą dalej opłacać składek**, a polisa posiada już **wartość wykupu**, istnieje jeszcze jedna możliwość zachowania ochrony ubezpieczeniowej.

O ile nie złożą wniosku o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, umowa zostaje przekształcona w **ubezpieczenie bezskładkowe**, które polega na tym, że **pomniejsza się sumę ubezpieczenia**. Mimo że nie wpływają składki za ubezpieczenie – **ochrona trwa cały czas**. W razie śmierci lub dożycia osoby ubezpieczonej, ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu/nym, uprawnionemu/nym lub, gdy ubezpieczony dożyje końca umowy ubezpieczenia świadczenie w **nowej wysokości**, określonej po zamianie na ubezpieczenie bezskładkowe. Nowa suma ubezpieczenia liczona jest następująco:

1. Aktualna wartość wykupu traktowana jest, jako składka jednorazowa, za którą kupuje się nową sumę ubezpieczenia.
2. Nowy okres ubezpieczenia to czas pozostały do końca trwania umowy.
3. Wg aktualnego wieku ubezpieczonego.

Ubezpieczony, **nie płacąc składek, nadal posiada ochronę ubezpieczeniową**, jednak na zmienionych warunkach, polegających na:

1. Zmniejszeniu sumy ubezpieczenia.
2. Wygaśnięciu umów dodatkowych.

Przykład:

1. Umowa KAP 1:1,5.
2. Mężczyzna, wiek 26 lat = 68,15.
3. Okres ubezpieczenia – 20 lat.
4. Zawód – drwal = 1,15.
5. Suma ubezpieczenia – 40 000 zł.

Obliczyć składkę ubezpieczeniową roczną, półroczną, miesięczną.

Rozwiązanie:

$$\text{Składka roczna} \frac{68,15 \times 40\,000}{1\,000} = 2\,726,00 \text{ zł}$$

**Zwyżka z tytułu wykonywania zawodu – drwal = 1,15** (od każdego 1 000 zł sumy ubezpieczenia, czyli:

$$40\,000 \text{ zł} \times 1,15/1\,000 = 46,00 \text{ zł}$$

Razem składka roczna do zapłaty:

$$2\,726,00 \text{ zł} + 46,00 \text{ zł} = 2\,772,00 \text{ zł}$$

Dopłata do składki za częstotliwość:

- 1) Opłata składki w 2 ratach (półroczna): dopłata 5%
  - a)  $2\ 772,00\ \text{zł} \times 1,05 = 2\ 910,60\ \text{zł}$
  - b)  $2\ 910,60\ \text{zł} / 2 = 1\ 455,30\ \text{zł}$  (rata półroczna)
- 2) Opłata składki w 4 ratach (kwartalna): dopłata 8%
  - a)  $2\ 772,00\ \text{zł} \times 1,08 = 2\ 993,76\ \text{zł}$
  - b)  $2\ 993,76\ \text{zł} / 4 = 748,44\ \text{zł}$  (opłata kwartalna)
- 3) Opłata składki w 12 ratach (miesięczna): dopłata 12%
  - a)  $2\ 772,00\ \text{zł} \times 1,12 = 3\ 104,66\ \text{zł}$
  - b)  $3\ 104,66\ \text{zł} / 12 = 258,72\ \text{zł}$  (opłata miesięczna)

Tak, jak w przykładzie obliczenia składki rocznej dla kobiety w wieku 26 lat, z tytułu – **indywidualnego terminowego ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym**, i u mężczyzn – przy wyliczaniu składki rocznej, może występować:

1. Prolongata składki.
2. Umowy dodatkowe.
3. Ochrona tymczasowa i pełna.

#### ➤ **Ubezpieczenie na dożycie:**

Ubezpieczenie to jest typowym ubezpieczeniem oszczędnościowym. Ustala się **czas trwania i sumę ubezpieczenia**. Stosownie do tych ustaleń, jak też w zależności od wieku ubezpieczonego – **składka ubezpieczenia** jest opłacana regularnie.

Zakończenie okresu trwania umowy ubezpieczenia ustala się na ogół na schyłek aktywności zawodowej, czyli na okres, gdy następuje znaczący spadek dochodów (lub wcześniej).

Po dożyciu **końca okresu trwania umowy ubezpieczenia** – wypłacane jest świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia. Może być ona **ewentualnie podwyższana** w okresie ubezpieczenia **w związku z udziałem w zysku**. Ubezpieczenie to – może być wykupione lub zamienione na bezskładkowe.

W tym ubezpieczeniu cała składka netto jest inwestowana przez zakład ubezpieczeń, gdyż w ciągu okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel nie wypłaca żadnych świadczeń.

Ubezpieczeni, którzy nie dożyli końca trwania umowy ubezpieczenia – są wyłączeni z umowy, a suma ubezpieczenia, która po nich pozostała – zwiększa fundusz na rzecz osób, które przeżyły (Tabela 34).

Ta forma oszczędzania różni się np. od wkładów bankowych tym, że w razie śmierci ubezpieczonego – ochrona ubezpieczenia ustaje, a wpłacone pieniądze wraz z odsetkami przepadają.

Wytworzony w ten sposób dochód zakładu ubezpieczeń jest uwzględniany przy kalkulacji przyszłej wypłaty sumy ubezpieczenia, tzn. ulega rozłożeniu na pozostałych ubezpieczonych, którzy przeżyją okres trwania umowy – czyli dożyją.

Tabela 34: Przebieg ubezpieczenia na dożycie do wieku 65 lat grupy 10 000 mężczyzn ubezpieczonych w wieku 55 lat (składka 1 000 zł rocznie płacona na początku każdego roku, w zł

Wiek	Liczba ubezpieczonych	Składka bieżącego roku	Składka z lat ubiegłych	Łączna składka plus oprocentowanie (5%)	Liczba osób dożywających końca roku	Fundusz przypadający na 1 osobę
Stan na początku roku				Stan na końcu roku		
55	10000	10 000 000	--	10 500 000	9 827	1068,48
56	9827	9 827 000	10 500 000	21 343 350	9 644	2213,12
57	9644	9 644 000	21 343 350	32 536 717	9 450	3443,04
58	9450	9 450 000	32 536 717	44 086 052	9 243	4769,67
59	9243	9 243 000	44 086 052	55 995 504	9 023	6205,86
60	9023	9 023 000	55 995 504	68 269 429	8 791	7765,83
61	8791	8 791 000	68 269 429	80 913 450	8 546	9467,99
62	8546	8 546 000	80 913 450	93 932 422	8 289	11332,18
63	8289	8 289 000	93 932 422	107 332 492	8 022	13379,77
64	8022	8 022 000	107 332 492	121 122 212	7 746	15636,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Z danych przedstawionych w tabeli 34 wynika, że fundusz, który jest równoważny składce wraz z odsetkami w przeliczeniu na osobę, która przeżyła 10 lat, przekracza wpłaconą składkę o **56,4%** (15 636,74, przy wpłaconej kwocie 10 000 zł). Jest to znacznie wyższa kwota – niż

kwota, jaką **ubezpieczony otrzymałby wpłacając do banku corocznie po 1 000 zł przy oprocentowaniu 5%** (powiększenie wpłaconej składki wyniosłoby w tym przypadku **32,1%** – po pierwszym roku, czyli:

$1000 \cdot 1,05 = 1050$ , po drugim:  $2050 (1000+1050) \cdot 1,05 = 2152,5$ , po trzecim:  $3152,5 (2152,5 + 1000) \cdot 1,05 = 3310,125$ , po 10 latach:  $12577,87 (11577,87 + 1000) \cdot 1,05 = 13206,76$ , czyli dokładnie 32,06%).

W praktyce jednak różnica ta jest znacznie mniejsza z powodu kosztu prowadzenia ubezpieczenia i zmiany rachunku na skutek wykupów, pomimo to jest to dla ubezpieczonego dodatkowy dochód, a **oprocentowanie nie jest obciążone podatkiem „Belki”**. Jest to w istocie „premia za dożycie”.

### **Korzyści z tej formy ubezpieczenia:**

1. Ubezpieczenie to jest szczególnie interesujące dla osób, które przywiązują mniejszą wagę do pieniędzy wypłaconych uposażonemu/nym lub uprawnionemu/nym po ich śmierci, a bardziej im zależy na wysokości świadczenia uzyskanego dla siebie, tj. po dożyciu końca okresu ubezpieczenia.
2. Istnienie pewnego rodzaju przymusu wpłacania składek ubezpieczeniowych (w obawie przed utratą wpłaconych już środków), podczas gdy o wpłatach do banku łatwiej zapomnieć lub je zlekceważyć.
3. Możliwość dołączenia ryzyka śmierci na dowolną sumę ubezpieczenia, jak również możliwość dołączenia ryzyk dodatkowych, np. ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczeń chorobowych.

**Ubezpieczenie to** – jest nazywane – **emerytalnym**.

### **B. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenie dzieci:**

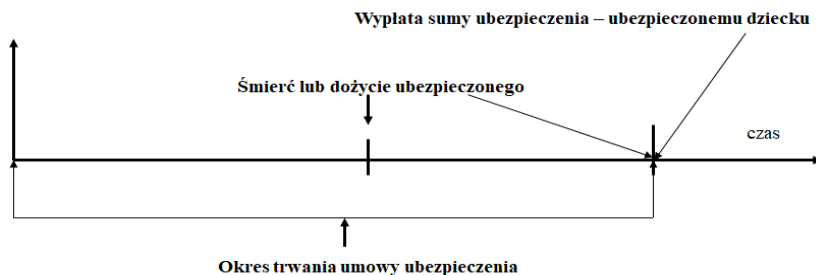
**Celem** tego ubezpieczenia jest budowa kapitału, który będzie stanowił finansowe wsparcie dla dziecka w przyszłości. To umowa, **która umożliwia podarowanie swojemu dziecku niezależności finansowej w momencie startu w dorosłe życie**.

Ubezpieczenie to jest **przeznaczone dla wszystkich**, którzy pragną zapewnić dziecku udany start w dorosłe życie. Dziecko wskazane w polisie (**ubezpieczone dziecko**) jest **jedyną osobą uprawnioną**

**do otrzymania kapitału.** Świadczenie, na które składa się suma ubezpieczenia (określona wcześniej i wymieniona w polisie kwota pieniężna) i wypracowane przez ubezpieczyciela zyski z inwestycji – wypłacane jest zarówno w razie śmierci ubezpieczonego, jak i dożycia do końca trwania umowy ubezpieczenia.

**W razie śmierci ubezpieczonego** (Rysunek 89), którym najczęściej jest rodzic, zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie wskazanemu w umowie ubezpieczenia dziecku, z tym że następuje to dopiero w chwili zakończenia trwania umowy. Podobna sytuacja ma miejsce, gdy ubezpieczony dożyje końca trwania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie dziecku na koniec trwania umowy ubezpieczenia. Dzięki takiej konstrukcji ubezpieczony ma pewność, że gromadzone pieniądze, niezależnie od okoliczności, otrzyma zawsze wskazane w umowie dziecko.

**Charakterystyczną cechą tego ubezpieczenia jest rachunek zysków**, czyli mechanizm służący gromadzeniu i pomnażaniu kapitału. Składki ubezpieczonego są inwestowane w celu wypracowania zysków w tzw. bezpiecznych papierach wartościowych, czyli np.: w obligacjach, bonach skarbowych. Dzięki temu istnieje gwarancja dotycząca wypłaty pełnej sumy ubezpieczenia wraz ze zgromadzonym dodatkowym kapitałem.



Rysunek 83: Budowa kapitału w indywidualnym terminowym ubezpieczeniu na dożycie w planem kapitałowym  
Źródło: opracowanie własne.

**Suma ubezpieczenia** w tym ubezpieczeniu, to gwarantowana kwota pieniężna, wypłacana zawsze ubezpieczonemu dziecku w momencie zakończenia umowy. **Jest określana przez ubezpieczającego** (osobę zawierającą umowę). W tym ubezpieczeniu, często ubezpieczyciel stawia warunek, aby ubezpieczony i ubezpieczający to była ta sama osoba. Suma ta **jest stała przez cały okres trwania ubezpieczenia**. Zazwyczaj zakład ubezpieczeń **ustala kwotę minimalną, np. 5 000 zł., natomiast maksymalna suma ubezpieczenia jest nielimitowana. Jest ona ograniczona oceną ryzyka finansowego.** Ubezpieczyciel, przy odpowiednim wieku i wysokiej sumie ubezpieczenia, kieruje ubezpieczającego, (po zawarciu umowy ubezpieczenia – ubezpieczonego) **na badania lekarskie.**

Tabela 35 i 36, przedstawia dla kobiet i mężczyzn stawki roczne:

- 1) 1 000 zł sumy ubezpieczenia;
- 2) 1 000 zł sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci.

Tabela 35: Stawki roczne dla kobiet – sumy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci

Kobiety wiek	Okres ubezpieczenia					
	5	6	7	8	9	10
18	215,99	178,23	151,29	131,12	115,45	102,94
19	216,03	178,28	151,35	131,17	115,51	102,99
20	216,09	178,35	151,41	131,24	115,57	103,05
21	216,16	178,42	151,48	131,30	115,63	103,11
22	216,23	178,48	151,54	131,36	115,68	103,16
23	216,30	178,54	151,60	131,41	115,73	103,20
24	216,34	178,58	151,63	131,45	115,76	103,23
25	216,37	178,61	151,66	131,47	115,78	103,25
26	216,38	178,62	151,67	131,48	115,79	103,26
27	216,39	178,63	151,68	131,49	115,80	103,28
28	216,40	178,63	151,69	131,50	115,82	103,29
29	216,40	178,64	151,70	131,51	115,84	103,31
30	216,41	178,66	151,72	131,53	115,86	103,34
31	216,43	178,68	151,74	131,57	115,89	103,37
32	216,56	178,72	151,78	131,62	115,93	103,42
33	216,51	178,76	151,83	131,65	115,98	103,47
34	216,55	178,81	151,88	131,71	116,04	103,53
35	216,60	178,86	151,94	131,77	116,10	103,60
36	216,66	178,92	152,00	131,83	116,18	103,67
37	216,72	178,99	152,07	131,91	116,26	103,76
38	216,79	179,07	152,16	132,00	116,36	103,87
39	216,87	179,16	152,26	132,11	116,47	103,99
40	216,98	179,27	152,38	132,24	116,60	104,12

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.



Tabela 36: Stawki roczne dla mężczyzn – sumy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci

Męż- czyźni	Okres ubezpieczenia					
	wiek	5	6	7	8	9
18	216,30	178,54	151,60	131,41	115,73	103,20
19	216,34	178,58	151,63	131,45	115,76	103,23
20	216,37	178,61	151,66	131,47	115,78	103,25
21	216,38	178,62	151,67	131,48	115,79	103,26
22	216,39	178,63	151,68	131,49	115,80	103,28
23	216,40	178,63	151,69	131,50	115,82	103,29
24	216,40	178,64	151,70	131,51	115,84	103,31
25	216,41	178,66	151,72	131,53	115,86	103,34
26	216,43	178,68	151,74	131,57	115,89	103,37
27	216,46	178,72	151,78	131,61	115,93	103,42
28	216,51	178,76	151,83	131,65	115,98	103,47
29	216,55	178,81	151,88	131,71	116,04	103,53
30	216,60	178,86	151,94	131,77	116,10	103,60
31	216,66	178,92	152,00	131,83	116,18	103,67
32	216,72	178,99	152,07	131,91	116,26	103,76
33	216,79	179,07	162,16	132,00	116,36	103,87
34	216,87	179,16	152,26	132,11	116,47	103,99
35	216,98	179,27	152,38	132,24	116,60	104,12
36	217,10	179,40	152,52	132,38	116,75	104,28
37	217,24	179,55	152,67	132,55	116,92	104,45
38	217,39	179,72	152,84	132,72	117,11	104,64
39	217,56	179,90	153,03	132,92	117,31	104,85

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Przykład:

1. Umowa ubezpieczenia terminowe ubezpieczenie na życie z planem edukacyjnym.
2. Mężczyzna, wiek 20 lat.
3. Okres ubezpieczenia – 10 lat.
4. Zawód – dekarz.
5. Suma ubezpieczenia – 40 000 zł.

Obliczyć składkę ubezpieczeniową roczną, półroczną, miesięczną.  
Rozwiązanie:

Stawka roczna na 1 000 zł sumy ubezpieczenia dla mężczyzny 20-letniego i na okres ubezpieczenia 10 lat wynosi 103,25, czyli:

$$\text{Składka roczna} = \frac{103,25 \times 40\,000}{1\,000} = 4\,130,00 \text{ zł}$$

**Zwyżka z tytułu wykonywanego zawodu = 1,15** (od każdego 1 000 SU), czyli:

$$40\,000 \times [1,15] / [1000] = 46,00 \text{ zł}$$

**Razem składka roczna do zapłaty: 4 130 zł + 46 zł = 4 176, 00 zł**

Dopłata do składki za częstotliwość:

1. Opłata składki w 2 ratach (półroczna): dopłata 5%
  - a)  $4\,176,00 \text{ zł} \times 1,05 = 4\,384,80 \text{ zł}$
  - b)  $4\,384,80 \text{ zł} / 2 = 2\,192,40 \text{ zł}$  (rata półroczna)
2. Opłata składki w 4 ratach (kwartalna): dopłata 8%
  - a)  $4\,176,00 \text{ zł} \times 1,08 = 4\,510,08 \text{ zł}$
  - b)  $4\,510,08 \text{ zł} / 4 = 1\,127,52 \text{ zł}$  (rata kwartalna)
3. Opłata składki w 12 ratach (miesięczna): dopłata 12%
  - a)  $4\,176,00 \text{ zł} \times 1,12 = 4\,677,12 \text{ zł}$
  - b)  $4\,677,12 \text{ zł} / 12 = 389,76 \text{ zł}$  (opłata miesięczna)

**Składka** – to należna za ochronę ubezpieczeniową opłata, którą uiszcza ubezpieczający przez cały okres ubezpieczenia. Wysokość składki jest obliczana na podstawie tabel Towarzystwa (taryf), stosownie do wybranej sumy ubezpieczenia. Składka może być opłacana z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną, miesięczną. Przy innej częstotliwości niż roczna naliczane są zwyżki w wysokości:

1. 5% – za składkę półroczną.
2. 8% – za składkę kwartalną.
3. 12% – za składkę miesięczną.

**Minimalna kwota składki to 100 zł.** – niezależna od częstotliwości. Opłacana jest z góry. Kwotę zaokrąglą się do dwóch miejsc po przecinku. Jest opłacana przez cały okres ubezpieczenia. Są one przez cały czas jednakowej wysokości – jest to zasada ogólna.

**Świadczenie** = suma ubezpieczenia + wartość rachunku zysków (31)

**Mechanizm rachunku zysków** istnieje po to, by:

1. Urealnić przyszłe świadczenie klienta, dostosowując je do warunków panujących w czasie zakończenia umowy ubezpieczenia.
2. Powiększać przyszłe świadczenia dzięki dopisywanemu corocznie udziałowi w zyskach ubezpieczyciela.

**Rachunek zysków zasilają:**

1. Składki indeksacyjne.
2. Składki doraźne.
3. Tzw. udział w zyskach, czyli zyski wypracowane przez zakład ubezpieczeń z lokowania środków przeznaczonych na przyszłe wypłaty świadczeń (z tzw. rezerwy matematycznej).

**Rezerwa matematyczna – kwota, którą zakład ubezpieczeń odkłada (ze składek wpłacanych w okresie ubezpieczenia) na przyszłą wypłatę świadczenia.** Jest ona inwestowana, w rezultacie czego pojawia się zysk, którym Towarzystwo dzieli się z posiadaczami polis. Od momentu pojawienia się wartości wykupu polisy udział w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych corocznie dopisywany jest do rachunku zysków ubezpieczonego. Im bliżej do wypłaty świadczenia, tym wyższa jest rezerwa matematyczna odkładana od początku trwania ubezpieczenia. Im wyższa rezerwa matematyczna, tym większy będzie dopisywany corocznie udział w zyskach.

**Składka doraźna** – wpłata, która nie jest związana ze składką regularną i jest całkowicie dobrowolna. Służy zasilaniu rachunku zysków. Można ją wpłacać w dowolnym czasie, w dowolnej wysokości, pamiętając o kwocie minimalnej (np. 500 zł. w zależności od ubezpieczyciela). Koszt alokacji może wynieść np. 5%.

Przykład:

1. Składka doraźna = **700 zł**.
2. Koszt alokacji = 5% składki doraźnej = **35 zł**.
3. Kwota trafiająca na rachunek zysków – 770 zł – 35 zł = **665 zł**.

**Składka indeksacyjna** – kwota, o jaką klient podnosi wysokość składki regularnej podstawowej. Jest ona lokowana na rachunku zysków ubezpieczonego, tak jak oszczędności w banku. Fachowo inwestowana – przynosi zysk. Za wszystkie operacje związane ze składką indeksacyjną ubezpieczyciel każdorazowo pobiera opłatę – koszt alokacji, który może wynieść np. 5% wysokości składki indeksacyjnej.

Przykład:

1. Składka regulowana – podstawowa = **100 zł**.
2. Wskaźnik indeksacyjny = **10%**.
3. Składka indeksacyjna = 100 zł x 10% = **10 zł**.
4. Składka do zapłaty = 100 zł + 10 zł = **110 zł**.
5. Koszt alokacji = 5% składki indeksowanej = 5% x 10 zł = **0,5 zł**.
6. Kwota trafiająca na rachunek zysków = 10 zł = 0,5 zł = **9,5 zł**.

**Raz do roku, w rocznicę polisy**, ubezpieczyciel może wysyłać ubezpieczonemu list z propozycją zindeksowania składki, czyli podwyższenia jej o określony przez zakład ubezpieczeń wskaźnik. Zwykle list indeksacyjny zawiera dwie propozycje (np. 9% – co akcentuje element inwestycyjny, i np. 5% – wskaźnik zachowawczy). Ubezpieczony może:

1. Zgodzić się na wariant zaproponowany przez ubezpieczyciela.
2. Odrzucić go i opłacić składkę w niezmienionej wysokości przez kolejny rok.
3. Podać własną propozycję podwyższenia składki.

### **C. Ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym:**

**Podstawową cechą ubezpieczeń na życie związanych z funduszem inwestycyjnym jest:**

1. Wyraźne wyodrębnienie tego funduszu i jego odrębne traktowanie, a więc jak gdyby podzielenie ubezpieczenia na ubezpieczenie w ścisłym tego słowa znaczeniu (ubezpieczenie ryzyka), oraz inwestowanie na wydzielonym koncie oszczędnościowym, co znajduje swój wyraz już przy podziale składki ubezpieczeniowej na te części.

2. Możliwość odstąpienia od gwarantowanej sumy kapitału na rzecz bieżącej wartości różnych instrumentów finansowych, w których zostały ulokowane środki finansowe wpłacone na fundusz inwestycyjny, także, jeżeli jest ona niższa od sumy wpłat. Zakład ubezpieczeń może w pewnych przypadkach gwarantować wysokość środków, np., że nie będą one niższe od sumy wpłat lub nawet będą rosnąć według określonego wskaźnika (np. inflacji lub oprocentowania bankowego).

➤ **Ubezpieczenia uniwersalne:**

Ubezpieczenia to charakteryzuje się dużą możliwością modyfikacji w okresie ubezpieczenia i dostosowania do zmieniających się potrzeb w różnych okresach życia oraz z wyraźnie zaznaczonym elementem oszczędzania.

Z natury ubezpieczenia te charakteryzują się okresem ubezpieczenia na całe życie, jednak często traktowane są, jako ubezpieczenia bezterminowe, tj. **bez określania terminu** zakończenia umowy ubezpieczenia, gdyż ze względu na łatwość wycofania kapitału i zakończenia umowy – termin nie odgrywa tu większej roli.

Ze względów organizacyjnych ubezpieczenia uniwersalne są także oferowane, jako ubezpieczenia o określonym terminie zakończenia umowy, w celu dokładniejszego przedstawienia ubezpieczającemu, czego się może spodziewać z tytułu ochrony ubezpieczenia w określonej chwili – w przyszłości.

Wcześniejsze zakończenie umowy ubezpieczenia nie powoduje jednak znaczących konsekwencji, poza administracyjnymi proceduralnymi, **gdyż w ubezpieczeniu tym wysokość opłaty za ryzyko, nie zależy od okresu, na jaki zawarto umowę ubezpieczenia**<sup>24</sup>.

Ubezpieczający określa w nim wysokość:

1. Sumy ubezpieczenia.
2. Opłacanej składki.

Składka za to **ubezpieczenie** składa się z trzech – wyraźnie od siebie oddzielonych części:

1. Składki na opłacenie kosztów administracyjnych (A).

<sup>24</sup> Umowa ta różni się od umów klasycznych, gdzie ubezpieczający bądź określa wysokość składki, jaką jest w stanie płacić, a ubezpieczyciel podaje właściwą sumę ubezpieczenia, albo odwrotnie, wyznacza sumę ubezpieczenia, a ubezpieczyciel podaje właściwą wysokość składki.

2. Składki na opłacenie ryzyka ubezpieczeniowego (R).
3. Składki oszczędnościowej (O).

Zakładając, że ubezpieczone są osoby tej samej płci, w tym samym wieku i stanie zdrowia, opłata za ryzyko w drugim przypadku jest pięciokrotnie wyższa niż w pierwszym przypadku. Spowoduje to odpowiednie zmniejszenie składki oszczędnościowej.

Podział składki na trzy elementy można przedstawić w następujący, uproszczony sposób:

**Składka** – koszty akwizycyjno administracyjne (A) – opłata za ryzyko (R) = część oszczędnościowa (O) + zysk inwestycyjny = **wartość polisy** (32)

**W czasie trwania okresu ubezpieczenia i opłacania składek rośnie wartość polisy, zbliżając się systematycznie do sumy ubezpieczenia.** W związku z tym równocześnie maleje suma na ryzyku. Pozwala to na odstąpienie od stosowania uśrednionej składki za ryzyko za cały okres ubezpieczenia i zastosowania opłaty za ryzyko według faktycznego (a nieuśrednionego) ryzyka w danym okresie, gdyż stały wzrost prawdopodobieństwa śmierci jest niwelowany stałym spadkiem sumy na ryzyku. Wartość polisy rośnie nadal, mimo zrównania się z wysokością sumy ubezpieczenia, a następnie po jej przekroczeniu. Od tego momentu umowa (nie biorąc pod uwagę ewentualnych ryzyk dodatkowych), przestaje już być umowa **o charakterze ubezpieczeniowym, może trwać dalej**, ale jej charakter zbliżony jest do usługi oferowanej przez fundusze inwestycyjne. Oczywiście w razie śmierci ubezpieczony (uposażony/ni lub uprawniony/ni) uzyska sumę odpowiadającą wartości polisy, gdyż jest to **suma wyższa od sumy ubezpieczenia**. Ograniczenie płaconej sumy do sumy ubezpieczenia byłoby nieuzasadnione, gdyż stanowiłoby przywłaszczenie przez ubezpieczyciela pieniędzy ubezpieczonego.

Rozdzielenie czynnika ubezpieczeniowego od czynnika oszczędnościowego, przy jednoczesnym zmodyfikowaniu zasad pobierania opłaty za ryzyko, w taki sposób, że opłata ta nie musi być pobierana bezpośrednio ze składki, ale może być pobierana z wartości polisy – **niezależnia mechanizm działania ubezpieczenia od płacenia aktualnie składki**.

Z kolei obliczanie opłaty za ryzyko według faktycznego prawdopodobieństwa śmierci w danym czasie, **czyni ubezpieczenie to podobnym do terminowego (rocznego) ubezpieczenia** i otwiera drogę do **modyfikowania sumy ubezpieczenia w czasie okresu ubezpieczenia**.

Możliwy przebieg takiego ubezpieczenia przedstawia tabela 37, przy uwzględnieniu poniższych założeń.

Założenia:

1. Ubezpieczenie zawiera mężczyzna w wieku 25 lat, z początkową sumą ubezpieczenia 50 000 zł oraz składka roczną 2 000 zł.
2. Początek ubezpieczenia 1 styczeń 2023 r.
3. W latach 2023, 2024, 2025 składka opłacana w wysokości 2 000 zł.
4. W końcu 2024 r. ubezpieczony żeni się i nie ma możliwości zapłacenia składki za 2025 r. (zawiesza opłatę składki).
5. W końcu 2024 r. rodzi się dziecko; ubezpieczony nadal nie jest w stanie zapłacić składki (za 2025 r.); dla bezpieczeństwa rodziny wnioskuje natomiast o podwyższenie sumy ubezpieczenia o dalsze 50 000 zł (i otrzymuje zgodę).
6. W 2025 r. ponawia opłacanie składki.
7. Koszty akwizycyjno-administracyjne wynoszą w pierwszym roku 800 zł (40% składki), w pozostałych latach – 200 zł w 2025 r. w związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, zysk inwestycyjny – 15% rocznie (od 2026 r. – 10%, od 2040 r. – 5%).

Tabela 37: Przebieg ubezpieczenia uniwersalnego

Rok	Składka	Prawdopodobieństwo śmierci	Oplata za ryzyko	Koszty akw.-adm.	Fundusz Oszczęd. (rok bież. + ubiegłe)	Wartość Polisy (CV; zysk 15%)	NAR (DB-CV)
2023	2 000	0,00176	88	800	1 212	1 394	48 606
2024	2 000	0,00178	86	200	3 108	3 574	46 426
2025	2 000	0,00180	84	200	5 290	6 084	43 916
2026	0	0,00188	83	200	5 801	6 671	43 329
2027	0	0,00200	187	400	6 084	6 997	93 003
2028	2 000	0,00216	201	200	8 596	9 885	90 115

Legenda:

**NAR** – suma na ryzyku, **DB** – suma ubezpieczenia, **CV** – wartość polisy, **opłata za ryzyko** – iloczyn prawdopodobieństwa śmierci oraz SU (lub NAR za poprzedni rok).

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

**Ubezpieczenie uniwersalne** może być prowadzone według innych jeszcze zasad, a mianowicie według **tzw. wariant B**, polegającej na tym, że suma na ryzyku nie ulega obniżeniu o wartość polisy i jest przez cały okres ubezpieczenia wysokości równej sumie ubezpieczenia. Świadczenie w razie śmierci stanowi sumę dwóch składników: wartości polisy i sumy ubezpieczenia.

Ubezpieczenie uniwersalne może być prowadzone także w **wariantcie C**, polegające na tym, że nie ustala się w ogóle sumy ubezpieczenia. W razie śmierci ubezpieczonego wypłacana jest wartość polisy, zwiększona o określony procent (na ogół od 3 do 10%). Ta stosunkowo niewielka nadwyżka ponad wartość polisy stanowi sumę ubezpieczenia.



**Podstawową cechą ubezpieczeń na życie związanych z funduszem inwestycyjnym**, stanowiących grupę 3 działu ubezpieczeń na życie, jest wyraźnie **wyodrębnienie tego funduszu i jego odrębne traktowanie**, a więc podzielenie całości ubezpieczenia na dwie części:

1. Zabezpieczającą pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego (ubezpieczenie w ścisłym tego słowa znaczeniu).
2. Inwestycyjną, utrzymywaną na wydzielonym koncie oszczędnościowym.

**Część zabezpieczająca** – pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego jest odłączana z indywidualnych rachunków poszczególnych ubezpieczających i tworzy ogólny fundusz ubezpieczeniowy w ścisłym tego słowa znaczeniu (**fundusz ryzyka**). Z tego funduszu wypłacane są świadczenia ubezpieczonym (uposażonemu/nym lub uprawnionemu/nym) w razie zrealizowania się ryzyka. Poszczególni ubezpieczeni nie mają do tego funduszu żadnych praw, z wyjątkiem prawa do świadczenia z powodu śmierci. Ta odłączana z rachunku część stanowi opłatę za ryzyko, a jej wysokość zależy od aktualnego prawdopodobieństwa śmierci danej osoby i ewentualnej sumy, którą ubezpieczyciel musi wypłacić z tego funduszu (sumy na ryzyku). Pozostała część wchodzi w skład **ogólnego funduszu inwestycyjnego**, a ściśle kilku oddzielnych funduszy, które rządzą się całkiem innymi prawami. Udział w tych funduszach poszczególnych ubezpieczających nie jest anonimowy, ale każdy z nich ma bieżąco wyliczony w nich udział, który stanowi jego własność.

Cechy ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym:

1. **Istnienie funduszu inwestycyjnego nie stanowi o systemowej odmienności tego ubezpieczenia**, gdyż np. w ubezpieczeniu mieszanym na życie, czy w ubezpieczeniu zaopatrzenia dzieci jest tworzony fundusz na przyszłe wypłaty kapitału, w postaci rezerwy matematycznej, który także jest inwestowany, z tą jedynie różnicą, że w przypadku ubezpieczeń na życie związanych z funduszem inwestycyjnym fundusz ten jest w sposób wyraźny wyodrębniony i ujawniony klientowi, (klient na bieżąco jest informowany o jego wysokości) oraz w inny sposób tworzony i administrowany (niż fundusz ubezpieczeniowy).
2. Konstrukcja ubezpieczenia. Polega na tym, że **ryzyko finansowe ponosi ubezpieczający**. Oznacza to, że w przypadku, gdy fundusz inwestycyjny nie będzie rósł w założonym tempie lub obniży swoją

wartość w związku ze spadkiem kursów papierów wartościowych, w jakie został ulokowany, konsekwencją tego jest obniżenie stanu posiadania przez ubezpieczonego. **W przeciwieństwie do ubezpieczeń klasycznych, gdzie ubezpieczyciel ustalając taryfy składek uwzględnia założony dochód, jaki będzie osiągać inwestując odpowiednio te pieniądze (techniczna stopa oprocentowania) i gwarantując to przez ustalenie sumy ubezpieczenia z tego dochodu, w ubezpieczeniu z funduszem inwestycyjnym zakład ubezpieczeń nie gwarantuje żadnego dochodu (następna cecha).** Przedstawia wprawdzie wizję tych dochodów w odpowiednim prospekcie ubezpieczenia, ale bez żadnych związanych z **tym gwarancji**. Zdarza się wprawdzie, że w tym ubezpieczeniu, ubezpieczyciel gwarantuje, że nie nastąpi zmniejszenie wartości, a nawet określa minimalną wysokość zysku inwestycyjnego, np. w wysokości oprocentowania dla 12-miesięcznych lokat realizowanego przez PKO BP. Odbiega to jednak od generalnej koncepcji ubezpieczeń na życie z funduszem inwestycyjnym należącym do grupy 3.

3. Możliwość decydowania przez ubezpieczającego o sposobie inwestowania, oczywiście w ramach modeli zaproponowanych przez ubezpieczyciela. Ubezpieczający decyduje przede wszystkim o wyborze ogólnego charakteru inwestycji z punktu widzenia stopnia ryzyka (fundusze bezpieczne, zrównoważone, agresywne), może też tworzyć własną strukturę tych inwestycji przez podział procentowy swych środków między fundusze, może też dokonywać zmian tej struktury w okresie ubezpieczenia (np. preferując w starszym wieku inwestycje bardziej bezpieczne).
4. Regulacje podatkowe. Zysk inwestycyjny, z jakiego korzysta ubezpieczony, podlega opodatkowaniu według analogicznych zasad, jak lokaty bankowe (tj. 20% zysku).

**W ubezpieczeniach na życie z funduszem inwestycyjnym, za środki wpłacane do ubezpieczyciela są zakupywane jednostki uczestnictwa** i zakład ubezpieczeń operuje liczbą tych jednostek, która wzrasta w związku z opłacaniem składki i zmniejsza się w związku z opłatą na:

- a) koszty administracyjne,
- b) za ryzyko,

- c) wartością jednostki zmieniającą się praktycznie codziennie w związku ze zmianą cen papierów wartościowych, w których środki finansowe zostały ulokowane.

Ubezpieczenia, które są w ten sposób administrowane noszą nazwę **ubezpieczeń unit-linked**.

Zastosowanie jednostek uczestnictwa nie stanowi o istocie tego ubezpieczenia. Ma ono jednak ważne znaczenie z punktu widzenia procedury i techniki operacji. **Ważny, jak się wydaje, jest psychologiczny aspekt stosowania jednostek zamiast złotych.** Unika się w ten sposób niezręcznych sytuacji prezentowania obniżającej się wartości polisy. Przypuszczalnie łatwiej jest przyjąć do wiadomości komunikat ubezpieczyciela, że wartość jednostki wynosi dziś na przykład 20 zł, podczas gdy jeszcze tydzień temu wynosiła 30 zł, niż na przykład, że wartość polisy obniżyła się z 30 000 zł do 20 000 zł, mimo że o to samo chodzi.

Pobór opłaty za ryzyko według rzeczywistego prawdopodobieństwa śmierci w danym (krótkim) okresie powoduje, że w ubezpieczeniu tym nie jest tworzona rezerwa matematyczna o podobnym charakterze jak w ubezpieczeniach klasycznych, tj. nie jest tworzona ta jej część, która wynika z uśredniania składki za cały okres ubezpieczenia i w związku z tym z nadpłacania składki w pierwszej części okresu ubezpieczenia. Rezerwa matematyczna wynika tu jedynie ze składki oszczędnościowej i jest tworzona w wysokości wartości polisy.

**Nie ma tu także zastosowania tzw. techniczna stopa oprocentowania.** Wielkość rezerwy matematycznej odpowiada dokładnie rzeczywistej (a nieplanowanej) wartości funduszu inwestycyjnego, tj. aktualnej wartości papierów wartościowych i lokat tego funduszu. Pozwala to na **u elastycznienie ubezpieczenia**, tj. możliwość dokonywania zmian w opłacie składki i zmian w wysokości sumy ubezpieczenia, co najmniej w każdym roku, który staje się samodzielnym okresem ubezpieczeniowym.

W ubezpieczeniach na życie z funduszem inwestycyjnym, istnieje możliwość:

1. Zmiany wysokości sumy ubezpieczenia (zmniejszenie – nie niżej niż minimalna suma ubezpieczenia, lub zwiększenie, po złożeniu przez ubezpieczającego stosownego wniosku na piśmie, z co najmniej trzydziestodniowym wyprzedzeniem w stosunku do rocznicy

polisy). **Suma ta** – podlega również indeksacji w każdą rocznicę polisy, **następuje także automatyczna zmiana wysokości składki.**

2. Wpłacania doraźnych składek w każdym czasie (lub tylko w rocznicę polisy).
3. Podwyższania składek stałych (choć tylko w określonych granicach).
4. Zawieszenia płatności składek na określony czas (na ogół najwyżej 12 lub 24 miesiące).

Najbardziej popularne ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym prowadzone w Polsce obejmuje dwie podstawowe konstrukcje składkowo-ubezpieczeniowe:

1. Ubezpieczenie uniwersalne – ochrona maksymalna.
2. Ubezpieczenie uniwersalne – ochrona życia.

**Ubezpieczenie z ochroną maksymalną** – ma na celu przede wszystkim zagwarantowanie wysokiego świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego. W ubezpieczeniu tym większa część składki jest przeznaczona na ubezpieczenie ryzyka śmierci (ze względu na wysoką sumę ubezpieczenia), natomiast mniejsza stanowi składkę oszczędnościową, w związku, z czym w razie zakończenia umowy, np. po dożyciu wieku 60 lat lub 65 lat – ubezpieczony otrzyma wartość polisy, która w małym stopniu zabezpieczy utrzymanie na względnie wysokim poziomie standardu życia w przypadku zaprzestania pracy. Jest to ubezpieczenie zbliżone do ubezpieczenia na wypadek śmierci, z niewielkim tylko elementem ubezpieczenia na dożycie.

**Ubezpieczenie z ochroną życia** – ma na celu przede wszystkim zagwarantowanie wysokiego świadczenia w razie dożycia określonego wieku ubezpieczonego, np. 65 lub 70 lat i nieco niższego niż w poprzednim przykładzie świadczenie na wypadek śmierci, zwłaszcza w początkowym okresie ubezpieczenia. W późniejszym okresie świadczenie to może być również wysokie ze względu na wysoką wartość polisy (powyżej sumy ubezpieczenia). Otrzymana wartość polisy przez ubezpieczonego – powinna zabezpieczyć utrzymanie wysokiego standardu życia w podeszłym wieku, poprzez otrzymanie jednorazowego świadczenia lub zmieniając je na świadczenie rentowe. Jest to ubezpieczenie odpowiadające ubezpieczeniu mieszanemu o różnej proporcji świadczenia na wypadek śmierci i w razie dożycia (np. 1:2).

Składka za ubezpieczenie z tzw. ochroną życia w przeliczeniu na 1 000 zł początkowej sumy ubezpieczenia jest generalnie wyższa od składki za ubezpieczenie z tzw. ochroną maksymalną.

Biorąc pod uwagę, że opłata za ryzyko w obu przypadkach jest jednakowa (w stosunku do 1 000 zł sumy ubezpieczenia) i przyjmując, że jednakowa jest opłata na koszty akwizycyjno-administracyjne, w ubezpieczeniu z ochroną życia występuje znacznie większy komponent oszczędnościowy składki, powodując, że łączna składka jest wyższa (Tabela 38).

Tabela 38: Wskaźnik pokrycia ubezpieczeniowego dla ubezpieczenia uniwersalnego (stosunek sumy ubezpieczenia do składki)

Wiek (mężczyzna)	Wskaźnik pokrycia przy składce rocznej		3:2 (w %)
	Wersja – ochrona życia	Wersja – ochrona maksymalna	
20	48	243	506
25	46	173	376
30	43	118	274
35	39	79	203
40	34	52	153
45	28	36	129
50	21	27	129

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

O poziomie i zakresie elastyczności oferty ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym decyduje przede wszystkim możliwość przeprowadzania zmian w okresie ubezpieczenia na życzenie ubezpieczającego. W bardziej elastycznych produktach ubezpieczającemu w czasie trwania umowy przysługuje prawo do następujących zmian:

1. Raz do roku sumy ubezpieczenia, lub po drugiej (trzeciej) rocznicy polisy.
2. Częstotliwości opłacania składki.
3. Podniesienie wysokości składki podstawowej.
4. Obniżenie wysokości składki podstawowej

5. Możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych.
6. Ubezpieczenia na bezskładkowe.
7. Dokupienia lub rezygnacji z umów dodatkowych.
8. Prawo do całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy.
9. Możliwość wyboru oferowanych przez dany zakład ubezpieczeń funduszy inwestycyjnych.

**Większość ubezpieczycieli w Polsce samodzielnie tworzy, prowadzi i zarządza funduszami o zróżnicowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego.** W dniu wystawienia polisy ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń otwiera, a następnie prowadzi dla każdego ubezpieczonego dwa rodzaje rachunków jednostek uczestnictwa, na których są zapisywane osobno jednostki uczestnictwa nabyte za środki pieniężne pochodzące ze składki regularnej (podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa) oraz ze składki doraźnej (dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa). W ramach tych dwóch rachunków jednostek uczestnictwa – ubezpieczyciel otwiera osobne konta dla jednostek uczestnictwa nabytych w poszczególnych rodzajach funduszy (konto funduszowe).

Ubezpieczający określa podział środków pomiędzy fundusze, np.:

1. Fundusz X – 60%.
2. Fundusz Y – 30%.
3. Fundusz Z – 10%.

Ubezpieczający może również składać swoje środki w całości na jednym z oferowanych funduszy. Nie rzadziej niż raz do roku ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu sprawozdanie o stanie rachunków jednostek uczestnictwa, przy czym pierwsze sprawozdanie jest dokonywane dopiero po drugiej rocznicy polisy.

Ustalony przez ubezpieczonego **podział środków między fundusze** – ubezpieczony może zmienić w ciągu okresu ubezpieczenia, na warunkach określonych przez zakład ubezpieczeń – na ogół w każdą rocznicę polisy lub w każdym czasie. Akceptacja takiej zmiany przez ubezpieczyciela, musi nastąpić przed terminem, gdy składka wpłynęła już na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń.

Opłaty są pobierane z kont funduszowych proporcjonalnie do udziału danego funduszu w ogólnym kapitale ubezpieczonego – rozmieszczonym w różnych funduszach, odrębnie dla podstawowego rachunku jednostek uczestnictwa i dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa – przez umorzenie odpowiedniej ilości jednostek uczestnictwa. Ilość umarzanych

w poszczególnych rachunkach funduszowych jednostek uczestnictwa ustalana jest przez podzielenie części opłaty przypadającej na dany rachunek funduszowy przez cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa zapisanych na tym rachunku. Gdyby środków zabrakło, zaległe zapłaty byłyby pobrane ze środków pieniężnych pochodzących z przyszłych składek.

Ubezpieczony może również, na warunkach określonych przez zakład ubezpieczeń, dokonać zamiany całości albo części jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku danego rodzaju funduszu na jednostki uczestnictwa innego, zarządzanego przez tego ubezpieczyciela funduszu. Tego rodzaju operacja, **tzw. konwersja**, następuje przez jednoczesne umorzenie po cenie sprzedaży jednostek uczestnictwa w funduszu zamienianym i nabycie po cenie kupna jednostek uczestnictwa w funduszu, na rzecz którego zamiana jest dokonywana.

Lokując środki finansowe w poszczególnych funduszach inwestycyjnych – ubezpieczony powinien brać pod uwagę, co najmniej trzy podstawowe kryteria:

1. Oczekiwany dochód.
2. Poziom ryzyka.
3. Czynniki czasu, tj. jak długo przewiduje się, że środki będą utrzymane na rachunku inwestycyjnym.

Mimo wielu rodzajów funduszy, które same już stanowią rozwinięte pakiety inwestycyjne, złożone z różnych odpowiednio dobranych w celu zwiększenia efektywności i obniżenia ryzyka inwestycyjnego instrumentów finansowych – ubezpieczony może wносить własną inwencję i tworzyć profil inwestycyjny dla swoich oszczędności, jeszcze lepiej dostosowany do indywidualnych potrzeb.

Najogólniej poszczególne fundusze inwestycyjne mogą być zgrupowane w trzech głównych klasach:

1. Fundusze papierów wierzycielskich:
  - a) fundusz pieniężny (lokacyjny) – jest skoncentrowany na instrumentach krajowego rynku instrumentów dłużnych o stosunkowo krótkim terminie wykupu, w tym zwłaszcza:
    - bonach skarbowych,
    - innych papierach wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez państwo,
    - dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez inne podmioty,

- krótkoterminowych depozytach bankowych
  - jednostkach uczestnictwa funduszy inwestujących w podobny sposób,
- b) międzynarodowy fundusz obligacji – swoje środki lokuje w krajowe i zagraniczne papiery dłużne, m.in. krajowe: bony skarbowe, obligacje Skarbu Państwa, depozyty bankowe, oraz zagraniczne: papiery wartościowe krajów OECD, obligacje rządowe, depozyty bankowe,
  - c) fundusz obligacji – aktywa są inwestowane w kraju, głównie w bony skarbowe, obligacje Skarbu Państwa i depozyty bankowe; papiery jednego emitenta mogą stanowić nie więcej niż 10% wartości aktywów netto funduszu (z wyjątkiem papierów NBP, Skarbu Państwa);
  - d) fundusz bezpieczny – inwestuje wszystkie środki w dłużne instrumenty skarbowe: obligacje skarbowe.
2. Fundusze zrównoważone:
- a) fundusz strategiczny – inwestuje w obciążone stosunkowo niskim ryzykiem instrumenty o dość wysokiej stopie wzrostu, są to zwłaszcza papiery dłużne o dłuższym horyzoncie czasowym, akcje spółek notowanych na GPW w Warszawie;
  - b) fundusz ubezpieczeń grupowych,
  - c) fundusz optymalny – w skład wchodzi głównie obligacje, bony skarbowe, akcje, nieruchomości,
  - d) fundusz mieszany – aktywa są inwestowane w akcje, bony skarbowe, obligacje, depozyty bankowe,
  - e) fundusz aktywny – dąży do ponadprzeciętnego zysku inwestycyjnego, struktura przykładowa,
  - f) fundusz międzynarodowy – znaczna część aktywów jest inwestowana na rynkach światowych, głównie w USA, UE, Japonii.
3. Fundusze akcyjne:
- a) fundusz akcji – głównie akcje notowane na GPW w Warszawie,
  - b) fundusz dynamiczny – celem jest uzyskanie długoterminowo wysokiego poziomu dochodów,
  - c) fundusz generacyjny – polega na tym, że z wiekiem ubezpieczonego (okresem ubezpieczenia) zmienia się struktura inwestycji, z bardziej agresywnej z młodym wiekiem do bardziej bezpiecznej w wieku starszym i w końcowej fazie ubezpieczenia.



### 6.5.3. Ubezpieczenia rentowe

**Renta** (z ang.: *annuity* (w matematyce finansowej)) – ciąg kwot płatnych w stałych okresach, np., co rok, co kwartał, co miesiąc, przez pewien przedział czasu. Ponadto, renta w matematyce finansowej, to również wkłady (wpłaty) wnoszone okresowo do banku, kasy oszczędności, funduszu inwestycyjnego, składki wpłacane regularnie do zakładu ubezpieczeń, raty wnoszone do instytucji kredytowych przeznaczone na umorzenie (spłatę) zaciągniętej wcześniej pożyczki.

**Renta pewna** (z ang.: *annuity certain*) – jest płatna przez ustalony okres, np. 10, 15, 20 lat, niezależnie od tego, czy osoba ją otrzymująca żyje czy zmarła. Do renty pewnej należy tzw. **renta wieczysta** (z ang.: *perpetual annuity*). Jest wypłacana z kapitału w formie okresowych odsetek, nieuszczipających kapitału, w związku, z czym nie ma określonego końca tych wypłat.

**Renta życiowa** (z ang.: *life annuity*) – stanowi ciąg kwot płatnych, co pewien stały okres, najczęściej, co miesiąc, co kwartał lub co rok, ale których płatności ustają z chwilą śmierci uprawnionego do otrzymania renty. Renta ta płacona z góry – i jest wypłacona za okres dłuższy niż do chwili śmierci – to część tej renty, która płacona była po śmierci rentobiorcy, **jako zasada**, nie podlega zwrotowi. Natomiast, gdy renta płacona jest z dołu, a więc rentobiorca już umarł i znana jest data śmierci, może być płacona proporcjonalnie do okresu życia.

**Renta stała** (z ang.: *fixed annuity*) – ciąg płaconych kwot o równej wysokości.

**Renta zmienna** (z ang.: *variable annuity*) – ciąg płaconych kwot, które ulegają zmianie według określonych z góry zasad.

**Renta życiowa gwarantowana** (z ang.: *guaranteed life annuity*). To połączenie renty pewnej i renty życiowej. Renta ta jest płacona przez okres gwarantowany, jednak, gdy rentobiorca przeżyje okres gwarantowany, renta zamienia się w zwykłą rentę życiową i będzie wypłacana aż do śmierci rentobiorcy.

**Wartość pieniądza w czasie:**

**Założenie: czynnik oprocentowany =  $i$**

Dla  $i = 10\%$  otrzymujemy:

Po 1 roku – wartości 1 złotego wynosi:  $1 + i = 1 + 0,1 = 1,10 \text{ zł}$

Po 2 roku – wartość 1 złotego wynosi:  $(1 + i)^2 = (1 + 0,1)^2 = 1,21 \text{ zł}$

Po 3 roku – wartość 1 złotego wynosi:  $(1 + i)^3 = (1 + 0,1)^3 = 1,331$  zł

Po n latach – wartość 1 złotego wynosi:  $(1 + i)^n = (1 + 0,1)^n$

Założenie: czynnik dyskontujący =  $v$

Wartość 1 zł wypłacanego po roku – wynosi dziś:  $v^1 = 1/(1 + i)^1 = 0,9091$

Wartość 1 zł wypłaconego po 2 latach wynosi dziś:  $v^2 = 1/(1+i)^2 = 0,8264$

Wartość 1 zł wypłaconego po 3 latach wynosi dziś:  $v^3 = 1/(1+i)^3 = 0,7513$

Wartość 1 zł wypłaconego po n latach wynosi dziś:  $v^n = 1/(1+i)^n$

Otrzymując rentę z góry, otrzymujemy w każdym roku więcej niż gdybyśmy otrzymywali ją z dołu o wysokość rocznego oprocentowania.

Tabela 39 przedstawia zmiany w wartościach renty pewnej, płaconej rocznie z góry oraz z dołu przez 5 lat, po 1 000 zł.

Tabela 39: Wartość renty pewnej płaconej rocznie z góry oraz z dołu przez 5 lat po 1000 zł

Kolejność rent	Wartość zdyskontowana renty		Wartość: (w %)
	płatnej z góry	płatnej z dołu	
1	2	3	$4 = (3:2) \times 100\%$
1	1000	909	90,9
2	909	826	90,9
3	826	751	90,9
4	751	683	90,9
5	683	621	90,9
<b>Razem</b>	<b>4 169</b>	<b>3 790</b>	<b>90,9</b>

Legenda: czynnik dyskontujący:  $v = 0,909 = 90,9\%$ .

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Jak wynika z tabeli 39, zdyskontowana renta płatna w odstępach rocznych z dołu, (gdy  $i = 10\%$ ) stanowi w każdym roku 90,9% renty płatnej z góry, czyli tyle, ile **wartość  $v$** . Oznacza to, że również zdyskontowana suma rent płatnych w odstępach rocznych z dołu w dowolnym okresie **wynosi 90,9%** sumy tych rent płaconych z góry. Z kolei wartość wypłacanych w odstępach rocznych z góry stanowi **110%** ( $100+i$ ) wartości rent płaconych z dołu.

Im wyższa stopa oprocentowania, a im niższa jest wartość czynnika dyskontującego  $v$ , tym różnice

Gdyby z kolei stopa oprocentowania  $i$  wynosiła zero, a zatem czynnik oprocentowujący wynosił jeden ( $1 + 0$ ), również czynnik dyskontujący, będący jego odwrotnością, wynosił jeden, to wówczas zdyskontowana wartość rent płaconych zarówno z góry, jak i z dołu, wynosiłaby w powyższym przykładzie 5 000 zł.

**Renta natychmiast płatna** (z ang.: *the pension is payable immediately*) – są to renty płacone osobom, które już nabyły prawo do renty, czyli osobom w starszym wieku, niezdolnym do pracy, inwalidom, osobom chorym, itp., w tym renty płacone w ramach ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczeń gospodarczych, np. renta płacona jest w związku z wypadkiem komunikacyjnym powodującym kalectwo lub śmierć żywiciela rodziny (z tytułu OC) lub gdy renta jest płacona inwalidzie z powodu innego wypadku (z tytułu ubezpieczeń NNW).

**Renta odroczone** – (z ang.: *deferred annuity*) ciąg kwot, których płatność rozpoczyna się dopiero w przyszłości.

**Renta na dwa życia (dla dwóch osób)** – renta przeważnie przeznaczona dla małżeństw, kiedy po śmierci pierwszego małżonka renta nadal jest wypłacana (choć najczęściej obniżona, np. o jedną trzecią).

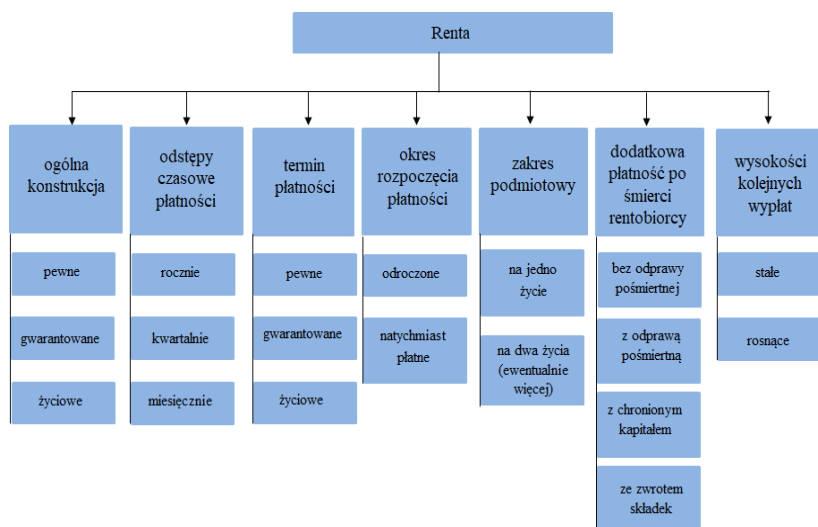
**Renta z odprawą pośmiertną** – celem renty jest pokrycie wydatków związanych ze śmiercią rentobiorcy i ewentualnie zabezpieczenie wypłaty większej sumy pośmiertnej dla rodziny.

**Renta ze zwrotem składek** – renta płacona jest tylko z odsetek, przeznaczona jest dla osób pragnących zapewnić sobie rentę oraz zabezpieczyć wypłatę większej sumy pośmiertnej dla rodziny.

**Renta z chronionym kapitałem** – rentobiorca oraz uposażony otrzymują w sumie pełną wartość wpłaconej składki; jeśli rentobiorca umiera zanim suma wypłaconych rent zrówna się z wniesioną składką, różnica między sumą wypłaconą a wniesioną składką będzie wypłacana na rzecz majątku zmarłego (uposażonego).

Schemat 84, prezentuje rodzaje rent według kryteriów:

1. Ogólnej konstrukcji.
2. Odstępów czasowych płatności.
3. Terminu płatności.
4. Okresu rozpoczęcia płatności.
5. Zakresu podmiotowy.
6. Dodatkowych płatności po śmierci rentobiorcy.
7. Wysokości kolejnych wypłat.



Rysunek 84: Klasyfikacja rant według kryteriów

Źródło: opracowanie własne.

**Podstawowym celem ubezpieczeń rentowych jest zabezpieczenie materialne starości, tym samym, ryzykiem tego ubezpieczenia jest życie człowieka. Głównym beneficjentem ubezpieczenia jest osoba**

ubezpieczona, a nie osoby trzecie. Zaprzestanie wypłaty renty następuje w wyniku śmierci ubezpieczonego, gdzie ryzykiem ubezpieczenia życiowego jest śmierć ubezpieczonego. Oznacza to, że śmierć ubezpieczonego stanowi realizację ryzyka i powoduje wypłatę świadczenia.

**Jeśli składka w ubezpieczeniu rentowym wpłacana jest regularnie, wtedy konstrukcja ubezpieczenia ma dwa etapy:**

1. Trwa do chwili rozpoczęcia wypłaty. Następuje budowanie kapitału. Ten etap ma charakter ubezpieczenia na dożycie.
2. Następuje wewnętrzny zakup renty za ten kapitał. Ubezpieczyciel rozpoczyna wypłatę renty (ubezpieczenie bezskładkowe).

**W ubezpieczeniach rentowych dobre zdrowie ubezpieczonego nie jest korzystne dla zakładu ubezpieczeń** W tych ubezpieczeniach nie prowadzi się underwrittingu, czyli selekcji ryzyka. W tych ubezpieczeniach nie stosuje się negatywnej selekcji, w wyniku której podwyższałoby to składkę dla osób zdrowych (co jednak nie oznacza, że mamy do czynienia w ubezpieczeniach rentowych z samoselekcją, polegającą na tym, że ubezpieczenia rentowe wybierają częściej ludzi zdrowych).

**Ubezpieczenie to** stanowi pewnego rodzaju oszczędzanie i stopniowe korzystanie z tych zaoszczędzonych pieniędzy w latach późniejszych. Tylko renty życiowe można traktować, jako instrumenty ubezpieczeniowe, natomiast renty pewne są typowymi instrumentami bankowymi.

Podstawą **kalkulacji składki** w ubezpieczeniach rentowych jest ustalenie obecnej (zdyskontowanej) wartości płaconych w przyszłości świadczeń rentowych. Jest to tzw. składka netto, którą powiększa się o koszty akwizycyjno-administracyjne i zysk (bruttowanie składki).

**W przypadku renty pewnej**, czyli okresowych płatności realizowanych przez określony czas (określoną liczbę lat), obecna wartość płaconych w przyszłości świadczeń rentowych jest sumą tych płatności zdyskontowanych na dzień dzisiejszy, zgodnie z wzorem:

$$a_{n1} \frac{1 - v^n}{i} \quad \text{lub} \quad a_{n2} = 1 + \frac{1 - v^{n-1}}{i} \quad (33)$$

Gdzie:

$a_{n1}$  – zdyskontowana wartość renty pewnej płatnej z dołu przez  $n$  lat  
 $a_{n2}$  – zdyskontowana wartość renty pewnej płatnej z góry przez  $n$  lat  
 $n$  – liczba lat płatności,  $v^n$  – zdyskontowana wartość na dzień dzisiejszy jednego złotego płatnego po  $n$  latach,  $i$  – stopa oprocentowania.

Przykład:

obecna wartość renty w wysokości jednego złotego płatnej przez 10 lat przy stopie procentowej  $i = 10\%$  wynosi:

$$a_{n1} = \frac{1 - 0,9091^{10}}{0,1} = 6,14 \quad \text{lub} \quad a_{n2} = 1 + \frac{1 - 0,9091^9}{0,1} = 6.76$$

Zgodnie z obliczeniami – jednorazowa składka w wysokości **6 144,5 zł** w przypadku renty płatnej z dołu i **6 759 zł** w przypadku renty płatnej z góry byłaby wystarczająca do wypłaty przez 10 lat po 1 000 zł, (czyli nominalna wysokość łącznych wypłat – 10 000 zł.) (Rysunek 85 i 86).

Rok płatności

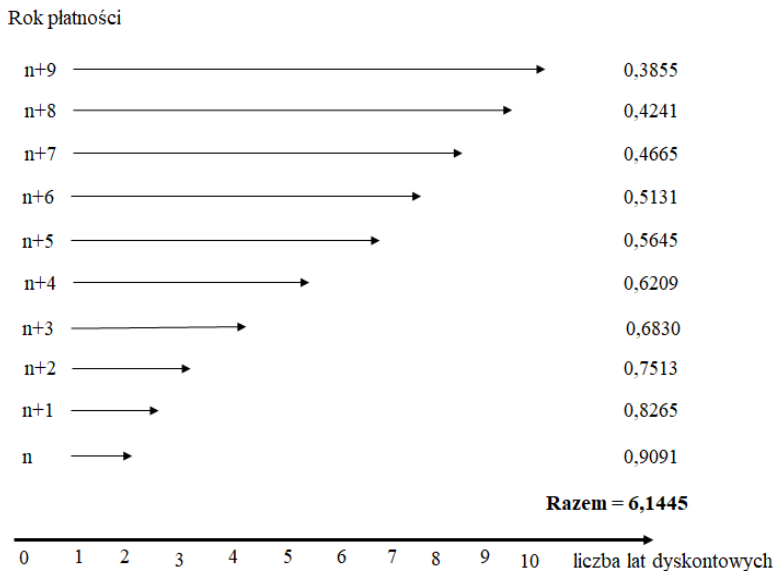
n+9	—————→	0,4241
n+8	————→	0,4665
n+7	————→	0,5131
n+6	————→	0,5645
n+5	————→	0,6209
n+4	————→	0,6830
n+3	————→	0,7513
n+2	————→	0,8265
n+1	————→	0,9091
n	————→	1,0000

**Razem = 6,7590**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 liczba lat dyskontowych

Rysunek 85: Renta płatna z góry w wysokości 1 zł;  $i = 0,1$

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.



Rysunek 86: Renta płatna z dołu w wysokości 1 zł;  $i = 0,1$

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek

Andrzeja Grzebieniaka.

Faktyczna składka (składka brutto) byłaby jednak o kilka-kilkanaście procent wyższa ze względu na koszty akwizycyjne, administracyjne i koszty przekazu renty.

Renta jest produktem opartym na **określonych zasadach**, w związku z tym, istnieją następujące modele ubezpieczeń rentowych:

1. Składka ma charakter składki jednorazowej, (przy czym na jej poczet może być zaliczona wartość wykupu lub świadczenie ubezpieczeniowe należne z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na życie).
2. Okres umowy może trwać do końca życia ubezpieczonego z okresem gwarantowanym lub bez okresu gwarantowanego i obejmować określony termin, w ciągu którego będą następować wypłaty renty (5, 10, 15, 20 lat albo do określonego wieku, np. 85 lat).
3. Ubezpieczenie może być zawarte na życie dwóch osób.
4. Wiek wstępu do ubezpieczenia w przypadku renty terminowej od 18 roku życia, dla renty dożywotniej – od 45 roku życia.

5. Świadczenia rentowe są podwyższane corocznie o kwotę nadwyżki między techniczną stopą oprocentowania a faktyczną stopą zysku inwestycyjnego ZU w wyznaczonym funduszu.
6. Ubezpieczający ma prawo do dokonywania wpłat dodatkowych, podwyższających świadczenie rentowe.
7. Ubezpieczający może rozwiązać umowę, jeżeli wypowiedzenie nastąpiło w okresie odroczenia lub w gwarantowanym okresie płatności; wypłacone świadczenie jest ustalone z uwzględnieniem technicznej stopy oprocentowania.
8. W przypadku renty gwarantowanej, w każdą rocznicę zawarcia umowy ubezpieczający może skrócić gwarantowany okres płatności; świadczenie rentowe zostaje wówczas odpowiednio podwyższone.
9. W przypadku renty dożywotniej, jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na rzecz dwóch ubezpieczonych, ubezpieczający ma prawo w każdą rocznicę zawarcia umowy, dopóki żyją ubezpieczeni, obniżyć wysokość świadczenia należnego temu ubezpieczonemu, który pozostanie przy życiu w razie śmierci pierwszego; w takim przypadku, świadczenie rentowe wypłacane w okresie życia obu ubezpieczonych zostanie odpowiednio podwyższone.
10. W razie śmierci ubezpieczonego w okresie gwarantowanym ZU wypłaca należne świadczenie do końca okresu gwarantowanego w formie renty lub jako świadczenie jednorazowe, w zależności od woli uposażonego.

Przykładowe produkty w klasie rent natychmiast płatnych:

1. **Ubezpieczenie renty dożywotniej dla małżeństw**, w których świadczenie rentowe jest wypłacane:
  - **mężowi** – umówiona renta dożywotnia, począwszy od następnego dnia po wpłaceniu składki;
  - **żonie, po śmierci męża** – renta wdowia w wysokości 60% renty męża oraz odprawa pośmiertna w wysokości rocznej renty męża.
2. **Ubezpieczenie natychmiastowego płacenia rent dożywotnich z odprawą pośmiertną**, w którym jest wypłacane:
  - **ubezpieczonemu** – dożywotnia renta począwszy od dnia następnego po wpłaceniu składki;
  - **osobie uposażonej, po śmierci ubezpieczonego** – odprawa pośmiertna w wysokości jednorocznej renty.



3. **Ubezpieczenie natychmiastowego płacenia rent dożywotnich bez odprawy pośmiertnej**, z którego jest wypłacana ubezpieczonemu dożywotnia renta począwszy od dnia następnego po wpłaceniu składki.

Tabela 40 przedstawia zmiany, przy jednorazowej składce za każde 100 zł reny życiowej, miesięcznej, natychmiast płatnej.

Tabela 40: Jednorazowa składka za każde 100 zł reny życiowej, miesięcznej, natychmiast płatnej

Wiek	Renta dla małżeństw	Renta z odprawą dla:		Renta bez odprawy dla:	
		mężczyzny	kobiety	mężczyzny	kobiety
40	23 040	21 010	22 090	20 700	21 830
45	22 010	19 730	21 010	19 350	20 700
50	20 870	18 240	19 730	17 790	19 350
55	19 730	16 620	18 240	16 080	17 790
60	18 330	14 900	16 620	14 280	16 080
65	16 680	13 120	14 900	12 410	14 280
70	14 950	11 360	13 120	10 570	12 410
75	13 260	9 790	11 360	8 860	10 570

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Przykładowe produkty w klasie rent odroczonej:

1. **Ubezpieczenie odroczonej reny dożywotniej dla małżeństw**, w których świadczenie jest wypłacane:
  - **mężowi** – jako ubezpieczającemu, a jednocześnie ubezpieczonemu – dożywotnia renta począwszy od umówionego wieku
  - **współubezpieczonej żonie, po śmierci męża** – renta wdowia w wysokości 60% reny męża, począwszy od daty ustania wypłaty reny męża
  - **żonie (uposażonej)** – jednorazowe świadczenie w wysokości opłaconych składek w razie śmierci męża przed terminem płatności reny, a w wysokości jednorocznej reny w wypadku jego śmierci po tym terminie.

2. **Ubezpieczenie odroczonej renty dożywotniej ze zwrotem składek**, w którym świadczenie jest wypłacane:

- **ubezpieczonemu** – renta, z osiągnięciem umówionego, zapisanego w umowie, wieku:
- **uposażonemu** – w razie śmierci ubezpieczonego, jednorazowe świadczenie w wysokości 100% opłaconych i niewycofanych składek, bez względu na to czy śmierć nastąpiła przed terminem płatności renty, czy po tym terminie (osoba uprawniona, np. żona, może albo podjąć płatne świadczenie pośmiertne, albo też przeznaczyć je na nowe ubezpieczenie własnej renty). W ubezpieczeniu tym ubezpieczający może żądać zwrotu opłaconych składek, co powoduje odpowiednie obniżenie renty oraz rezygnację ze świadczenia pośmiertnego.

Tabela 41 przedstawia zmiany w wysokości renty życiowej odroczonej (miesięcznej) przy wpłacie składki w wysokości 100 000 zł (w zł).

Tabela 41: Wysokość renty życiowej odroczonej (miesięcznej) przy wpłacie składki w wysokości 100 000 zł (w zł)

Wiek	Renta dla małżeństw przy terminie płatności dla męża		Renta ze zwrotem składek przy terminie płatności dla:		Renta bez zwrotu składek przy terminie płatności dla:	
	od 60 lat	od 65 lat	mężczyzn od 65 lat	kobiet od 60 lat	mężczyzn od 65 lat	kobiet od 60 lat
25	3 190	4 993	6 219	3 225	7 710	3 885
30	2 459	3 831	4 664	2 441	5 992	3 012
35	1 893	2 927	3 459	1 832	4 647	2 336
40	1 455	2 228	2 524	1 358	3 587	1 808
45	1 117	1 690	1 803	993	2 750	1 394
50	861	1 279	1 253	711	2 087	1 068
55	668	971	839	498	1 552	810
60	546	745	537	353	1 119	622

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

**Do ubezpieczeń rentowych można zaliczyć ubezpieczenia emerytalne**, przy których płatność rent rozpoczyna się w wieku emerytalnym lub wcześniej w związku z niezdolnością do pracy, jednak charakter tych ubezpieczeń zbliża je raczej do ubezpieczeń z funduszem inwestycyjnym.

Na świecie dużą popularność zdobyły ubezpieczenia o charakterze ubezpieczeń rentowych (emerytalnych) zawierane w formie grupowej, opłacane przez pracodawcę, stanowiące podstawowy element ubezpieczeń społecznych. W Polsce do takich ubezpieczeń należą przede wszystkim **Pracownicze Programy Emerytalne (PPE)**.

Ustalanie stopy składki netto w ubezpieczeniach na życie

Kalkulacja stopy składki netto oparta jest w ubezpieczeniach na życie na dwóch podstawowych elementach:

1. **Prawdopodobieństwie śmierci ubezpieczonych osób w ciągu rocznego okresu** (opiera się na tzw. tablicach trwania życia, które pozwalają ustalić tempo wymierania osób ubezpieczonych, np. ile osób spośród 1 000 ubezpieczonych umrze w kolejnych latach trwania ubezpieczenia),
2. **Wysokości technicznej stopy procentowej** (pozwala ustalić realną wartość wpłacanej składki w dniu wypłaty świadczenia lub obecną wartość wypłacanego w przyszłości świadczenia, co zapewnia możliwość porównania realnej wartości składki i świadczeń mimo wielu lat jakie mogą dzielić te dwa zdarzenia).

Przykład:

Zakład ubezpieczeń przyjął techniczną stopę oprocentowania na poziomie 5% w skali roku.

Ile wyniesie składka netto w ubezpieczeniu na wypadek śmierci kobiety zawartym na okres jednego roku, jeżeli suma ubezpieczenia wynosi 1 000 PLN, a wiek ubezpieczonej 40 lat?

Rozwiązanie:

Wiek (x)	Liczba dożywających wieku (lx)	Liczba osób zmarłych w wieku x (dx)
20	98 061	37
30	97 641	58
40	96 663	169
50	94 043	375

Źródło: opracowanie własne na podstawie oraz notatek Andrzeja Grzebieniaka.

Dla uproszczenia zakłada się, że liczba ubezpieczonych wynosi 96 663, tj. tyle, ile stanowi liczba żyjących kobiet podana w tablicy.

- ogólny zbiór składki wynosi:  
 $S = 96\ 663 \times s$  (PLN) ( $s$  – składka netto od jednej osoby);
- wg tablicy życia w ciągu 1 roku nastąpi 169 wypadków śmierci, więc suma świadczeń wyniesie:  
 $O = 169 \times 1\ 000$  (PLN);
- ponieważ wypłata świadczeń następuje z zasady nie na początku okresu ubezpieczenia, lecz w okresie późniejszym (dla uproszczenia, przyjmuje się, że na końcu roku), zdyskontowana wartość świadczeń na początek okresu ubezpieczenia wyniesie:  
 $O = 169 \times 1\ 000 \times 0,95238$  (PLN) ( $1/1.05 = 0,95238$ );
- zgodnie z zasadą równowagi składek i świadczeń (według ich wartości na początek okresu ubezpieczenia):  
 $S = O$ , więc:  
 $96663 \times s = 169 \times 1000 \times 0,95238$

czyli:

$$s = 1,67 \text{ (PLN)}$$

Tabela 42 prezentuje dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń Działu I (na życie) z grupy: 1-5.

Tabela 42: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń Działu I (na życie), grup: 1-5 (wg stanu na 31.12.2022 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia na życie				
	Dział I, grupa 1	Dział I, grupa 2	Dział I, grupa 3	Dział I, grupa 4	Dział I, grupa 5
<b>Dział/grupy ubezpieczeń</b>					
Składka przypisana brutto (w tys. zł), ogółem.	9 652 951	103 311	3 984 921	141 018	7 492 454
w tym:					
ubezpieczenia chorobowe	-	-	-	-	2 089 361
Udział w składce przypisanej brutto Działu I (w %)	45,16	0,49	18,64	0,66	35,05
Liczba umów czynnych (w szt.), ogółem,	10 210 043	71 023	1 388 153	43 732	22 895 449
w tym:					
ubezpieczenia chorobowe	-	-	-	-	3 112 712
Liczba ubezpieczonych osób w ubezpieczeniach grupowych*, w okresie sprawozdawczym (w szt.), ogółem,	11 588 032	0	294 144	3 940	24 999 962
w tym:					
ubezpieczenia chorobowe	-	-	-	-	13 546 328
Liczba wypłat w okresie sprawozdawczym (w szt.), ogółem, w tym:	1 405 758	9 221	499 151	29 589	2 382 203
ubezpieczenia chorobowe					727 844
Świadczenia wypłacone brutto (w tys. zł), ogółem,	6 759 023	130 323	8 916 219	100 729	2 967 578
w tym:					1 035 059
ubezpieczenia chorobowe					
Udział w wypłaconych świadczeniach Działu I (w %)	35,92	0,68	47,37	0,53	15,77
Charakter produktów	ochronny	ochronny	ochronny	ochronny	ochronny

Źródło: Sprawozdanie statystyczne KNF krajowych zakładów ubezpieczeń [<https://www.knf.gov.pl>]: aktualizacja: 15.03.2024 r.]

Reasumując powyższe rozważania na temat ubezpieczeń majątkowych, to w **przychodach ogółem** składka przypisana brutto miała dominującą rolę. W 2022 r. wyniosły one 72 359,0 mln zł. Daje to wzrost o 4,5% w porównaniu do roku 2021 r., w tym: 21 543,5 mln zł (39,8%) pochodziła z tych ubezpieczeń.

Natomiast w strukturze **kosztów ogółem** w 2022 r. wypłacono brutto 44 385,7 mln zł ogółem i były o 7,5% wyższe niż w 2021 r., z czego z Działu I wypłacono 18 870 mln zł (42,5%) (Tabela 43).

Tabela 43: Przychody i koszty oraz wynik techniczny zakładów ubezpieczeń w Dziale II

Wyszczególnienie	2021	2022	2021=100
Przychody ogółem (w mln zł), w tym:	29 341,6	28 330,2	96,6
Składki zarobione na udziale własnym	21 650,1	21 159,5	97,7
Przychody z lokat	7 373,5	7 027,9	95,3
<b>Koszty ogółem</b> , w tym:	27 742,7	26 101,3	94,1
odszkodowania i świadczenia	18 528,5	18 763,1	101,3
Zmiany stanu innych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych	-1 458,7	-8 618,0	-
Koszty działalności ubezpieczeniowej	5 437,5	5 777,7	106,3
Koszty działalności lokacyjnej	4 291,0	9 171,2	213,7
Wynik finansowy netto	1 598,9	2 228,8	139,4
Wynik techniczny	2 118,1	2 829,7	133,5

Źródło: Wyniki finansowe zakładów ubezpieczeń za rok 2022, GUS [<https://www.gus.gov.pl>: aktualizacja: 15.03.2024 r.].

**Składka przypisana brutto** z działalności bezpośredniej ogółem w Dziale I uplasowała się na poziomie 29,8%. Dominującą pozycję w tym Dziale stanowiły składki z ubezpieczeń na życie – 44.7% oraz ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe – 34,9% wartości składki przypisanej brutto [por. <https://www.gus.gov.pl>: aktualizacja: 15.03.2024 r.] (Tabela 44).

Tabela 44: Składka przypisana brutto oraz odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w podziale na wybrane rodzaje ubezpieczeń z działalności bezpośredniej Działu II (w mln zł)

Wyszczególnienie	Składki przypisane brutto			Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto		
	2021	2022	2021=100	2021	2022	2021=100
Ogółem, w tym:	22 120,0	21 543,5	97,4	18 451,0	18 870,0	102,3
Ubezpieczenia na życie	9 060,2	9 728,4	107,3	7 487,6	6 756,1	90,2
Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	5 700,5	4 049,7	71,0	7 996,3	8 914,1	111,5
Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe	7 091,6	7 521,2	106,1	2 751,0	2 968,6	107,9

Źródło: Wyniki finansowe zakładów ubezpieczeń za rok 2022, GUS [por. <https://www.gus.gov.pl>: aktualizacja: 15.03.2024 r.].

Pytania kontrolne:

1. Co to jest produkt ubezpieczeniowy i z czego się składa?
2. Czynniki wpływające na konstrukcję produktu ubezpieczeniowego?
3. Jakie są różnice między produktem ubezpieczeniowym a dobrem materialnym?
4. Na czym polegają etapy tworzenia produktu ubezpieczeniowego?
5. Jakie mamy rodzaje ubezpieczeń majątkowych?
6. Czym różni się ubezpieczenie majątkowe dobrowolne od obowiązkowego. Proszę podać kryterium podziału i przykłady tych ubezpieczeń?
7. Jakie mamy normy prawne regulujące ubezpieczenia morskie, lądowe i powietrzne?
8. Co to są ubezpieczenia komunikacyjne, jakie mamy rodzaje?
9. Co to są ubezpieczenia transportowe, jakie mamy rodzaje?
10. Czym różnią się ubezpieczenia komunikacyjne od transportowych?
11. Co to jest ubezpieczenie Assistance, i jakie mamy rodzaje tego ubezpieczenia?
12. Czym różnią się ubezpieczenia morskie od śródlądowych?
13. Co to jest ubezpieczenie mienia i jakie mamy rodzaje?
14. Na czym polegają ubezpieczenia techniczno-inżynieryjne, i jakie mamy rodzaje?
15. Na czym polegają ubezpieczenia jednostkowe mienia, i jakie mamy rodzaje?
16. Co to są ubezpieczenia od klęsk żywiołowych?
17. Jakie mamy rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej ogólnej? Proszę je scharakteryzować.
18. Jakie mamy rodzaje funkcji ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej? Proszę je omówić.
19. Na czym polegają ubezpieczenia rolnicze?
20. Kto to jest rolnik indywidualny, i jakie powinien spełniać warunki, by zawrzeć ubezpieczenie obowiązkowe?
21. Czym różni się umowa gwarancji ubezpieczeniowej od ubezpieczenia kredytu?
22. Na czym polegają ubezpieczenia ochrony prawnej?
23. Na czym polegają ubezpieczenia turystyczne?
24. Co to są ubezpieczenia na życie, i jakie mamy rodzaje?
25. Co to są ubezpieczenia indywidualne, terminowe na życie?
26. Czy różni się ubezpieczenie na życie od ubezpieczenia na dożycie? Podać przykład.



27. Na czym polega prolongata składki w ubezpieczeniach na życie?
28. Na czym polega kalkulacja składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach na życie?
29. Na czym polega kalkulacja składki w ubezpieczeniach majątkowych?
30. Co to są ubezpieczenia uniwersalne na życie?
31. Na czym polegają ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym?
32. Na czym polegają ubezpieczenia rentowe, i jakie mamy rodzaje?
33. Kto to jest underwriting, i jaka jest jego rola w ubezpieczeniach na życie?



## Bibliografia

- Adamczak W., [2009], *Usuwanie wraków w świetle konwencji z 2007 roku*, Gdańskie Studia Prawnicze, t. XXI, Gdańsk.
- Adamowicz M. [2005], *Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej armatora*, Prawo Morskie, t. XXI.
- Ambrożuk D., Dąbrowski D., Wesołowski K., [2019], *Międzynarodowe Konwencje Przewozowe*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Bernstein P. [1998], *Against the Gods: The Remarkable Story of Risk*, John Wiley & Sons, New York.
- Białkowski M., [2020], *Kabotaż jako zobowiązanie uzupełniające do umowy o przewóz towarów*, Teka Komisji Prawniczej PAN Oddział w Lublinie, t. XIII, nr 2.
- Bizon-Górecka J. [2004], *Koszty w przedsiębiorstwie w ujęciu komplementarnym*, Rynek Terminowy, nr 2.
- Chróścicki A., [2008], *Komentarz do niektórych przepisów Kodeksu cywilnego, [w:] Umowa ubezpieczenia po nowelizacji kodeksu cywilnego. Komentarz do art. 384 K.c.*, Lex, Warszawa.
- Damodran A. [2002], *Investment Valuation: Tools and Techniques for Determining the Value of Any Asset*, wyd. 2,
- Davidson, Hugh M.(1983), *Blaise Pascal*. Boston: Twayne Publishers.
- Doerig H. [2003], *Operational Risk in Financial Services*, Credit Suisse Group, New York.
- Drugan-Gertner M., [2009], *Ubezpieczenia morskie w kodeksie ubezpieczeń [w:] Kowalewski E. (red.), O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, TNOiK, Toruń.
- Dziawgo D., [1998], *Credit-rating. Ryzyko i obligacje na międzynarodowym rynku finansowym*, PWN, Warszawa.
- Gardner M., Mills D. [1988], *Managing Financial Institutions*, The Dryden Press, Chicago.
- Gasińska M., [2013], *Ubezpieczenia turystyczne w systemie ubezpieczeń gospodarczych*, Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula 32/2013 Ekonomia III.
- Gil Z. [2001], *Zarządzanie ryzykiem I antyryzykiem w działalności gospodarczej i społecznej*, WND AGH, Kraków.
- Głuchowski J. (red.), [2001], *Leksykon finansów*, PWE, Warszawa.
- Hadyniak B, [2010] *Ustalenie i wypłata świadczeń lub odszkodowań [w:] Handchke J., Monkiewicz J., (red), Ubezpieczenia*, Poltex, Warszawa.

- Hadyniak B. [2000], *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] Monikiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń* tom I – Mechanizmy i Funkcja, Poltext, Warszawa.
- Haller M. (1998), *Produkt und Sortimentsgestaltung*, w: *Handwörterbuch der Versicherung*, D. Farny (red.), VVW, Karlsruhe.
- Holscher R. [1987], *Risikokosten-Management in Kreditinstituten*, F. Knapp, Frankfurt.
- Holton G. [2004], *Defining Risk*, *Financial Analysts Journal*, vol. 60, nr 6.
- Jajuga K. [1999], Nowe tendencje w zarządzaniu ryzykiem finansowym, *Rynek Terminowy*, nr 3.
- Jajuga K. [2007], *Zarządzanie ryzykiem*, PWN, Warszawa.
- Jajuga K., Jajuga T. [1998], *Inwestycje. Instrumenty finansowe, ryzyko finansowe, inżynieria finansowa*, PWN, Warszawa.
- Jędralska K. [1992], *Zachowanie przedsiębiorstw w sytuacji niepewności i ryzyka*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Jędrzejczyk I., [2010], *Inwestycje ochronne w ograniczaniu skutków ryzyka powodzi – rola prewencji*, *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 2/2010, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa.
- Jorion P. [2007], *Financial Risk Manager Handbook*, John Wiley & Sons, New Jersey.
- Kacperczyk R., [2009], *Transport i spedycja. Część 2. Spedycja*, Difin, Warszawa.
- Kaczmarek T. [2003], *Zarządzanie zdywersyfikowanym ryzykiem w świetle badań interdyscyplinarnych*, Wydawnictwo WSZiM w Warszawie, Warszawa.
- Kaczorowski B., Senatorski P., (red.), [1996], *Encyklopedia multimedialna*, PWN, Warszawa.
- Kendall R. [2000], *Zarządzanie ryzykiem dla menadżerów*, Liber, Warszawa.
- Kiliński R. [2018], *Tajniki ubezpieczenia armatora morskiego*, *Miesięcznik Ubezpieczeniowy. Przewodnik po dużych ryzykach*, wyd. 2., Warszawa.
- Knight F. [1971], *Risk. Uncertainty and Profit*, University of Chicago Press, Chicago – London.
- Kreim E. [1988], *Zukunftsorientierte Kreditentscheidung*, Gabler, Wiesbaden.
- Kwiecień I. [2016], *Ubezpieczenia mienia* [w:] Ronka-Chmielowiec W., (red), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Lament M., Piątek J., [2023], *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, PWN, Warszawa.
- Lilly C., Wood G., Rosenbloom J., [1986], *Personal Risk Management and Insurance*, Vol.1, Insurance Institute of America, Malvern, Pennsylvania.

- Łopuski, J. [2000], *Z zagadnień ubezpieczenia morskiego: czy odchodzenie od ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej?* Prawo Asekuracyjne, nr 1, Warszawa.
- Markowitz H. [1959], *Portfolio Selection. Efficient Diversification of Investments*, Yale University Press, New Haven.
- Marshall C. [2001], *Measuring and Managing Operational Risk in Financial Institutions*, John Wiley & Sons, Singapore.
- Michalski T. [2000], *Ryzyko w działalności człowieka. Podstawy ubezpieczeń – mechanizmy i funkcje*, t. I, Poltext, Warszawa.
- Mowbray A., Blanchard R., Williams C. [1969], *Insurance*, wyd. 6, McGraw-Hill, New York.
- Nahodko S. [2001], *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz.
- Nahotko S. (1996), *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz.
- Niedziółka P. [2002], *Zarządzanie ryzykiem stopy procentowej w banku*, Difin, Warszawa.
- Olejniczak A., [2014], *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom 3* [w:], Kidyba A. (red.), *Zobowiązania – część ogólna*, Lex/el.
- Orlicki M. [2010], *Regulacja umowy ubezpieczenia*, (w:) Handschke J., Monkiewicz J. (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa.
- Piaseczny L., (red.), [1982], *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, PWE, Warszawa.
- Pisarewicz P., Gierusz A., Kowalczyk-Rólczyńska P., [2020], *Produkty ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Pisarewicz P., Gierusz A., Kowalczyk-Rólczyńska P., Pobłocka A., [2020], *Produktu ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Przybytniowski J. W., [2010], *Perspektywy rozwoju ubezpieczeń rolniczych na tle zmian klimatycznych*, [w:] (red.) Zieliński Zbigniew E., *Rola informatyki w naukach ekonomicznych i społecznych. Innowacje i implikacje interdyscyplinarne*, PITWIN, Wyższa Szkoła Handlowa w Kielcach, Kielce.
- Przybytniowski J.W., [2013], *Konkurencyjność rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce*, Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa.
- Przybytniowski, J.W. [2016]. *Współczesne funkcje i mechanizmy transmisji między sektorem ubezpieczeniowym a sferą realną gospodarki: Teoria i Praktyka*, CeDeWu, Warszawa
- Pszczółowski T. [1978], *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Ossolineum, Wrocław.

- Rogowski W., Grzywacz J. [1999], *Ryzyko kredytowe – pojęcie oraz klasyfikacje*, Bank i Kredyt, nr 10.
- Romanowski K. [2000], *Wybrane problemy ubezpieczeń turystycznych*, Zeszyty Naukowe WSE, nr 3(21).
- Sangowski T. (red.) [1998], *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa.
- Sangowski T., [1996], *Vademecum pośrednika ubezpieczeniowego*, Saga Printing, Poznań.
- Shyrock H.S., Siegel J.S. (1973), *The Methods and Materials of Demography*, Washington D.C.
- Sierpińska M., Jachna T. [1993], *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWN, Warszawa.
- Sinkey J.F. jr [1998], *Commercial Bank Financial Management*, Prentice Hall, New York.
- Society of Actuaries, [2017], *Understanding the Product Development Process of Individual Life Insurance and Annuity Companies*, Schaumburg (Illinois).
- Socik A. [2000], *Przedsiębiorstwo a ryzyko – podejście praktyczne*, Rynek Terminowy, nr 10.
- Sudoł S. (2002), *Przedsiębiorstwo. Podstawy nauki o przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka zarządzania*. Dom Organizatora, Toruń.
- Szemraj M. [2006], *Zarządzanie ryzykiem w jednostce sektora finansów publicznych*, Biuletyn Finanse Publiczne, nr 4.
- Szewieczek D., [2018], *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej* [w:] Iwanicz-Drozdowska M. (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa.
- Szpunar, J. [1972], *Ubezpieczenia gospodarcze*, WSE, Nr 138, Poznań,
- Szymczak M., (red.), [1984], *Słownik języka polskiego t. 3*, PWN, Warszawa.
- Tarczyński W., Mojsiewicz M. [2001], *Zarządzanie ryzykiem*, PWE, Warszawa.
- Taylor-Sarno M. (1981), *Recovery and rehabilitation in aphasia* [in:] *Acquired Aphasia*. Taylor-Sarno M. (ed.), Academic Press, New York.
- Ugur Ö. [2009], *An Introduction to Computational Finance, Series in Quantitative Finance*, vol. 1, Imperial College Press, London 2009.
- Uyemura D.G., van Deventer D.R. [1993], *Financial Risk in Banking Management: The Theory and Application of Asset and Liabilities Management*, Burr Ridge, Irwin.
- Walczak R., [2006], *Międzynarodowy przewóz towarów*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Wąsiewicz A., [1994], *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*. Brant, Bydgoszcz.
- Wiley Finance, D'Arcy S. [2001], *Enterprise Risk Management*, Journal of Risk Management of Korea, vol. 12, nr 1, New York.

- Williams C.A, Heins R.M, *Risk management and Insurance*, McGraw-Hill Book Co, New York.
- Williams C.A., Young P.C., Smith M.L. [1995], *Risk Management and Insurance*, McGraw-Hill, New York.
- Woźniak-Makarska M., [2022], *Reasekuracja – zarys ogólny* [w:] Wierzbicka E. (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa.
- Wunsch G., Gourbin C., Russo F. (2024), *Big Data, Demography, and Causality*, *Open Journal of Social Sciences*, T. 12, nr 1.
- Zaleśkiewicz T. [2001], *Racjonalność decyzji. Pewność i ryzyko*, PWE, Warszawa.
- Zawadzka Z. [1999], *Ryzyko bankowe – uwagi ogólne*, [w:] Jaworski L. (red.), Poltext Warszawa.
- Zawiła-Niedźwiecki J., I. Staniec I., (red.), [2008], *Zarządzanie ryzykiem operacyjnym*, C.H. Beck, Warszawa.
- Żuławska C., [2005], *Komentarz do art. 384 K.c.*, [w:] Gniewek E. (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*. Tom 1, LexisNexis, Warszawa.

### **Akty prawne**

- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U.2019.0.381).
- Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiolowej art. 3 (Dz.U. z 2002 r. Nr 62, poz. 558, z późn zm.)
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U.2018.0.473).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93, z późn. zm.).

### **Netografia**

- Hansson S.O. [2007], *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/>.
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/podmioty-gospodarcze-wyniki-finansowe/przedsiębiorstwa-finansowe/wyniki-finansowe-zakladow-ubezpieczen-w-2022-roku,7,39.html>
- Keynes J.M. [1937], *The General Theory of Employment*, „*Quarterly Journal of Economics*”, vol. 51; <http://links.jstor.org/sici?sici=0033-5533%28193702%2951%3A2%3C209%3ATGTOE%3E2.0.CO%3B2-I>.

Paszyła A. [2003], Badania dochodu i ryzyka inwestycji za pomocą analizy rozkładów, StatSoft, <http://www.statsoft.pl/czytelnia/finanse/pdf/paszyła.pdf>.  
[www.knf.gov.pl/o\\_nas/wspolpraca\\_miedzynarodowa/unia/regulacje\\_i\\_dokumenty\\_powiazane/wyplacalnosc](http://www.knf.gov.pl/o_nas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/wyplacalnosc).



## Słowniczek pojęć ubezpieczeniowych

**Abandon [(abandon) – zrzeczenie się – (abdication) – w prawie morskim]** – zrzeczenie się przez ubezpieczonego na rzecz instytucji ubezpieczającej statku lub ładunku, który stracił na wartości wskutek wypadku, z prawem otrzymania całkowitego odszkodowania.

**Aerocasco** – termin stosowany dla określenia statków (pojazdów) powietrznych w ich ubezpieczeniu od zniszczenia lub uszkodzenia.

**Agent ubezpieczeniowy (insurance agent)** – przedsiębiorca, pośrednik ubezpieczeniowy wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych.

**Agent morski (sea agent)** – podejmuje się stałego przedstawicielstwa armatora w określonym porcie lub na określonym obszarze, za wynagrodzeniem, w oparciu o umowę agencyjną.

**Akcjonariusz (shareholder)** – współwłaściciel spółki akcyjnej na mocy prawa własności, posiadający jedną lub więcej akcji.

**Aktuariusz (actuary)** – osoba fizyczna wykonująca czynności w zakresie matematyki ubezpieczeniowej, finansowej i statystyki, wpisana do rejestru aktuariuszy.

**Akwizycja (acquisition)** – to proces, który ma w efekcie końcowym, doprowadzić do zawarcia umowy ubezpieczenia.

**Asekuracja (insurance)** – dawniej, termin oznaczający zabezpieczenie (łac. *assecuratio*), ale i ubezpieczenie.

**Auto casco (motor insurance)** – termin stosowany dla określenia pojazdów mechanicznych (pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motorower, przyczepa, pojazd wolnobieżny) w ich ubezpieczeniu od zniszczenia lub uszkodzenia.

**Awaria (average)** – uszkodzenie urządzenia przemysłowego lub transportowego albo zakłócenie procesu produkcyjnego lub transportowego. W ubezpieczeniach morskich awaria oznacza doznaną szkodę przez statek lub ładunek albo też poniesione wydatki na skutek wypadku na morzu

**Awaria poszczególna (particular average)** – szkoda poniesiona przez statek lub towar w czasie podróży morskiej na skutek jakiegoś wypadku, poza szkodami spowodowanymi normalnym zużyciem lub związanymi z awarią wspólną.

**Awaria wspólna (general average, gross average)** – stosowane w ubezpieczeniach morskich określenie szkody wynikającej ze świadome i celowo podjętej przez kapitana statku decyzji o poświęceniu części ładunku lub

statku albo poniesieniu nadzwyczajnych wydatków w celu uratowania przed grożącym niebezpieczeństwem mienia, zaangażowanego w wyprawie morskiej.

**Bonus (bonus)** – w taryfie składek przyznawany upust w składce za bezskodowy przebieg ubezpieczenia.

**Bordero (bordereau)** – przy przewozie przesyłek zbiorowych dokument pomocniczy (załącznik do listu przewozowego), stanowiący spis towarów przeznaczonych dla poszczególnych odbiorców, wyraźnie oznaczonych. W umowach reasekuracji obligatoryjnej – okresowe wykazy przekazanych reasekuratorowi ubezpieczeń, należnej składki i prowizji (border nadawczy) oraz okresowe wykazy obciążeń reasekuratora z tytułu jego udziałów w odszkodowaniach (border szkodowy).

**Broker ubezpieczeniowy/ reasekuracyjny (insurance/reinsurance broker)** – przedsiębiorca, pośrednik ubezpieczeniowy – osoba fizyczna albo prawna posiadająca, wydane przez organ nadzoru, zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej i wpisana do rejestru brokerów ubezpieczeniowych.

**Business interruption insurance** – ubezpieczenie zapewniające zwrot utraconych zysków oraz poniesionych kosztów (stałych) i wydatków z tytułu przerwy w działalności gospodarczej w wyniku zdarzeń losowych (np. pożaru, awarii maszyn, itp.).

**Całkowite trwale inwalidztwo (full durable disability)** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w wyniku uszkodzenia ciała w następstwie wypadku

**Cargo (cargo)** – ładunek, fracht, towar. Stąd przez ubezpieczenie cargo rozumie się rodzaj ubezpieczenia majątkowego obejmujący przewożone ładunki np. od ognia, kradzieży, uszkodzenia podczas transportu.

**Casco (casco insurance)** – ubezpieczenie casco obejmuje ubezpieczenie: środków transportowych (pojazdy mechaniczne, statki morskie i śródlądowe, statki powietrzne, pojazdy szynowe) od zniszczenia lub uszkodzenia. Bardzo częstym rozszerzeniem ubezpieczenia casco, jest objęcie nim ryzyka kradzieży.

**Cedent (assigner)** – w ubezpieczeniach pośrednich oznacza zakład ubezpieczeń, któremu inny ubezpieczyciel udziela ochrony reasekuracyjnej.

**Cesja [(cession), transfer – release]** – przelanie praw wynikających z danej umowy na osobę trzecią; na przykład cesja prawa do odszkodowania oznacza, że jego wypłata zostanie dokonana osobie (instytucji), na rzecz, której dokonano cesji. Dla przykładu bank w zamian za udzielenie kredytu na zakup samochodu może zażądać cesji praw do odszkodowania z ubezpieczenia casco.

**Cesjonariusz (cessionary)** – w ubezpieczeniach pośrednich oznacza reasekuratora przyjmującego cesję od ubezpieczyciela bezpośredniego (cedenta).

**Certyfikat ubezpieczenia (certificate of insurance)** – potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia, stanowiące czasowy dowód ubezpieczenia.

**Czarter na podróż (voyage charter party)** – umowa frachtowa, w której przewoźnik zobowiązuje się do przewiezienia ładunku uzgodnionego, co do rodzaju i ilości na uzgodnionej trasie wyznaczanej portami załadowania i wyładowania. Czarterujący zobowiązany jest do przygotowania ładunku w porcie załadowania oraz do zapłaty uzgodnionego frachtu.

Czarter na podróż może występować w kilku wariantach:

a) **czarter na podróż pojedynczą (single voyage charter party)** – gdy umowa dotyczy przewozu uzgodnionego ładunku z uzgodnionego portu załadowania do portu wyładowania i wydania tam ładunku uprawnionemu odbiorcy w zamian za zapłatę uzgodnionego frachtu. Po wydaniu ładunku i zapłacie frachtu, przy braku roszczeń z obu stron, umowę uznaje się za wypełnioną;

b) **czarter na podróż okrężną (round voyage charter party)** – gdy jedna umowa reguluje warunki realizacji dwóch podróży pojedynczych: wyjściowej oraz powrotnej, w powiązaniu z przewozem ładunków tego samego czarterującego na stałych warunkach;

c) **czarter na podróże konsekutywne (consecutive voyage charter party)** – gdy jedna umowa reguluje warunki wykonania określonej liczby bezpośrednio po sobie następujących takich samych podróży.

**Dokument ubezpieczeniowy (insurance policy)** – pisemne potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia, wystawione przez ubezpieczyciela. Najczęstszym dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jest polisa ubezpieczenia. Ponadto w praktyce przyjmuje się, jako dokument ubezpieczenia także: certyfikat ubezpieczenia, notę pokrycia, kartę płatniczą.

**Dyrektywa Unii Europejskiej (directive of European Union)** – jest to ustrojowy akt prawny, na podstawie, którego państwa członkowskie Unii zostają zobowiązane do wprowadzenia określonych, krajowych regulacji prawnych. Dyrektywy mają różną wagę: zalecana, obowiązująca oraz wprowadzana na okres próbny. Dyrektywy w wielu kwestiach pozostawiają krajom członkowskim Unii znaczną swobodę wyboru rozwiązań.

**Dystrybucja bezpośrednia (direct distribution)** – realizowana jest za pomocą własnych komórek organizacyjnych i własnego personelu.

**Dystrybucja pośrednia (indirect distribution)** – ma miejsce wtedy, gdy pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym występuje pośrednik.

**Dypasza (claims adjustment)** – dokument rozliczenia awarii wspólnej, sporządzony, przez dypaszerza. Rozliczenie obejmuje ustalenie faktu awarii

wspólnej i zestawienie jej kosztów, oszacowanie wartości statku, ładunku i frachtu oraz obciążenie kosztami awarii wszystkich uczestników przedsięwzięcia morskiego, proporcjonalnie do wartości zaangażowanych przez nich w tym przedsięwzięciu.

**Dyspaser (average adjustment)** – wyznaczony przez zainteresowane strony albo przez sąd lub inne uprawnione organy, rzeczoznawca w celu rozliczenia awarii wspólnej.

**Działalność agencyjna (agency activity)** – wykonywanie czynności w imieniu lub na rzecz zakładu ubezpieczeń (zwanym czynnościami agencyjnymi), polegających na: pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie, jak również na organizowaniu i nadzorowaniu czynności agencyjnych. Czynności agencyjne mogą być wykonywane wyłącznie przez osobę fizyczną, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych, nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo, daje rękojmię należytego wykonywania czynności agencyjnych, posiada, co najmniej średnie wykształcenie oraz odbyła szkolenie prowadzone przez zakład ubezpieczeń zakończone zdaniem egzaminem.

**Działalność brokerska (brokerage activity)** – wykonywanie czynności w imieniu lub na rzecz podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej (zwanym czynnościami brokerskimi), polegających na: zawieraniu lub doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia, wykonywaniu czynności przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie, jak również na organizowaniu i nadzorowaniu czynności brokerskich.

Działalność brokerska może być prowadzona wyłącznie za zezwoleniem organu nadzoru przez osoby fizyczne lub prawne wpisane do rejestru brokerów.

**Działalność ubezpieczeniowa (insurance business)** – wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z czynnościami oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Wyróżnia się bezpośrednią i pośrednią (reasekuracyjną) działalność ubezpieczeniową.

**Działy ubezpieczeń (insurance branches)** – ze względu na zasadę selekcji działów ubezpieczeń w krajach UE, ubezpieczenia dzieli się na dwa działy: Dział I – ubezpieczenia na życie i Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe. W obrębie poszczególnych działów wydziela się grupy.

**Działalność gospodarcza (economic activity)** – w rozumieniu ustawy jest zarobkowa działalność wytwórcza, handlowa, budowlana, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i eksploatacja zasobów naturalnych, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.

**Ekspiracja ubezpieczenia (expiration of insurance)** – ustanie, wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Najczęściej termin ekspiracji określa polisa ubezpieczeniowa albo inny dokument potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia.

**Fracht (freight)** – to opłata za przewóz towarów drogą morską. Stawki zwykle uzależnione są od masy i objętości przesyłki. Fracht zasadniczo wypłacany jest po dostarczeniu towaru na miejsce przeznaczenia, w uzgodnionym terminie i w stanie nieuszkodzonym.

**Franszyza (franchise)** – to klauzula prawna ograniczająca odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkodę.

**Franszyza integralna (integral franchise)** – jest to ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela polegające na zwolnieniu z odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jeżeli szkoda nie przekracza określonego w umowie poziomu.

**Franszyza redukcyjna (reductive franchise)** – polega na zmniejszeniu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zmniejszenie to określane jest w wartościach bezwzględnych np. w kwocie lub w wartościach względnych np. w procencie lub ułamku wartości szkody.

**Główny oddział** – oddział zakładu ubezpieczeń z państwa niebędącego członkiem Unii.

**Grupa ubezpieczeń (insurance group)** – kategoria przyjęta w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, pozwalająca dokonywać podziału ubezpieczeń ze względu na rodzaje ryzyka ubezpieczeniowego.

a) w ramach Działu I wyodrębnia się 5 grup;

b) w ramach Działu II wyodrębnia się 18 grup.

**Indywidualne Konto Emerytalne (IKE – Individual Pension Account)** – wyodrębniony zapis w rejestrze uczestników funduszu inwestycyjnego, wyodrębniony rachunek papierów wartościowych i rachunek pieniężny służący do jego obsługi w podmiocie prowadzącym działalność maklerską lub wyodrębniony rachunek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, wyodrębniony rachunek bankowy w banku, prowadzone na zasadach określonych ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków i rejestrów.

**Indeksacja (indexation)** – podwyżka składki i sumy ubezpieczenia o określony wskaźnik zwany wskaźnikiem indeksacji.

- Inkaso składek (collection of premiums)** – pobieranie składek lub kolejnych rat składek ubezpieczeniowych od osób, które zawarły umowy ubezpieczenia oraz wystawienie odpowiednich dla tej czynności dokumentów (faktur, potwierdzeń wpłat) przez osoby posiadające uprawnienia i pełnomocnictwo ubezpieczyciela
- Kapitałowy fundusz ubezpieczeniowy (insurance capital fund)** – to wydzielona część aktywów Towarzystwa, gdzie gromadzone i inwestowane są środki pochodzące z indywidualnych wpłat różnych osób. Ich rejestracja odbywa się poprzez sprzedaż tak zwanych jednostek uczestnictwa.
- Karencja (grace)** – ustalony w ogólnych warunkach ubezpieczenia okres, w czasie, którego zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie skutkuje realizacją świadczenia.
- Klauzula ubezpieczeniowa (insurance clause)** – termin prawniczy – zastrzeżenie, postanowienie lub warunek w umowie ubezpieczenia, może ona ograniczać, rozszerzać lub zmieniać zakres ochrony ubezpieczeniowej.
- Koasekuracja (co-insurance)** – to umowa ubezpieczenia na podstawie, której co najmniej dwóch ubezpieczycieli zobowiązuje się do spełnienia określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego. Każdy z ubezpieczycieli jest wymieniony w umowie ubezpieczenia
- Koasekurator (co-insurer)** – współubezpieczyciel świadomie i celowo uczestniczy jako strona w umowie koasekuracji.
- Konosament (bill of lading)** – najważniejszym dokumentem w transporcie morskim. Stanowi on potwierdzenie przyjęcia towaru do przewozu morskiego, podpisane przez armatora jego agenta lub kapitana statku, w którym ten ostatni zobowiązuje się wydać towar uprawnionemu posiadaczowi konosamentu w porcie przeznaczenia. Konosament nie jest umową o przewóz. Warunki konosamentu powinny odpowiadać warunkom umowy o przewóz, natomiast, gdy takiej umowy nie zawarto, konosament może określić warunki umowy o przewóz stosownie do porozumienia stron.
- Konsumpcja sumy ubezpieczenia (consumption the amounts of insurance)** – zmniejszenie sumy ubezpieczenia o kwotę wypłaconego odszkodowania.
- Konwencja celna TIR (Transport International Routier)** – dotycząca międzynarodowego przewozu towarów z zastosowaniem karnetów TIR umożliwia przewóz towarów transportem samochodowym, bez poddawania ich rewizji celnej przy przekraczaniu granicy.
- Kulancja** – płatność na zasadzie *ex gratia* świadczenie wypłacone mimo braku odpowiedzialności ubezpieczyciela. Stosuje się je w sytuacjach uzasadnienia społecznego, ochrony przed długotrwałym procesem sądowym, dla dobrego funkcjonowania public relations itp.

- Likwidacja szkody (claim settlement)** – ogół czynności podejmowanych przez ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń, wysokości świadczenia i spełnienia świadczenia w związku z powstaniem wypadku ubezpieczeniowego.
- Malus (penalty for bad loss experirnce)** – w taryfie składek stosowane podwyższenie składki za szkodowy przebieg ubezpieczenia.
- Minimalna suma ubezpieczenia (minimum amount of insurance)** – przy ubezpieczeniu na życie najniższa możliwa suma ubezpieczenia.
- Nadubezpieczenie (over – insurance)** – zawarcie umowy ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia przewyższającą wartość przedmiotu ubezpieczenia.
- Niedoubezpieczenie (under – insurance)** – zawarcie umowy ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia niższą od wartości ubezpieczeniowej – wartości przedmiotu ubezpieczenia.
- Nieszczęśliwy wypadek (misadventure)** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek, której ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
- Odpowiedzialność cywilna (liability)** – odpowiedzialność za szkodę na osobie lub w mieniu, jaką – na podstawie przepisów prawa cywilnego – ponosi osoba zobowiązana do jej naprawienia.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia (contract within)** – wycofanie się w określonym czasie z zawartej umowy ubezpieczenia dobrowolnego. Ustawowo czas ten w odniesieniu do osób fizycznych wynosi 30 dni, a dla osób prawnych – 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy. Ubezpieczający obowiązany jest jednak opłacić składkę za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- Odszkodowanie (indemnity)** – to szczególna forma świadczenia. W zależności od przyjętego w teorii celu ubezpieczenia, odszkodowanie powinno zapewnić odtworzenie stanu sprzed zdarzenia losowego:
- skompensowanie poniesionej straty, lub
  - odtworzenie zdolności do zaspokojenia potrzeb.
- Oddział zagranicznego zakładu ubezpieczeń (branch of a foreign insurance undertaking)** – zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej.
- Oferta (offer) – Oferta** – jeden ze sposobów zawarcia umowy, polegający na złożeniu przez oferenta oświadczenia woli drugiej stronie, zwanej tradycyjnie oblatem.
- Ogólne warunki ubezpieczenia – (general policy conditions) wzorzec umowny** – określający wzajemne prawa i obowiązki stron powtarzających się (typowych) umów ubezpieczenia, opracowany przez ubezpieczyciela.

**Okres ubezpieczenia (period of insurance)** – czas, w którym zakład ubezpieczeń zobowiązał się ponosić odpowiedzialność materialną za skutki zdarzeń losowych. Okres ubezpieczenia oznaczony jest w umowie ubezpieczenia datą początkową i końcową. Data zawarcia umowy ubezpieczenia zwana początkiem formalnym ubezpieczenia, nie zawsze zbiega się z początkiem odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela – zwanym początkiem materialnym.

**Polisa ubezpieczeniowa (insurance policy)** – dokument stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.

**Polisa pojedyncza** – w ubezpieczeniach cargo jest to potwierdzenie umowy o ubezpieczenie towaru w czasie trwania danego transportu lub na czas określony.

**Polisa generalna (master policy)** – jest to dokument potwierdzający ubezpieczenie towaru, w której ubezpieczający zobowiązuje się zgłosić do ochrony przesyłki, a ubezpieczyciel przyjmować te przesyłki do ubezpieczenia. Wyróżnia się:

- a) polisa odpisowa,
- b) polisa obrotowa,

**Pośrednictwo ubezpieczeniowe (insurance mediation)** – działalność gospodarcza w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, wykonywana wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych lub brokerów ubezpieczeniowych, a w zakresie reasekuracji przez brokerów reasekuracyjnych, polegająca na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia.

**Pośrednictwo reasekuracyjne (reinsurance mediation)** – oznacza czynności związane z prezentacją, informowaniem, składaniem propozycji lub wykonywaniem prac przygotowawczych do zawierania umów, lub zawarciem umowy reasekuracji, bądź udział w administrowaniu i wykonywaniu takich umów, w szczególności w przypadku wydarzenia się szkody.

**Pośrednik ubezpieczeniowy (insurance intermediary)** – oznacza każdą osobę, która, za wynagrodzeniem, podejmuje działalność lub wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego

**Pośrednik reasekuracyjny (reinsurance intermediary)** – oznacza każdą osobę, która, za wynagrodzeniem, podejmuje działalność lub wykonuje czynności pośrednictwa reasekuracyjnego.

**Poszkodowany (injured)** – to podmiot stosunku ubezpieczenia, który występuje w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Należy w tym miejscu pamiętać, że poszkodowany nie jest stroną umowy ubezpieczenia OC.

**Pracowniczy Program Emerytalny – PPE (employee pension program)** – stanowi dodatkowy, dobrowolny składnik systemu emerytalnego. PPE



jest tworzony w celu gromadzenia środków uczestnika przeznaczonych do wypłaty po osiągnięciu wieku emerytalnego. Program tworzą:

- a) umowa zakładowa,
- b) umowa z instytucją finansową,
- c) umowa pracownicza zawierana na podstawie deklaracji przystąpienia do PPE.

**Prowizja – (commission; brokerage)** – wynagrodzenie pośredników zwane także kurtażem za pozyskiwanie ubezpieczeń i doprowadzenie do zawarcia umowy ubezpieczenia. Wynagrodzenie jest naliczane zazwyczaj w procentach od zainkasowanych składek

**Rata składki (premium instalment)** – część składki ubezpieczeniowej, wynikająca z podziału pełnej, należnej ubezpieczycielowi składki z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, opłacana w określonych z góry terminach.

**Reasekuracja (reinsurance)** – to stosunek prawny, którego treścią jest zobowiązanie reasekuratora (ubezpieczyciela pośredniego) do spełnienia określonego świadczenia na rzecz ubezpieczyciela bezpośredniego a obowiązkiem ubezpieczyciela jest odstąpienie części składki należnej od ubezpieczającego. Źródłem reasekuracji jest umowa reasekuracji.

**Reasekuracja bierna (passive reinsurance)** – polega na pozyskaniu, przez ubezpieczyciela bezpośredniego (cedenta) innego podmiotu – reasekuratora (cesjonariusza) zobowiązanego do refinansowania części świadczenia spełnianego w ramach ubezpieczenia bezpośredniego.

**Reasekuracja czynna (active reinsurance)** – polega na zobowiązaniu reasekuratora, (ubezpieczyciela pośredniego) do spełnienia określonego świadczenia na rzecz ubezpieczyciela bezpośredniego w zamian za cesję części składki ubezpieczeniowej.

**Reasekurator (reinsurer)** – zwany cesjonariuszem (ubezpieczyciel pośredni) – podmiot, który kompensuje obciążenia reasekuratora związane z wypłatą przez niego świadczeń ubezpieczeniowych, stosownie do treści umowy reasekuracji.

**Regres (regress)** – roszczenie przeciwko dłużnikowi przysługujące osobie trzeciej, która zaspokoiliła roszczenie wierzyciela.

**Regres ubezpieczeniowy (insurance regress)** – roszczenie przeciwko dłużnikowi przysługujące ubezpieczycielowi, który zaspokoilił roszczenie wierzyciela w ramach zawartej umowy ubezpieczenia. Sprowadza się on zawsze do odszkodowania w pieniądzu.

**Retrocesja (retrocession)** – to stosunek prawny, którego treścią jest zobowiązanie retrocesjonariusza (kolejnego ubezpieczyciela pośredniego) do spełnienia określonego świadczenia na rzecz innego ubezpieczyciela pośredniego a obowiązkiem ubezpieczyciela pośredniego jest odstąpienie części składki. Źródłem retrocesji jest umowa, retrocesji.

**Retrocedent (retroceding company)** – reasekurator, który przekazał ryzyko do retrocesjonariusza, a następnie część lub całe ryzyko, przekazał innemu reasekuratorowi.

**Retrocesjonariusz (retrocessionary)** – w ubezpieczeniach oznacza ubezpieczyciela przyjmującego cesję od ubezpieczyciela pośredniego (reasekuratora lub retrocedenta).

**Rezerwa składek (provision for unearned premiums)** – tworzy się, jako składkę przypisaną przypadającą na następne okresy sprawozdawcze, proporcjonalnie do okresu, na jaki składka została przypisana, przy czym w przypadku umów ubezpieczenia, których ryzyko nie jest rozłożone równomiernie w okresie trwania ubezpieczenia – rezerwę tworzy się proporcjonalnie do przewidywanego ryzyka w następnych okresach sprawozdawczych

**Rezerwy techniczno – ubezpieczeniowe (technical and insurance reserves)** – rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe (RT-U) są to fundusze odwzorowujące oszacowane zgodnie z obowiązującymi przepisami bieżące i przyszłe zobowiązania zakładu ubezpieczeń, wynikające z zawartych umów ubezpieczeń.

**Ryzyko (risk)** – zagrożenie, niebezpieczeństwo, wystawienie na stratę lub szkodę.

**Ryzyko czyste (pure risks)** – to takie ryzyko, które skutkować może dwoma wynikami:

- a) stratą, gdy zdarzenie niepewne zajdzie lub
  - b) brakiem straty, gdy zdarzenie to nie wystąpi;
- Rezultatem zajścia zdarzenia jest wyłącznie strata.

**Ryzyko spekulatywne (speculative risks)** – to takie ryzyko, które skutkować może trzema wynikami:

- a) stratą,
- b) stanem bez straty i bez korzyści oraz
- c) korzyścią.

Rezultat może dawać szanse dodatkowego zysku

**Samoubezpieczenie (self – insurance)** – indywidualne gromadzenie środków finansowych, pokrywających straty, spowodowane przez zdarzenia losowe (wypadki).

**Składka ubezpieczeniowa – (premium)** – cena za ochronę ubezpieczeniową.

**Slip reasekuracyjny – (slip reinsurance (slip))** – wniosek na specjalnym formularzu sporządzony przez ubezpieczyciela (cedenta), skierowany do reasekuratora o przyjęcie określonego ryzyka do reasekuracji

**Suma gwarancyjna (catfish guarantee)** – jest górnym ograniczeniem odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela stosowanym w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej

**Suma ubezpieczenia (sum insured)** – górna granica odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jeżeli nie umówiono się inaczej.

**Szkoda (loss)** – polega na naruszeniu prawnie chronionych dóbr. Wyróżnia się szkody: majątkowe i niemajątkowe.

**Szkoda majątkowa (loss to property)** – stanowi zmniejszenie majątku, które nastąpiło wbrew woli poszkodowanego.

Może obejmować:

- a) **stratę, jakie doznaje mienie poszkodowanego (damnum emergens)**. Wskutek tej straty poszkodowany staje się uboższy niż był dotychczas. W literaturze tego rodzaju uszczerbek określa się też, jako „szkoda rzeczywista”.
- b) **utrata korzyści (lucrum cessans)**, jakiej poszkodowany mógł się spodziewać, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Wskutek tego uszczerbku poszkodowany nie staje się bogatszy, mim, iż mógłby liczyć na wzbogacenie się, lub mógł go oczekiwać.

**Szkoda na mieniu** – odnosi się do uszczerbku, który dotyczy bezpośrednio składników majątku poszkodowanego, bez związku z jego osobą.

**Szkoda na osobie** – odnosi się bezpośrednio do osoby poszkodowanego. Jest ona konsekwencją naruszenia jego dóbr osobistych.

**Szkodowość (burden of losses)** – występowanie określonych ryzyk (niebezpieczeństw) w pewnej zbiorowości, ujmowane – stosownie do potrzeb – według przyczyn, rodzajów w czasie, przestrzeni oraz w wymiarze skutków finansowych. Wyniki badań szkodowości stanowią podstawę właściwej oceny ryzyka obejmowanego ubezpieczeniem, ustalania poziomu stawek taryfowych oraz wielkości funduszu ubezpieczeniowego, gwarantującego prawidłową działalność ubezpieczyciela

**Świadczenie nieubezpieczeniowe zakładu ubezpieczeń (service non – insurance)** to takie świadczenie, które spełniane jest przez zakład ubezpieczeń bez związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, np. zwrot składki w przypadku sprzedaży ubezpieczonego samochodu (AC).

**Świadczenie ubezpieczeniowe (insurance service)** to takie świadczenie, które spełniane jest przez zakład ubezpieczeń w razie zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku, zwanego w doktrynie wypadkiem ubezpieczeniowym.

**Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (Mutual Insurance Society)** – zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności.

**Ubezpieczenie (insurance)** – jest odpowiednią formą zabezpieczenia się przedsiębiorcy lub innej osoby przed finansowymi skutkami zdarzeń losowych, które zagrażają nie tylko działalności gospodarczej człowieka, ale także jego życiu. Zabezpieczenie to uzyskuje się poprzez przekazanie środków

finansowych ubezpieczycielowi i przeniesienie na niego obowiązku sfinansowania skutków ryzyka.

**Ubezpieczenia bezpośrednie (direct insurance)** – ubezpieczenia wynikające z umów zawartych pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym.

**Ubezpieczenie dobrowolne (voluntary insurance)** – ubezpieczenie, w którym decyzja o zawarciu umowy z ubezpieczycielem pozostawiona jest w pełni swobodnej ocenie i woli osoby zainteresowanej ochroną ubezpieczeniową.

**Ubezpieczenie krótkoterminowe (short – term insurance)** – umowa ubezpieczenia zawarta na ściśle określony czas krótszy od roku, najczęściej na czas zamierzonej czynności lub przedsięwzięcia.

**Ubezpieczenie majątkowe (property insurance)** – rodzaj ubezpieczenia według kryterium przedmiotu ochrony. Stosownie do przepisów kodeksu cywilnego przedmiotem ubezpieczenia majątkowego jest mienie oraz odpowiedzialność cywilna.

**Ubezpieczenie obowiązkowe (compulsory insurance)** – jest to ubezpieczenie, jeżeli ustawa lub ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polską umowa międzynarodowa nakłada obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia.

**Ubezpieczenie osobowe (insurance of persons)** rodzaj ubezpieczenia, które stosownie do przepisów kodeksu cywilnego – może w szczególności dotyczyć:

- a) przy ubezpieczeniu na życie – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku;
- b) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci w skutek nieszczęśliwego wypadku.

**Ubezpieczający (policyholder)** – jest to osoba fizyczna, prawna lub przedsiębiorca nieposiadający osobowości prawnej, która zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia i zobowiązała się do zapłacenia składki ubezpieczeniowej.

**Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (civil liability insurance)** – przez umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do określonego świadczenia za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem, których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia.

**Ubezpieczyciel** – zakład ubezpieczeń (**insurer**) to podmiot zobowiązany, do ponoszenia ryzyka spełnienia świadczenia w razie zajścia określonego w umowie wypadku ubezpieczeniowego.

**Ubezpieczony (insured person)** – jest to podmiot, którego dobrom osobistym bądź majątkowym zagraża określone w umowie ubezpieczenia zdarzenie losowe. W praktyce najczęściej ubezpieczający i ubezpieczony jest

jedną i tą samą osobą. W razie zawarcia umowy na rzecz osoby trzeciej – ubezpieczający nie staje się zarazem ubezpieczonym. Ta sytuacja może występować zarówno w ubezpieczeniach osobowych, jak i majątkowych.

**Udział własny – (self retention)** – polega na podziale odpowiedzialności za przedmiot ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczycielem i ubezpieczającym. W rezultacie jest to także umowne ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela do części będącej jego udziałem a ubezpieczający musi przewidzieć odtworzenie części przedmiotu ubezpieczenia we własnym zakresie.

### **Umowa ubezpieczenia (insurance contract)**

- a) **wg K.c.** – przez umowę ubezpieczenia należy rozumieć, zobowiązanie pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, w wyniku, którego ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie (charakter warunkowy) w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę ubezpieczeniową (obowiązek bezwarunkowy).
- b) **wg K.m.** – przez umowę ubezpieczenia morskiego ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za składkę ubezpieczeniową wypłacić odszkodowanie za szkody poniesione wskutek niebezpieczeństw, na jakie przedmiot ubezpieczenia jest narażony w związku z żeglugą morską

**Uprawniony (entitled)** – osoba, wobec której ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie ubezpieczeniowe. Może to być np. osoba, na której rzecz zawarto ubezpieczenie, uposażony (z umowy ubezpieczenia życiowego) lub poszkodowany (w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej).

**Underwriter** – osoba działająca w imieniu ubezpieczyciela, zajmująca się oceną ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

**Wartość nowa (replacement value)** – wartość nowego przedmiotu. Ubezpieczenie w wartości nowej, zapewnia uzyskanie świadczenia w wartości równej kosztom nabycia nowego przedmiotu, bez względu na rzeczywistą wartość przedmiotu w dniu powstania zdarzenia losowego.

**Wartość oszacowana (estimated value)** – wartość ustalona w oparciu o jednolite kryteria szacunku na podstawie odpowiednio opracowanych norm i cenników. Wartość oszacowana może być przyjęta, jako suma ubezpieczenia, np. w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego.

**Wartość przedmiotu ubezpieczenia (subject insurance value)** – występuje w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych – jest to wartość ubezpieczonego interesu. (szerzej: zob. teoria interesu ubezpieczeniowego).

**Wartość rynkowa (market value)** – wartość przedmiotu /obiektu notowana na danym rynku, podlegająca wahaniom w zależności od popytu i podaży, w określonych sytuacjach gospodarczych.

**Wartość rzeczywista (real value)** wartość przedmiotu (obiektu) w określonym czasie, po uwzględnieniu faktycznego zużycia.

**Wartość wykupu polisy (surrender value)** – w ubezpieczeniach na życie kwota pieniężna należna ubezpieczającemu w przypadku rozwiązania przez niego umowy ubezpieczenia. Kwota ta wyliczana jest na podstawie wpłaconych składek, powiększonych o zyski z inwestycji kapitałowych i pomniejszonych o koszty oraz kary umowne.

**Wniosek o ubezpieczenie (insurance proposal)** – dokument na podstawie, którego ubezpieczyciel sporządza umowę ubezpieczenia lub ofertę ubezpieczenia.

**Wypadek ubezpieczeniowy (insurance accident)** – to zdarzenie losowe objęte umową ubezpieczenia, którego wystąpienie rodzi zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do spełnienia określonego świadczenia.

**Wypowiedzenie umowy (cancellation)** – czynność prawna, polegająca na jednostronnym oświadczeniu woli drugiej stronie.

W ubezpieczeniach osobowych, przepisy prawa dają ubezpieczającemu możliwość wypowiedzenia umowy w każdym czasie przy zachowaniu terminu ustalonego ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

**Wystawienie polisy (issue of a policy)** – pisemne stwierdzenie przez ubezpieczyciela – na specjalnym formularzu – faktu zawarcia umowy ubezpieczenia majątkowego lub osobowego, w zakresie ustalonym z ubezpieczającym, na oznaczoną sumę ubezpieczenia.

Stwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia może być dokonane przez ubezpieczyciela – stosownie do przepisów kodeksu cywilnego – także innym pisemnym dokumentem, np. legitymacją ubezpieczeniową, tymczasowym zaświadczeniem.

**Wznowienie umowy (renewal of contract)** – w ubezpieczeniach zawieranych na czas określony, np. roku oznacza przedłużenie ważności umowy ubezpieczenia na następny okres ubezpieczenia.

Wznowienie umowy następuje często automatycznie, poprzez zapłacenie składki na następny okres ubezpieczenia, przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, albo w dodatkowym – ustalonym przez ubezpieczyciela okresie, np. czternastu dni po upływie okresu ubezpieczenia.

**Zagraniczny zakład ubezpieczeń (foreign insurance undertaking)** – przedsiębiorca zagraniczny, wykonujący działalność ubezpieczeniową.

**Zakład ubezpieczeń (insurance undertaking)** – ubezpieczyciel – to podmiot posiadający specjalne zezwolenie – zobowiązany, do ponoszenia ryzyka spełnienia świadczenia w razie zajścia określonego w umowie ubezpieczenia wypadku.

**Zakład reasekuracyjny (reinsurance undertaking)** – oznacza spółkę inną aniżeli zakład ubezpieczenia, którego główną działalnością jest

akceptacja ryzyk cedowanych przez ubezpieczycieli lub inne zakłady reasekuracyjne.

**Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela (scope of responsibility of the insurer)** – określony w ogólnych warunkach ubezpieczenia zakres gwarantowanej przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za powstałe szkody – od jakich ryzyk (niebezpieczeństw), w jakich okolicznościach, ewentualne wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności. Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w porozumieniu z ubezpieczającym może być w umowie ubezpieczenia zindywidualizowany, zwłaszcza, gdy przemawia za tym wielkość i ocena ryzyka.

**Zależny pośrednik ubezpieczeniowy (tied insurance intermediary)** – oznacza każdą osobę prowadzącą działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego dla/lub w imieniu jednego lub więcej zakładów ubezpieczeniowych w przypadkach, gdy oferowane produkty ubezpieczeniowe nie są wzajemnie wobec siebie konkurencyjne, ale nie inkasuje składek ani sum, przeznaczonych dla klienta i za którego działania pełną odpowiedzialność ponoszą te zakłady ubezpieczenia, których produktami dysponuje.

**Zarządzanie ryzykiem (risk management)** – będziemy rozumieli powodowanie, aby podmiot zarządzany (np. przedsiębiorstwo, gospodarstwo domowe) osiągnął swe cele w warunkach zagrożenia przez zdarzenia losowe, czyli w warunkach ryzyka.

Metody postępowania z ryzykiem (metody manipulacji ryzykiem) obejmują: unikanie ryzyka (postawa pasywna) zatrzymanie ryzyka, kontrolę ryzyka, transfer ryzyka (przeniesienie negatywnych konsekwencji ryzyka), repartycję ryzyka (rozłożenie finansowych skutków).

**Zasada odpowiedzialności proporcjonalnej (average clause)** – jeżeli umowa ubezpieczenia mienia zawarta została na sumę ubezpieczenia niższą niż wynosi wartość mienia (niedoubezpieczenie), odszkodowanie ubezpieczeniowe pozostaje w takim stosunku do wielkości szkody, w jakim suma ubezpieczenia do wartości ubezpieczonego mienia.

**Zdarzenie losowe (fortuitous event)** – niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. W literaturze zdarzenie losowym najczęściej przypisuje się następujące cechy: masowość, statystyczna prawidłowość, nadzwyczajność – grozi wszystkim podmiotom, ale dotknięci są nim tylko niektórzy, losowość – trudno jest wskazać podmiot, który zostanie nim dotknięty, niezależność od woli poszkodowanego.

Zdarzenie jest skutkiem obiektywnie istniejących zagrożeń (ryzyk), których nie da się uniknąć (przewidzieć). Ryzyka te są związane nie tylko

z działalnością gospodarczą człowieka, ale także zagrażają one zdrowiu i życiu człowieka.

**Zgłoszenie szkody (loss declaration)** – czynność polegająca na zawiadomieniu ubezpieczyciela faktu powstania szkody. Nierzadko zgłoszenie szkody obwarowane jest terminami i specjalnymi procedurami warunkującymi spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela.

**Zielona Karta (Green Card)** – Międzynarodowa Karta Ubezpieczenia Komunikacyjnego, wystawiana w formie certyfikatu ubezpieczeniowego, potwierdzająca zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zielona Karta wystawiona jest w oparciu o zasady ustalone jednolitą umową, zawieraną jednostronnie między ubezpieczycielami różnych krajów (przede wszystkim europejskich), prowadzącymi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody wynikłe z ruchu tych pojazdów.

**Zobowiązanie (obligation)** – jedna osoba (wierzyciel) może żądać od drugiej (dłużnik) świadczenia, a ta ostatnia powinna to świadczenie spełnić. Umowa ubezpieczenia rodzi wzajemne zobowiązania – ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę ubezpieczeniową, ubezpieczyciel natomiast wypłacić stosowne świadczenie, jeżeli wystąpi zdarzenie losowe objęte zakresem umowy.



# Spis Tabel

Tabela 1: Podstawowe różnice między umową ubezpieczenia osobowego i majątkowego wraz z ich systematyką.....	25
Tabela 2: Skale niepewności.....	64
Tabela 3: Definicje zarządzania ryzykiem .....	78
Tabela 4: Zasady związane z zarządzaniem ryzykiem a wielkość przedsiębiorstwa.....	82
Tabela 5: Rynek usług ubezpieczeniowych .....	140
Tabela 6: Cechy produktu ubezpieczeniowego i jego konsekwencje ekonomiczne dla przedsiębiorstw .....	229
Tabela 7: Zagadnienia związane z definiowaniem usługi.....	230
Tabela 8: Różnice między usługą finansową a dobrem materialnym .....	233
Tabela 9: Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na tworzenie nowego produktu ubezpieczeniowego .....	236
Tabela 10: Podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń Działu II, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.....	238
Tabela 11: Wyciąg sprawozdania wyników finansowych zakładów ubezpieczeń Działu II za rok 2022.....	247
Tabela 12: wyciąg sprawozdania wyników finansowych zakładów ubezpieczeń Działu II za rok 2022.....	259
Tabela 13: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń statków powietrznych (wg stanu na 31.12.2022 r.).....	264
Tabela 14: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń statków powietrznych (wg stanu na 31.12.2022 r.).....	267
Tabela 15: Finansowanie szkód powstałych w wyniku klęsk żywiołowych .....	290
Tabela 16: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń pozostałych szkód rzeczowych w grupach 8-9 (wg stanu na 31.12.2022 r.) .....	291
Tabela 17: Kryteria podziału ubezpieczeń OC .....	293
Tabela 18: Zagrożenia i skutki realizacji zagrożeń w gospodarstwach rolnych.....	300
Tabela 19: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej z grupy 13 (wg stanu na 31.12.2022 r.).....	306
Tabela 20: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń finansowych z grup 14, 15 i 16 (wg stanu na 31.12.2022 r.) .....	315
Tabela 21: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń finansowych z grupy 17 (wg stanu na 31.12.2022 r.).....	317

Tabela 22: Kryteria podziału ubezpieczeń turystycznych.....	319
Tabela 23: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń finansowych z grupy 18 (wg stanu na 31.12.2022 r.).....	321
Tabela 24: Przychody i koszty oraz wynik techniczny zakładów ubezpieczeń w Dziale II.....	322
Tabela 25: Składka przypisana brutto oraz odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w podziale na wybrane rodzaje ubezpieczeń z działalności bezpośredniej Działu II (w mln zł).....	323
Tabela 26: Przebieg terminowego 5 letniego. ubezpieczenia na życie (kobieta 25 lat, suma 50 000 zł).....	328
Tabela 27: Przebieg terminowego 5-letniego ubezpieczenia na życie (mężczyzna 25 lat, suma 50 000 zł).....	329
Tabela 28: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:0,5.....	336
Tabela 29: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1,1.....	337
Tabela 30: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1,5.....	338
Tabela 31: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:0,5.....	339
Tabela 32: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1.....	340
Tabela 33: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym. Stawki roczne na 1000 zł sumy ubezpieczenia; KAP 1:1,5.....	341
Tabela 34: Przebieg ubezpieczenia na dożycie do wieku 65 lat grupy 10 000 mężczyzn ubezpieczonych w wieku 55 lat (składka 1 000 zł rocznie płacona na początku każdego roku, w zł).....	346
Tabela 35: Stawki roczne dla kobiet – sumy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci .....	350
Tabela 36: Stawki roczne dla mężczyzn – sumy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci .....	351
Tabela 37: Przebieg ubezpieczenia uniwersalnego.....	358
Tabela 38: Wskaźnik pokrycia ubezpieczeniowego dla ubezpieczenia uniwersalnego (stosunek sumy ubezpieczenia do składki .....	363

Tabela 39: Wartość renty pewnej płaconej rocznie z góry oraz z dołu przez 5 lat po 1000 zł .....	368
Tabela 40: Jednorazowa składka za każde 100 zł renty życiowej, miesięcznej, natychmiast płatnej.....	375
Tabela 41: Wysokość renty życiowej odroczonej (miesięcznej) przy wpłacie składki w wysokości 100 000 zł (w zł).....	376
Tabela 42: Podstawowe dane statystyczne ubezpieczeń Działu I (na życie), grup: 1-5 (wg stanu na 31.12.2022 r.) .....	379
Tabela 43: Przychody i koszty oraz wynik techniczny zakładów ubezpieczeń w Dziale II.....	380
Tabela 44: Składka przypisana brutto oraz odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w podziale na wybrane rodzaje ubezpieczeń z działalności bezpośredniej Działu II (w mln zł) .....	381



## Spis rysunków

Rysunek 1: Model przepływów finansowych w działalności ubezpieczeniowej .....	15
Rysunek 2: Ujęcie ekonomiczne i prawne ubezpieczenia .....	19
Rysunek 3: Klasyfikacja ubezpieczeń wg norm prawnych .....	20
Rysunek 4: Klasyfikacja ubezpieczeń wg przedmiotu ubezpieczenia .....	21
Rysunek 5: Klasyfikacja ubezpieczeń wg przedmiotu ubezpieczenia .....	21
Rysunek 6: Klasyfikacja ubezpieczeń wg przedmiotu ubezpieczenia .....	22
Rysunek 7: Kryteria klasyfikacji ubezpieczeń Działu I i Działu II.....	23
Rysunek 8: Systematyka ubezpieczeń ze względu na działalność ubezpieczeniową .....	24
Rysunek 9: Rodzaje funkcji ubezpieczeń .....	31
Rysunek 10: Systematyka zasad ubezpieczeń.....	33
Rysunek 11: Klasyfikacja zagrożeń w sytuacjach decyzyjnych .....	53
Rysunek 12: Fazy pojawienia się niebezpieczeństwa.....	56
Rysunek 13: Rodzaje ryzyka w działalności gospodarczej.....	68
Rysunek 14: Klasyfikacja ryzyka związane z działalnością gospodarczą ...	69
Rysunek 15: Klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego, ze względu na konsekwencje .....	70
Rysunek 16: Klasyfikacja ryzyka czystego.....	70
Rysunek 17: Klasyfikacja ryzyka spekulatywnego.....	71
Rysunek 18: Ryzyko jako zagrożenie .....	72
Rysunek 19: Klasyfikacja ryzyk na podstawie Dyrektywy UE – tzw. Solvency II .....	74
Rysunek 20. Proces zarządzania ryzykiem .....	83
Rysunek 21: Proces zarządzania ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej .....	85
Rysunek 22: Zdarzenie losowe, wypadek losowy a wypadek ubezpieczeniowy .....	90
Rysunek 23: Klasyfikacja szkody w zależności od uszczerbku.....	91
Rysunek 24: Klasyfikacja szkód majątkowych.....	92
Rysunek 25: Klasyfikacja świadczenia .....	95
Rysunek 26: Ustawowy termin spełnienia świadczenia lub/i odszkodowania ubezpieczeniowego .....	97
Rysunek 27: Suma ubezpieczenia.....	98
Rysunek 28: Źródła prawa ubezpieczeniowego.....	113
Rysunek 29: Kryterium liczby ubezpieczonych .....	128
Rysunek 30: Kryterium czasu trwania umowy ubezpieczenia .....	130

Rysunek 31: Warunki otoczenia przedsiębiorstwa.....	135
Rysunek 32: Ekonomiczno-społeczne uwarunkowania zakładu ubezpieczeń .....	136
Rysunek 33: Rynek usług ubezpieczeniowych .....	141
Rysunek 34: Składniki rynku usług ubezpieczeń .....	142
Rysunek 35: Rynek usług ubezpieczeniowych w ujęciu podmiotowym ...	143
Rysunek 36: Formy działalności zakładów ubezpieczeń w Polsce .....	144
Rysunek 37: Ubezpieczenie wzajemne.....	145
Rysunek 38: Pozostałe formy prawne zakładów ubezpieczeń działające w Polsce.....	146
Rysunek 39: Zintegrowane kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych ..	157
Rysunek 40: Systematyka pośrednictwa ubezpieczeniowego .....	165
Rysunek 41: Systematyka kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych....	167
Rysunek 42: Miejsce direct insurance w dystrybucji usług ubezpieczeniowych .....	169
Rysunek 43: Systematyka dystrybucji usług ubezpieczeniowych .....	170
Rysunek 44: Formy świadczenia usług ubezpieczeniowych przez agenta i brokera ubezpieczeniowego.....	172
Rysunek 45: Rynek ubezpieczeniowy w ujęciu strukturalnym .....	172
Rysunek 46: Przepływ strumieni u agenta ubezpieczeniowego .....	174
Rysunek 47: Przepływ strumieni u brokera ubezpieczeniowego.....	176
Rysunek 48: Podział agentów ubezpieczeniowych – kryterium „OC” .....	178
Rysunek 49: Kierunek oferowania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego wykonującego czynności na rzecz jednego ubezpieczyciela .....	179
Rysunek 50: Kierunek oferowania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego wykonującego czynności w imieniu więcej niż jednego ubezpieczyciela .....	179
Rysunek 52: Pozycja agenta ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeniowym.....	180
Rysunek 53: Kierunek oferowania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego.....	182
Rysunek 54: Etapy działalności brokera ubezpieczeniowego .....	184
Rysunek 55: Ewolucja Nadzoru Finansowego .....	185
Rysunek 56: Nowy wzór “Zielonej Karty”: .....	204
Rysunek 57: Proces zawarcia umowy reasekuracji .....	212
Rysunek 58: Umowa reasekuracji.....	213
Rysunek 59: Reasekuracja .....	213
Rysunek 60 Umowy reasekuracji .....	217
Rysunek 61: Proces zawarcia umowy retrocesji.....	221

Rysunek 62 Umowa retrocesji .....	222
Rysunek 63: Produkt ubezpieczeniowy .....	223
Rysunek 64: Czynniki wpływające na konstrukcyjne produktu ubezpieczeniowego .....	225
Rysunek 65: Klasyfikacja ubezpieczeń komunikacyjnych i transportowych..	242
Rysunek 66: Klasyfikacja ubezpieczeń transportowych .....	242
Rysunek 67: Klasyfikacja ubezpieczeń komunikacyjnych .....	245
Rysunek 68: Rodzaje Assistance komunikacyjnego .....	246
Rysunek 69: systematyka ubezpieczeń CARGO .....	252
Rysunek 70: Rodzaje polis CARGO.....	253
Rysunek 71: Klasyfikacja ubezpieczeń mienia .....	268
Rysunek 72: Produkty wchodzące w skład Ubezpieczenia mienia .....	270
Rysunek 73: Definicja kłęski żywiolowej.....	286
Rysunek 74: Kłęska żywiolowa a ubezpieczenia.....	287
Rysunek 75: Finansowanie szkód powstałych w wyniku kłesk żywiolowych...	289
Rysunek 76: Systematyka ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych...	292
Rysunek 77: Klasyfikacja ubezpieczeń OC, znajdujących w grupie 13, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.....	303
Rysunek 78: Procedura uzyskania umowy gwarancji.....	309
Rysunek 79: Istota gwarancji finansowej – wzajemne relację umowy gwarancji ubezpieczeniowej .....	310
Rysunek 80: Procedura ubezpieczenia kredytu kupieckiego .....	312
Rysunek 81: Prolongata opłaty składki.....	332
Rysunek 82: Ochrona pełna i tymczasowa .....	332
Rysunek 83: Budowa kapitału w indywidualnym terminowym ubezpieczeniu na dożycie w planem kapitałowym .....	348
Rysunek 84: Klasyfikacja rant według kryteriów .....	370
Rysunek 85: Renta płatna z góry w wysokości 1 zł; $i = 0,1$ .....	372
Rysunek 86: Renta płatna z dołu w wysokości 1 zł; $i = 0,1$ .....	373







ISBN 978-83-68006-62-9  
DOI 10.48226/978-83-68006-62-9