

**Anna Dąbrowska**

*główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych*

**Wstępna koncepcja zmiany przepisów kodeksu cywilnego w zakresie wprowadzenia regulacji dotyczących ubezpieczeń grupowych przygotowana przez Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego – stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych**

Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego (KKPC) przy Ministrze Sprawiedliwości w piśmie z dnia 30 grudnia 2014 r. (DPrC-I-413-8/14) przedstawiła [wstępną koncepcję zmiany przepisów kodeksu cywilnego w zakresie wprowadzenia regulacji dotyczących ubezpieczeń grupowych](#).

Odnosząc się do przedstawionej koncepcji Rzecznik Ubezpieczonych wyraził następujące stanowisko:

Zaproponowana koncepcja, mimo iż dotyka ważnego problemu, którym jest obecnie brak regulacji prawnych dotyczących funkcjonujących w praktyce grupowych ubezpieczeń na cudzy rachunek, zawiera rozwiązania niewystarczające i nie obejmuje wielu istotnych problematycznych zagadnień związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeń grupowych.

Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił uwagę na propozycję umiejscowienia nowych przepisów. Wedle przedstawionej koncepcji regulacje te miałyby się znaleźć w nowym dziale IV tytułu XXVII k.c., po działach regulujących w kolejności: zagadnienia ogólne, ubezpieczenia majątkowe oraz ubezpieczenia osobowe. Rzecznik uznał, że takie rozwiązanie nie jest właściwe. W praktyce bowiem mogłoby powodować problemy i budzić wątpliwości co do interpretacji zarówno dotychczasowych, jak i nowych przepisów, tym bardziej że w proponowanym nowym dziale według koncepcji KKPC miałyby się znaleźć także przepisy o charakterze ogólnym, w tym odwołujące się do kryteriów pozaprawnych, takich jak dobre praktyki rynkowe czy unikanie sprzeczności interesów. Takie rozwiązanie rodziłoby wątpliwości w zakresie stosowania regulacji działu I tytułu XXVII k.c. i stanowiło zaburzenie dotychczasowej systematyki kodeksowej.

Takie zagrożenie potęguje zaproponowane brzmienie art. 805<sup>1</sup>, wskazującego, iż przepisy działu I tytułu XXVII k.c. stosuje się odpowiednio do umowy ubezpieczenia grupowego na rzecz osób trzecich z uwzględnieniem jej celu i właściwości. W ocenie

Rzecznika Ubezpieczonych użyte wyrażenie „stosuje się odpowiednio” stwarzałyby w praktyce problem, jak zastosować przepisy działu I i czy w ogóle je stosować, skoro przepis właściwie wyłącza ich stosowanie wprost.

Takie sformułowanie pozostaje w konflikcie z zasadą określoności przepisów prawa i obowiązkiem konstruowania przepisów prawnych w sposób przejrzysty i zrozumiały dla ich adresatów. W zaproponowanej w art. 805<sup>1</sup> formule o odpowiednim stosowaniu przepisów – pomimo wskazania konkretnych przepisów – istnieje niebezpieczeństwo dowolności odpowiedniego stosowania przepisów. Wydaje się, iż proponowany przepis zawiera generalne odesłanie do całego działu, z pominięciem analizy możliwości zastosowania poszczególnych regulacji.

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

Należy przypomnieć, że art. 807 § 1 k.c. stanowi, iż postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami niniejszego tytułu są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki. Jest to wyraźne podkreślenie faktu, iż odnoszące się do umowy ubezpieczenia przepisy kodeksu cywilnego mają charakter bezwzględnie obowiązujący. Treść art. 807 k.c. jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę filozofii, w której wobec rzeczywistej nierównowagi potencjałów stron umowy ubezpieczenia konieczne jest ustalenie przez ustawodawcę niezmiennych podstawowych reguł odnoszących się do zakresu obowiązków kontrahentów i innych podmiotów zaangażowanych w stosunek prawny ubezpieczenia (M. Orlicki, (w:) B. Gnela, M. Szafraniec, *Kierunki rozwoju ubezpieczeń gospodarczych w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Difin, Warszawa, 2013, s. 50).

Dodatkowo propozycja brzmienia art. 805<sup>1</sup> k.c. nie odpowiada celowi wskazanemu w uzasadnieniu, w którym wskazano, iż przepis ten miałby na celu podkreślenie znaczenia ubezpieczeń grupowych w systemie prawa ubezpieczeń prywatnych, a jednocześnie natury

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

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

W doktrynie słusznie podnosi się, iż rozwiązanie problemów ubezpieczeń grupowych musi obejmować wszystkie ubezpieczenia na cudzy rachunek. Gdyby poza zakresem regulacji pozostawić indywidualne ubezpieczenia na cudzy rachunek, pojawiłoby się niebezpieczeństwo obejścia nowych regulacji poprzez próby tworzenia konstrukcji seryjnych ubezpieczeń na cudzy rachunek, w których grupa osób byłaby ubezpieczana wieloma identycznymi umowami indywidualnych ubezpieczeń na cudzy rachunek. Aby uniknąć tego niebezpieczeństwa, należy podjąć próbę nowelizacji regulacji prawnej dotyczącej wszystkich ubezpieczeń na cudzy rachunek – zarówno grupowych, jak i indywidualnych (M. Orlicki, *Założenia reformy regulacji prawnej ubezpieczeń na cudzy rachunek i ubezpieczeń służących zabezpieczeniu wiarytelności*, „Prawo Asekuracyjne” 2013, nr 1, s. 4).

Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił również uwagę na okoliczność, że trwają obecnie prace nad projektem ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w którym znalazły się istotne rozwiązania o charakterze prokonsumenckim w zakresie funkcjonowania ubezpieczeń grupowych. Dotyczą one m.in. wzmocnienia praw osób ubezpieczonych w ubezpieczeniach na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniach grupowych, np. poprzez obowiązek doręczenia ubezpieczonemu informacji o warunkach umowy oraz zakaz

pobierania przez ubezpieczającego wynagrodzenia. Prace nad zmianą przepisów kodeksu cywilnego, w wersji przedstawionej do zaopiniowania, winny zostać skorelowane z ww. projektem i uwzględnić efekty prac nad nim.

Rzecznik Ubezpieczonych zauważył, iż część z zaproponowanych przepisów (np. art. 834<sup>5</sup>, 834<sup>6</sup>, 834<sup>8</sup>, 834<sup>9</sup> § 1, 834<sup>10</sup>) – jako pozbawionych jakiegokolwiek sankcji (*lex imperfecta*) na gruncie kodeksu cywilnego – wydaje się bezcelowa. Należy podkreślić, iż naruszenie takich norm nie będzie powodować żadnych negatywnych skutków dla osób, które je złamały; powstaje więc pytanie o wartość normatywną takich regulacji. Na tle innych przepisów szczególnych regulujących zobowiązania w kodeksie cywilnym, które zazwyczaj bardzo konkretnie wskazują prawa i obowiązki podmiotów stosunków prawnych, proponowane regulacje wydają się niespójne z koncepcją pozostałych przepisów o umowie ubezpieczenia.

Odnosząc się szczegółowo do przepisów zaproponowanych w ramach działu IV tytułu XXVII k.c., Rzecznik Ubezpieczonych podniósł następujące kwestie:

Propozycja brzmienia art. 834<sup>1</sup> § 1 k.c. stanowi próbę definicji ubezpieczenia grupowego na rzecz osób trzecich, wskazując, iż przez umowę ubezpieczenia grupowego na rzecz osób trzecich ubezpieczyciel zobowiązuje się za zapłatą składki do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w rozumieniu art. 805 osobom, które spełniają warunki przynależności do grupy (ubezpieczeni). Zdaniem Rzecznika w przepisie znalazło się niefortunne odniesienie do art. 805 k.c., określającego istotę umowy ubezpieczenia oraz obowiązki stron umowy. Przepis art. 805 k.c. nie zawiera bowiem pojęcia „ochrona ubezpieczeniowa”, którym posługuje się projektodawca w art. 834<sup>1</sup> § 1 k.c.

W § 2 zaproponowano, aby umowa ubezpieczenia grupowego mogła zostać zawarta dla jednej lub więcej grup ubezpieczonych. Takie rozwiązanie nie wymaga ingerencji ustawodawcy na poziomie kodyfikacji. Jest to przepis zupełnie zbędny z tego względu, iż kwestia ta pozostaje obecnie i powinna pozostawać w sferze swobody kształtowania treści umowy. Podobna uwaga odnosi się do art. 834<sup>2</sup> § 1 k.c. i zdania drugiego w art. 834<sup>2</sup> § 2 k.c. Ponadto warto zauważyć, że określenie w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia kryteriów przynależności do grupy nie oznacza, iż ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności w przypadku, gdy do grupy przyjęta zostanie osoba niespełniająca tych kryteriów.

Proponowany art. 834<sup>3</sup> § 2 k.c., wskazujący, że ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z chwilą określoną w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia grupowego, jest nie do zaakceptowania. Zagadnienie początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w ubezpieczeniach grupowych stanowi istotne źródło problemów występujących przy tego typu umowach. W celu zapewnienia stabilności stosunku ubezpieczeniowego i pewności ochrony ubezpieczeniowej – rozumianej również jako precyzyjne określenie momentu powstania ochrony ubezpieczeniowej – niezbędne jest doprecyzowanie tej kwestii na gruncie ustawy. Z uwagi na fakt, iż umowy grupowe mają charakter masowy, zaś ubezpieczeni w zdecydowanej większości są konsumentami, nie należy pozostawiać wyłącznie ubezpieczycielowi jednostronnego uprawnienia do określania chwili rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia. Tego rodzaju propozycja doprowadzić może do wielu negatywnych dla interesów ubezpieczonych zjawisk, np. do legitymizacji długotrwałej karencji w ubezpieczeniach na życie, zwłaszcza jeśli na stałe stanie się ona praktyką rynkową ocenianą przez zakłady ubezpieczeń jako „standard” czy „dobra praktyka rynkowa”. Istnieje również ryzyko stworzenia mechanizmu odwlekania powstania ochrony ubezpieczeniowej, co nie byłoby zjawiskiem pożądanym dla jednostkowych interesów poszczególnych ubezpieczonych.

Z tych względów należałoby moment powstania ochrony ubezpieczeniowej w przypadku grupowego ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej typu majątkowego wyznaczać odpowiednio przez przepis art. 814 § 1 k.c., a przypadku grupowego ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej typu osobowego odpowiednio co najmniej przez normę z art. 829 § 2 k.c. Oczywiście można sformułować bardziej kazuistyczne rozwiązanie w przypadku grupowego ubezpieczenia na życie, które będzie uwzględniać sposób powstania grupy i oddzielnie regulować moment powstania ochrony ubezpieczeniowej dla grup otwartych i oddzielnie dla grup zamkniętych (tj. w takich sytuacjach, gdy warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest stworzenie określonej liczbowo, stałej grupy).

Zagadnienie uregulowane w art. 834<sup>4</sup> k.c. ma charakter techniczny i wykracza poza materię regulacji kodeksu cywilnego, a zatem powinno podlegać umownej regulacji pomiędzy ubezpieczycielem i ubezpieczającym.

Przepis art. 834<sup>5</sup> k.c. jest zbyt ogólny i mający wątpliwą wartość dla ubezpieczonych. Obowiązek uwzględniania interesu ubezpieczonego wynika obecnie choćby z art. 354 i 355

k.c. czy z art. 17 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, który *expressis verbis* stanowi, że przedsiębiorca wykonuje działalność gospodarczą na zasadach uczciwej konkurencji i poszanowania dobrych obyczajów oraz słuszych interesów konsumentów. Samoregulacja nie przyniosła dotychczas żadnych wymiernych rezultatów dla konsumentów i funkcjonowania rynku ubezpieczeń. Problemy się pogłębiają, a próby wprowadzania dobrych praktyk nie sprawdziły się. Do nieprawidłowości dochodziło i dochodzi po wprowadzeniu dobrych praktyk i rekomendacji wydawanych przez organ nadzoru. Przykładem są wytyczne Polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie refundacji wydatków na najem pojazdu zastępczego z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, które wbrew art. 361 § 2 k.c. zawierały rozwiązania wyłączone lub istotnie ograniczające odpowiedzialność ubezpieczycieli za tego rodzaju wydatki. Dodatkowo zalecenia w nich zawarte dwukrotnie zostały zakwestionowane przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 listopada 2011 r. (sygn. akt III CZP 05/11) i w uchwale z dnia 23 listopada 2011 r. (sygn. akt III CZP 76/13). Dobre praktyki rynkowe w ujęciu przedstawionym przez projekt mogą być odczytane jak wzmocnienie uprawnień ubezpieczyciela, niekiedy przy udziale ubezpieczającego, do samodzielnego regulowania zasad oferowania, zawierania i wykonywania ubezpieczeń grupowych, wyłącznie w oparciu o kryterium własnych ekonomicznych interesów, a nie rzeczywistych potrzeb klienta i adekwatności ochrony ubezpieczeniowej.

Propozycja art. 834<sup>6</sup> k.c., zawierająca postulat unikania przez ubezpieczającego sprzeczności własnych interesów z interesami ubezpieczonych w chwili zawierania umowy ubezpieczenia grupowego i w trakcie jej wykonywania, a w razie powstania konfliktu interesów formułująca spoczywający na ubezpieczającym obowiązek niezwłocznego informowania o tym ubezpieczonych, również nie jest zadowalająca. Takie brzmienie przepisu powodowałoby, że byłby on niedookreślony w treści i skutku. W pierwszej kolejności ustawodawca powinien określić normatywnie, czym jest konflikt interesów i w jakich sytuacjach on występuje, np. że niedopuszczalne jest uzyskiwanie przez ubezpieczającego wynagrodzenia lub jakichkolwiek innych korzyści majątkowych z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Ustawodawca winien wprowadzić obowiązek informowania przez ubezpieczającego o roli, w jakiej występuje, i o jego rzeczywistych relacjach z ubezpieczycielem. Ten obszar regulacji wykracza poza kodeks cywilny i powinien znaleźć swoje miejsce na gruncie ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Dopiero po normatywnym

opisie konfliktu interesów można rozważać zasadność wprowadzenia do kodeksu cywilnego zobowiązania do unikania tego rodzaju konfliktu.

Przy aktualnej propozycji przepisu mogą rodzić się zasadne pytania i wątpliwości. Czy pracodawca powinien zawierać na rzecz pracowników umowę grupowego ubezpieczenia na życie? Czy zawierając taką umowę, nie popada w konflikt interesów? Pracodawca często bowiem zawiera taką umowę w celu zmniejszenia swoich zobowiązań wobec pracowników (np. z tytułu odpraw pośmiertnych), pracownik zaś poszukuje wyższego świadczenia na wypadek śmierci niż w przypadku świadczenia określonego przepisami prawa pracy. W istocie rzeczy interesy ubezpieczającego pracodawcy i ubezpieczonych pracowników są sprzeczne.

Ponadto przepis ten powinien zawierać sankcję za naruszenie konfliktu interesu w postaci uprawnienia do odstąpienia od ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. O ile w przypadku grupowego ubezpieczenia na życie tego rodzaju uprawnienie można wyprowadzić z propozycji przepisu art. 834<sup>11</sup>, o tyle takiego uprawnienia nie można wyprowadzić w przypadku ubezpieczenia grupowego typu majątkowego, a tego rodzaju umowy również występują w obrocie. Rzecznik uważa również, że sankcją za powstanie konfliktu interesu w trakcie obowiązywania umowy powinna być dodatkowa odpowiedzialność odszkodowawcza. Poszukiwanie jej ewentualnie w treści art. 471 k.c. wydaje się wysoce problematyczne, jeśli nie niemożliwe.

Przepis art. 834<sup>7</sup> § 1 k.c., który miałby stanowić, że ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wprowadziłby wiele wątpliwości co do tego, czy przepis należałoby traktować jako przepis szczególny w odniesieniu do innych norm regulujących kwestie uprawnienia do występowania z roszczeniem w przypadku ubezpieczeń indywidualnych; np. czy w ubezpieczeniu grupowym na życie ubezpieczający zostałby pozbawiony prawa wskazania uprawnionego.

Rzecznik Ubezpieczonych podkreśla, iż niezmiernie istotne jest uregulowanie statusu spadkobierców ubezpieczonego w postępowaniu likwidacyjnym, szczególnie w ubezpieczeniach grupowych. Osoby takie powinny mieć możliwość samodzielnego zgłoszenia ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego oraz dostępu do dokumentacji związanej z realizacją umowy ubezpieczenia, która ma wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela i wysokość należnego świadczenia. W razie odmowy przyjęcia odpowiedzialności przez

ubezpieczyciela ubezpieczający uprawniony do otrzymania świadczenia powinien – na żądanie ubezpieczonego lub jego spadkobierców – scedować prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia, o ile nie zamierza dochodzić go na drodze sądowej. Warto wskazać, że w wydanej w czerwcu 2014 r. przez Komisję Nadzoru Finansowego *Rekomendacji U* dotyczącej dobrych praktyk w zakresie *bancassurance* znajduje się zapis (rekomendacja 10), iż w przypadku, gdy klient ma status ubezpieczonego, klient lub jego spadkobiercy powinni mieć zapewnioną możliwość bezpośredniego dochodzenia roszczeń w sytuacji, kiedy bank jest podmiotem uprawnionym do dochodzenia wypłaty świadczenia od zakładu ubezpieczeń i podejmuje decyzję o nieskorzystaniu z tego uprawnienia; bank powinien wówczas umożliwić klientowi samodzielne dochodzenie roszczenia. Przepisy o umowie ubezpieczenia grupowego powinny uwzględniać ten aspekt.

Propozycja art. 834<sup>8</sup> § 1, mówiąca, iż przed przystąpieniem ubezpieczonego do grupy jest obowiązany zapewnić mu dostęp do warunków ubezpieczenia dotyczących praw i obowiązków ubezpieczonego; jeżeli przystąpienie do grupy nie jest wymagane, ubezpieczający zapewnia dostęp do tych warunków na żądanie ubezpieczonego, nie byłaby skutecznym rozwiązaniem. Ubezpieczyciel nie tylko powinien zapewnić ubezpieczonemu dostęp do wzorca, lecz także powinien mu go doręczyć. Nie ma też uzasadnienia przerzucania tego obowiązku na ubezpieczającego. To ubezpieczyciel jest autorem wzorca. Ubezpieczający może nie być profesjonalistą i jego zobowiązanie może być trudne do zrealizowania, jeżeli ubezpieczyciel będzie zwlekać z przekazaniem wzorca. Przepis nie wskazuje żadnych sankcji w sytuacji nieudostępnienia wzorca umowy. Jeśli zastosowanie miałby w takim przypadku znaleźć art. 384 k.c., to rozwiązanie takie będzie nie do zaakceptowania dla ubezpieczycieli i ubezpieczających niebędących bankami. Ubezpieczyciele mogą ponosić sankcję braku związania wzorcem za zachowania od nich niezależne, natomiast ubezpieczający (głównie pracodawcy) będą niechętnie zawierali tego rodzaju umowy, jeżeli niewykonanie tego zobowiązania będzie ich narażać na odpowiedzialność kontraktową za szkodę, jaką poniósł ubezpieczyciel z tego tytułu.

Właściwe wydaje się tu zastosowanie konstrukcji analogicznej do art. 384 k.c., czyli doręczenie wzorca. Ma to szczególne znaczenie dla umów ubezpieczenia na życie i umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym, gdzie konsument powinien mieć odpowiedni czas na zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia. Posłużenie się sformułowaniem „zapewnić dostęp do wzorca” oznacza, że obowiązek ten będzie spełniony,



jeśli konsumentowi zostanie wskazane, że wzorzec znajduje się na stronie internetowej ubezpieczyciela lub jego otrzymanie możliwie jest w najbliższej placówce ubezpieczyciela. W ten sposób dojdzie do związania wzorcem.

Za zbędny Rzecznik Ubezpieczonych uznał § 2 omawianego przepisu. Nie ma racjonalnego uzasadnienia, aby to ubezpieczający miał informować ubezpieczonych (np. pracodawca swoich pracowników) o stosowanych przez ubezpieczyciela zasadach dobrych praktyk. To ubezpieczyciel winien informować ubezpieczonych o stosowanych kodeksach dobrych praktyk. Podobna uwaga odnosi się do proponowanego art. 834<sup>9</sup> k.c. W opinii Rzecznika o zmianie warunków ubezpieczenia powinien obowiązkowo informować ubezpieczyciel. Powinno znaleźć się również zastrzeżenie, iż niedopuszczalna jest zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia na niekorzyść ubezpieczonego bez jego zgody, analogicznie jak w przypadku umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek (art. 829 § 2 zd. 3 k.c.).

Propozycję art. 834<sup>10</sup> k.c., przewidującą, że ubezpieczony może żądać od ubezpieczyciela wydania dokumentu potwierdzającego objęcie ochroną ubezpieczenia grupowego, a ubezpieczyciel wydaje dokument na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia grupowego, Rzecznik uznał za nieuzasadnioną. Nie ma bowiem podstaw do zwolnienia ubezpieczyciela z obowiązku doręczenia dokumentu potwierdzającego objęcie ochroną ubezpieczeniową. Dodatkowo zdanie drugie jest bardzo niekorzystne dla ubezpieczonych, gdyż może ustanawiać długie terminy doręczenia, jego warunki, a nawet odpłatność. Tego rodzaju propozycja istotnie godzi w interesy ubezpieczonych. Dla przykładu jeżeli umowa kredytu przewiduje jako dodatkowe zabezpieczenie zawarcie umowy ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia kredytu i od zawarcia umowy ubezpieczenia oraz udokumentowania tego faktu uzależniona jest wysokość stopy procentowej kredytu, a kredytobiorca spełni to zobowiązanie poprzez przystąpienie do umowy ubezpieczenia grupowego (gdzie ubezpieczającym jest inny bank lub broker albo specjalnie stworzona fundacja lub stowarzyszenie), zaś ubezpieczyciel ustanowi odległy termin doręczenia dokumentu potwierdzającego objęcie ochroną ubezpieczeniową, np. do trzech miesięcy od dnia doręczenia żądania pocztą, to przez takie rozwiązanie ubezpieczający narażony jest na wyższe koszty (zwiększone raty kredytowe przez trzy miesiące i czas doręczenia żądania) niż w przypadku, gdyby ubezpieczyciel był zobowiązany do wydania tego dokumentu niezwłocznie po objęciu ochroną. Zdaniem Rzecznika kwestia potwierdzenia objęcia ochroną

winna zostać analogicznie uregulowana jak w przypadku art. 809 k.c. – bezwzględne zobowiązanie ubezpieczyciela i niezwłoczność w doręczeniu.

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

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

W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, jeżeli składka została sfinansowana przez ubezpieczonego, zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej powinien przysługiwać bezpośrednio ubezpieczonemu. Skutki braku zapłaty kolejnej raty składki powinny obciążać ubezpieczonego tylko w przypadku skierowania do niego stosownego wezwania.

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

Stanowisko powyższe Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił w [piśmie \(RU/1/AD/BCH/PW/15\) z dnia 13 stycznia 2015 r.](#) skierowanym do Ministerstwa Sprawiedliwości.