

Cezary Orłowski

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Zagadnienie szacowania ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu grupowym

Już jakiś czas temu, przeglądając liczne akta postępowań skargowych związanych z ubezpieczeniami *bancassurance*, dostrzegłem powtarzający się problem pomijania przez ubezpieczycieli ankiety zdrowotnej przy zawieraniu bądź przystępowaniu do umów ubezpieczeń osobowych.

Analizując poszczególne umowy ramowe zawierane pomiędzy ubezpieczycielami a ubezpieczającymi bankami, które to umowy co do zasady nie są dostępne dla osób ubezpieczonych, stwierdziłem, że zapisami umownymi wzbudzającymi największe zainteresowanie z mojej strony, a zarazem rodzącymi uzasadnione obawy o zgodność z prawem ubezpieczeniowym, są postanowienia dotyczące sposobu naliczania składki ubezpieczeniowej. W przeważającej części umów ubezpieczeń grupowych sposób naliczania składki ubezpieczeniowej nie jest skomplikowany, albowiem składka wyliczana jest jako określony procent sumy ubezpieczenia odpowiadającej zazwyczaj kwotom udzielanych ubezpieczonym kredytów hipotecznych. Przykład jednej z wielu takich taryf ilustruje poniższa tabela.

Tabela nr 1. Taryfa składek Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych. Pięcioletni okres ubezpieczenia

Świadczenie	Taryfa brutto
Zgon ubezpieczonego	1,980%
Całkowita niezdolność do pracy	0,080%
Razem składka	2,060%

Na marginesie trzeba dodać, że również w ubezpieczeniach majątkowych spotkamy się z podobnym mechanizmem, np. przy ubezpieczeniu mieszkania lub domu związanym z kredytem hipotecznym udzielonym przez bank.

Powyżej zaprezentowany sposób wyliczenia składki ubezpieczeniowej wskazuje, że ryzyko ubezpieczeniowe nie jest w tym przypadku przedmiotem dociekań ze strony ubezpieczyciela, skoro w algorytmie nie występuje czynnik demograficzny pozwalający ocenić prawdopodobieństwo zapadalności ubezpieczonych, rozumianych jako członków grupy, na określone rodzaje chorób podwyższających ryzyko ubezpieczeniowe, do których zaliczamy choroby zawodowe i cywilizacyjne. Ponadto powyższa kalkulacja nie uwzględnia czynnika czasu, który w ubezpieczeniu osobowym niewątpliwie wpływa na prawdopodobieństwo wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego.

Brak odwzorowania w taryfie tak kluczowych z punktu widzenia ryzyka ubezpieczeniowego parametrów wydaje się być działaniem wysoce nieadekwatnym wobec oczekiwanego od ubezpieczycieli profesjonalizmu w zakresie szacowania ryzyka ubezpieczeniowego. Ocena ryzyka w ubezpieczeniu grupowym oprócz wymienionych parametrów powinna odwoływać się także do kryterium podziału grupy ubezpieczonych na poszczególne podgrupy, np. zawodowe, i związane z nimi ryzyka pozwalające oszacować prawidłowo składkę ubezpieczeniową oraz wysokość sum ubezpieczenia. Ryzyko wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w poszczególnych grupach może być bowiem różne, jeśli wziąć pod uwagę przykładowo zwiększone ryzyko ubezpieczeniowe związane z pracą górników, narażonych w szczególności na pylicę płucną, wypadki przy pracy, choroby kręgosłupa, oczu, czy też znacznie mniejsze ryzyko związane z obowiązkami zawodowymi osób wykonujących prace biurowe. Poszczególne kryteria konkretyzujące wspólne cechy grup i podgrup umożliwiają prawidłowe skorelowanie wysokości składki z ryzykiem wystąpienia określonych w umowie ubezpieczenia zdarzeń. Należy pamiętać o tym, że naliczona w prawidłowy sposób składka ubezpieczeniowa zapewnia ubezpieczycielom godziwy zysk, a przede wszystkim gwarantuje rentowność danego produktu ubezpieczeniowego oraz realną gwarancję wypłaty świadczeń.

Prawidłowe szacowanie składki ubezpieczeniowej ma także istotny wpływ na jakość umowy ubezpieczenia, w tym niwelowanie przypadków *missellingu*. Najczęściej bowiem ubezpieczyciele stosują tak daleko idące uproszczenia przy przystępowaniu ubezpieczonych do umowy, że przy wyliczeniu składki nie przeprowadzają *underwritingu* medycznego, w tym nie korzystają także z ankiet medycznych. Co gorsza, analizę, która powinna być podstawą decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową bądź jej odmowie, ubezpieczyciele przeprowadzają dopiero *ex post*, tj. po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, z którym

umowa łączy obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Stąd też częste przypadki przystąpień do umów ubezpieczeń osób, którym ochrona ubezpieczeniowa przewidziana w ogólnych warunkach ubezpieczenia w ogóle nie przysługuje. Wówczas dopiero na etapie rozpatrywania roszczenia ubezpieczeniowego ubezpieczony bądź jego spadkobiercy dowiadują się, że spełnienie świadczenia nie jest możliwe, bowiem ubezpieczony przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego chorował na chorobę przewlekłą, a w związku z tą okolicznością umowa ubezpieczenia nie przewiduje spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Powyżej opisany schemat odmowy wypłaty świadczenia jest niemalże powszechnie stosowany przez ubezpieczycieli. Obejmują oni więc ochroną ubezpieczeniową ubezpieczonych niejako w ciemno, nie oceniając w jakikolwiek sposób ryzyka, a ograniczając się tylko do formalnej procedury przystąpienia osób ubezpieczonych do umowy ubezpieczenia grupowego.

Ten sposób postępowania potwierdzają też sami ubezpieczyciele, udzielając Rzecznikowi Ubezpieczonych takiej oto odpowiedzi, typowej przy opisanych powyżej nieprawidłowościach: „Zgodnie z ugruntowanym w doktrynie stanowiskiem przy ocenie ryzyka w ubezpieczeniach grupowych analizie podlega grupa potencjalnych ubezpieczonych, a nie jej poszczególni członkowie. Cechą charakterystyczną tych ubezpieczeń jest uproszczona ocena ryzyka. Taka uproszczona ocena ryzyka umożliwia objęcie ubezpieczeniem osób, które ze względu na stan zdrowia nie miałyby szans na objęcie ochroną ubezpieczeniową lub składka ubezpieczeniowa byłaby ustalona w znacznie wyższej wysokości. Prowadzenie pełnej oceny ryzyka przez Towarzystwo w ubezpieczeniach grupowych skutkowałoby różnicowaniem składek lub zakresu ubezpieczenia w związku z ustalonym poziomem ryzyka ubezpieczeniowego, to zaś jest sprzeczne z ideą solidarności ryzyka w ubezpieczeniach grupowych. W przypadku ubezpieczonego takie działanie mogłoby spowodować odmowę przyjęcia do ubezpieczenia lub znaczne zwiększenie składki”.

Powyżej opisany sposób postępowania ubezpieczycieli należy ocenić jako niezgodny z prawem. Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 1 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej \(Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.\)](#) wysokość składek ubezpieczeniowych zakład ubezpieczeń ustala po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Właściwe szacowanie ryzyka ma niezwykle istotne znaczenie dla bezpieczeństwa realizacji umów, gdyż prawidłowo ocenione ryzyko powinno rzutować na wysokość składki w sposób umożliwiający zapewnienie zakładowi ubezpieczeń wykonanie

wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Dlatego też odstępstwo od zasady szacowania ryzyka ubezpieczeniowego prowadzi do zaprzeczenia idei umowy ubezpieczenia, czyniąc ze stosunku ubezpieczeniowego umowę zbliżoną do zakładu bądź loterii.

Błędne jest zatem twierdzenie znacznej części ubezpieczycieli, iż *underwriting* medyczny nie ma zastosowania w ubezpieczeniu grupowym. Przede wszystkim ubezpieczyciele w ten sposób przyznają się do braku weryfikacji adekwatności umowy ubezpieczenia do potrzeb ubezpieczonych, a więc do tego, że nie badają, czy proponowana ubezpieczonym ochrona ubezpieczeniowa spełnia ich oczekiwania co do zakresu oraz odpowiada ich sytuacji osobistej i zdrowotnej. Taki stan rzeczy prowadzi do sytuacji, w której ubezpieczeni obejmowani są ochroną ubezpieczeniową niezależnie od tego, czy w ich przypadku realizacja świadczenia nastąpi, czy też nie. Dlatego też dla wielu osób ubezpieczenie takie może okazać się puste czy też pozorne i *de facto* nie daje im żadnej ochrony pomimo finansowania przez nich składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel bowiem w ich przypadku niczego nie będzie świadczyć. Część z ubezpieczonych w ogóle się o tym nie dowie, gdyż wypadek ubezpieczeniowy nie zaistnieje, a pozostałą część lub ich spadkobierców spotka rozczarowanie dopiero na etapie wykonania umowy.

Nie może budzić żadnych wątpliwości, że jedynie weryfikacja stanu zdrowia ubezpieczonych przed ich przystąpieniem do umowy ubezpieczenia umożliwia ubezpieczonym uświadomienie sobie istotności poszczególnych chorób dla skuteczności ochrony ubezpieczeniowej. Bez zastosowania trybu przewidzianego w art. 815 k.c., umożliwiającego stosowanie ankiet medycznych oraz zadawanie pytań dotyczących zdrowia, daty diagnozy i rodzaju schorzeń podlegających wyłączeniu spod zakresu ochrony ubezpieczeniowej, konsument może nie mieć świadomości co do znaczenia przebytych chorób dla odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie śmierci.

Zastanawiająca, a zarazem niezrozumiała jest w takiej sytuacji postawa ubezpieczycieli, którzy udzielają ochrony ubezpieczeniowej grupie osób ubezpieczonych bez wiedzy na temat ich indywidualnej sytuacji mogącej rzutować na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W klasycznym – pracowniczym – ubezpieczeniu grupowym występuje specyficzna więź pomiędzy ubezpieczonymi i ubezpieczającym, którym jest zazwyczaj zakład pracy. Wiąż ta nie sprowadza się wyłącznie do kwestii ekonomicznych, lecz wyraża się również tożsamością grupy pracowników i ich wzajemnymi relacjami

związanymi z wykonywaną pracą. Tymczasem w ubezpieczeniu grupowym kredytobiorców taka zależność nie występuje. Członkowie grupy nie znają się, nie mają wspólnego interesu pracowniczego, w praktyce są sobie obcy. Grupa ta ma charakter otwarty, jej skład osobowy jest zmienny. Brak wspólnego mianownika i różnorodność grupy uniemożliwiają prawidłowe szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego. Dlatego też ubezpieczyciele często powołują się na tzw. ryzyko statystyczne, na którego podstawie określana jest składka ubezpieczeniowa. Tylko jak w takiej sytuacji można ustalić owe ryzyko statystyczne, związane z grupą otwartą, której kształtu nie da się z góry przewidzieć?

Wydaje się, że rynek ubezpieczeniowy poszedł drogą maksymalnych uproszczeń procedury zawierania umów ubezpieczeń, czy też przystępowania do nich. Pozwala to wprowadzić na maksymalizację zysków, lecz odbywa się kosztem zaniechania prawidłowego szacowania ryzyka, co generuje następnie problemy – szczególnie widoczne w segmencie umów ubezpieczeń dystrybuowanych przez banki (*bancassurance*). Ustawodawca przewidział jednak dążenie rynku ubezpieczeniowego do upraszczania procesu zawierania umów ubezpieczenia, czy też przystępowania do nich. Po to właśnie wprowadził bezwzględnie obowiązujący przepis art. 815 k.c., umożliwiający posłużenie się ankietą medyczną. Przyjęcie innego rozwiązania nie tylko jest niezgodne z prawem, lecz także, a może przede wszystkim, prowadzi do wspomnianych wcześniej nieprawidłowości. W szczególności problemy te widoczne są w sytuacji przystępowania ubezpieczonych do tzw. pustych umów, a więc w przypadkach klasycznego *missellingu* (niewłaściwej, złej sprzedaży). Bez wątpienia weryfikacja ryzyka przed przystąpieniem do umowy pozwoliłaby wyeliminować zjawisko pustych umów poprzez przysługującą ubezpieczycielom odmowę przyjęcia do ubezpieczenia. Natomiast wynikający z przedstawionej powyżej tabeli sposób naliczania składki, rzutujący na aspekt obejmowania ubezpieczonych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie, wskazuje, że realność ochrony ubezpieczeniowej ma dla ubezpieczycieli znaczenie drugorzędne i ustępuje miejsca maksymalizacji liczby nawiązywanych stosunków ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia grupowego. Świadczy o tym nie tylko uproszczony sposób przystępowania do umowy, lecz także zasada naliczania składki ubezpieczeniowej w oderwaniu od ryzyka, wyrażająca się zależnością od kwoty kredytu i liczby ubezpieczonych.