
ROMAN GARBIEC

UBEZPIECZENIA W TEORII I PRAKTYCE

Część II

UBEZPIECZENIA
GOSPODARCZE I ZDROWOTNE

WYDANIE PIĄTE
ZMIENIONE I ZAKTUALIZOWANE

CZĘSTOCHOWA 2022

Politechnika Częstochowska

Roman Garbiec

UBEZPIECZENIA W TEORII I PRAKTYCE

CZĘŚĆ II
UBEZPIECZANIA GOSPODARCZE I ZDROWOTNE

WYDANIE PIĄTE
ZMIENIONE I ZAKTUALIZOWANE

SKRYPT



Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej

Częstochowa 2022

Recenzent

Dr hab. inż. Anna Lemańska-Majdzik, prof. PCz

Redakcja

Anita Ganoun

Redakcja techniczna

Marcin Pilarski

Projekt okładki

Andrzej Jesionowski

e-ISBN 978-83-7193-879-5

© Copyright by Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022

© Copyright by Roman Garbiec, Częstochowa 2022



Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne 4.0 Międzynarodowa (CC BY-NC 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode>

Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, 42-202 Częstochowa, al. Armii Krajowej 36 B

redakcja tel. 34 325 04 80, dystrybucja tel. 34 325 03 93

e-mail: wydawnictwo@pcz.pl, www.wydawnictwo.pcz.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
1. RYZYKO JAKO PODSTAWOWE POJĘCIE UBEZPIECZEŃ	7
1.1. Definicje ryzyka ubezpieczeniowego	7
1.2. Faktory ryzyka ubezpieczeniowego	10
1.3. Klasyfikacja ryzyka	12
1.4. Elementy i metody zarządzania ryzykiem	17
2. ZARZĄDZANIE SELEKCJĄ I OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO (UNDERWRITING)	21
2.1. Cel, procesy i zasady underwritingu	21
2.2. Etapy underwritingu	22
2.3. Rodzaje underwritingu	24
3. WPROWADZENIE DO TEORII UBEZPIECZEŃ.....	27
3.1. Definicje pojęć ubezpieczeniowych	27
3.2. Funkcje ubezpieczeń	30
3.3. Zasady ubezpieczeń	35
4. KLASYFIKACJA DYCHOTOMICZNA UBEZPIECZEŃ	38
4.1. Ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia gospodarcze	38
4.2. Ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe	39
4.3. Ubezpieczenia dobrowolne i ubezpieczenia obowiązkowe	41
4.4. Ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia nieżyciowe (nie na życie, pozostałe)	42
4.5. Ustawowy podział ubezpieczeń	43
4.6. Ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia zbiorowe	45
4.7. Ubezpieczenia podmiotów gospodarczych i ubezpieczenia ludności	45
4.8. Ubezpieczenia prywatne i ubezpieczenia publiczne	46
4.9. Ubezpieczenia komercyjne i ubezpieczenia wzajemne	46
4.10. Ubezpieczenia morskie i ubezpieczenia lądowe	47

4.11. Ubezpieczenia w obrocie krajowym i ubezpieczenia w obrocie międzynarodowym	48
4.12. Ubezpieczenia bezpośrednie i ubezpieczenia pośrednie	49
4.13. Podział ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeń	49
5. FORMY DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ	54
5.1. Formy organizacyjno-prawne działalności ubezpieczeniowej	54
5.2. Formy pośrednictwa ubezpieczeniowego	57
5.3. Jednostki nadzoru ubezpieczeń	62
5.4. Bancassurance	64
6. PODSTAWY PRAWNE UBEZPIECZEŃ	67
6.1. Ubezpieczenie jako usługa	67
6.2. Budowa umowy ubezpieczenia	69
6.3. Strony umowy ubezpieczenia	74
6.4. Odszkodowanie ubezpieczeniowe	76
6.5. Wygaśnięcie ubezpieczenia	77
6.6. Przedawnienie roszczeń ubezpieczeniowych	78
7. POJĘCIE I ISTOTA REASEKURACJI I KOASEKURACJI	80
7.1. Istota reasekuracji, retrocesji i koasekuracji	80
7.2. Metody reasekuracji	82
7.3. Formy reasekuracji	83
8. FINANSE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ	88
8.1. Zasady ustalania składki ubezpieczeniowej	88
8.2. Analiza jakościowa i ilościowa sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń	94
8.3. Pasywa zakładu ubezpieczeń	104
8.4. Aktywa zakładu ubezpieczeń	106
9. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE.....	109
9.1. Zakres przedmiotowy i podmiotowy ubezpieczeń zdrowotnych.....	109
9.2. Składki na ubezpieczenia zdrowotne	115
9.3. Narodowy Fundusz Zdrowia	122
9.4. Zakres bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej	123
9.5. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	129
Bibliografia	132

WSTĘP

Ubezpieczanie się jest produktem cywilizacyjnym. Wraz z rozwojem cywilizacji ludzie zaczęli odczuwać potrzebę ubezpieczania się od różnego rodzaju ryzyk. Im wyższy rozwój cywilizacyjny społeczeństwa, tym większa potrzeba ubezpieczenia życia, zdrowia czy też mienia. Ubezpieczenie nie może funkcjonować w społeczeństwie o niskim szczeblu rozwoju, gdzie nie postrzega się zagrożającego ryzyka i nie szuka się form zabezpieczenia skutków realizacji danego ryzyka. Niski poziom rozwoju społeczeństwa nie pozwala również na znalezienie odpowiednich form organizacyjno-prawnych, mających zapewnić rekompensatę poniesionych strat w momencie zajścia określonej szkody. U źródeł powstania ubezpieczenia leżą więc m.in. rozwój cywilizacyjny i wykształcenie odpowiednich form organizacyjno-prawnych w społeczeństwie. Przyczyną chęci ubezpieczenia się jest jednak ryzyko, czyli możliwość czy też prawdopodobieństwo zajścia pewnego zdarzenia, które spowoduje szkodę na zdrowiu, mieniu lub utratę życia osoby pragnącej się ubezpieczyć.

Funkcjonowanie każdego obywatela w nowoczesnym społeczeństwie wymaga wiedzy o ubezpieczeniach, ich formach i mechanizmach, jakie nimi kierują. Wiedza ta jest niezbędna do wyboru określonego rodzaju ubezpieczenia. W chwili obecnej w Polsce firmy ubezpieczeniowe oferują kilkaset rodzajów ubezpieczeń, które często noszą podobne lub identyczne nazwy. Wiedzę z tego zakresu można praktycznie wykorzystać w indywidualnej i zbiorowej działalności, zwłaszcza że część ubezpieczeń jest obowiązkowa.

Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne stanowią II część skryptu/podręcznika pt. *Ubezpieczenia w teorii i praktyce* i wraz z częścią I pt. *System ubezpieczeń społecznych* obejmują istotną część zagadnień związanych z ubezpieczeniami.

W rozdziale pierwszym przedstawione zostało pojęcie „ryzyka”, czynniki (uwarunkowania) ryzyka ubezpieczeniowego i podziały ryzyka oraz metody zarządzania ryzykiem. W kolejnym rozdziale zawarto problematykę zarządzania selekcją i ocenę ryzyka ubezpieczeniowego (tzw. underwriting), ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka ubezpieczeniowego, elementów i metod zarządzania ryzykiem. Rozdział trzeci obejmuje wstęp do teorii ubezpieczeń, czyli definicje ubezpieczenia oraz funkcje i zasady ubezpieczeniowe, regulujące funkcjonowanie ubezpieczeń na rynku. W rozdziale czwartym znajdują się klasyfikacje ubezpie-

czeń, które mają za zadanie podział rodzajów ubezpieczeń i umożliwienie wyboru określonego rodzaju ubezpieczenia. Ze względu na różnorodne podziały i klasyfikacje ubezpieczeń w rozdziale tym zostały przedstawione szerzej występujące na rynku typologie, zwłaszcza te rzadziej spotykane w literaturze przedmiotu. Następny rozdział przedstawia prawne podstawy funkcjonowania ubezpieczeń w Polsce oraz formy pośrednictwa ubezpieczeniowego i organy uprawnione do nadzorowania ubezpieczeń (czyli ewentualne organy odwoławcze w przypadku niespełnienia roszczeń przez zakład ubezpieczeń).

Rozdział szósty charakteryzuje budowę umowy ubezpieczenia oraz zagadnienia związane z jej wygaśnięciem, rozwiązaniem oraz przedawnieniem roszczeń w stosunku do zakładów ubezpieczeń. W kolejnym rozdziale scharakteryzowane zostały pojęcia reasekuracji, retrocesji i koasekuracji ubezpieczeń. Zagadnienie przekazywania ubezpieczeniowego wraz z częścią składki jest powszechnie stosowaną praktyką w rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych. Praktyka ta jest niezbyt często realizowana w Polsce. Rozdział ósmy obejmuje zasady finansowania zakładów ubezpieczeń, określania wysokości składek ubezpieczeniowych i wysokości odszkodowań. W rozdziale tym zostały także omówione zasady analizy sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń oraz aktywa i pasywa firm ubezpieczeniowych. Rozdział dziesiąty prezentuje ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem obligatoryjności opłacania składek i organizacji udzielania świadczeń z tego ubezpieczenia.

Celem podstawowym przy redagowaniu tego materiału było przedstawienie studentom skondensowanego kompendium wiedzy z zakresu ubezpieczeń, dzięki któremu można przygotować się do zdobycia niezbędnej wiedzy wymaganej na zajęciach. Natomiast celem praktycznym opracowania jest dostarczenie określonych informacji o ubezpieczeniach, które pomogą dokonywać trafnych wyborów przy ubezpieczaniu się studentów kierunku logistyka studia magisterskie i kierunku finanse i rachunkowość w biznesie studia licencjackie i magisterskie oraz absolwentów Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej.

1. RYZYKO JAKO PODSTAWOWE POJĘCIE UBEZPIECZEŃ

1.1. Definicje ryzyka ubezpieczeniowego

Pojęcie „ryzyko” ma podstawowe znaczenie zarówno z punktu widzenia teorii ubezpieczeń, jak i potrzeb codziennej praktyki, która nie tylko interesuje się selekcją ryzyk ubezpieczeniowych, ale grupuje również ryzyka w ramach pewnych działań czy grup ubezpieczeń oraz dokonuje ich kwantyfikacji jako punkt wyjścia do wyceny taryfowej¹.

W języku codziennym używa się pojęć „ryzyko” i „niebezpieczeństwo” zamiennie, traktując je jako synonimy. Ryzyko jest bez wątpienia pojęciem szerszym niż niebezpieczeństwo, a nadto wydaje się raczej procesem, aniżeli stanem świata zewnętrznego. Niebezpieczeństwo należałoby raczej traktować jako jeden z elementów ryzyka, w tym znaczeniu **niebezpieczeństwo można definiować jako przyczynę albo źródło ryzyka**. Na przykład możemy mówić o niebezpieczeństwie pożaru, burzy, gradobicia czy kradzieży. Biorąc z kolei pod uwagę fakt, że również niebezpieczeństwo cechuje się pewną dynamiką, albo raczej określoną sekwencją czasową, należy uznać za wadliwe utożsamianie go z zagrożeniem, które uznać można co najwyżej za niebezpieczeństwo *in potentia*. Jeśli mówimy o zagrożeniu pożarem, to wyraźnie oddzielamy „zagrożenie” jako pewien stan od samego niebezpieczeństwa (pożaru).

Definicje ryzyka

Ryzyko jako niepewność

Ubezpieczeniowa teoria ryzyka poświęca dużo uwagi relacji ryzyka i niepewności, które to zagadnienie należy uznać za najbardziej kontrowersyjny „moment” ogólnej koncepcji ryzyka. Istnieją w tym zakresie dwa przeciwstawne stanowiska. Jedno z nich utożsamia te pojęcia lub przynajmniej traktuje ryzyko i niepewność jako jednorodną klasę zjawisk, drugie – uznaje oba pojęcia za różne, a nawet przeciwstawne. Zwolennicy drugiego zapatrywania podkreślają, że ryzyko jest „stanem” świata zewnętrznego (a więc kategorią obiektywną), natomiast niepewność – odzwierciedleniem naszej wiedzy o prawach rządzących obiektywnymi procesami².

¹ E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 17.

² Tamże, s. 19.

Próbą ujęć kompromisowych była koncepcja F. Knighta, który odróżnił **niepewność mierzalną** od **niepewności niemierzalnej**: pierwszą nazwał ryzykiem, drugą – niepewnością *sensu stricto*³.

Ryzyko jako prawdopodobieństwo straty

Często spotykamy się z definicją ryzyka jako prawdopodobieństwa nastąpienia określonego rezultatu (straty). Definicja ta sugerowałaby, że stopień (wielkość) ryzyka i stopień prawdopodobieństwa nastąpienia straty są tożsame. Tymczasem pojęć tych nie można uznać za synonimy. Aby uzasadnić to stwierdzenie, należy odnieść oba pojęcia do ich ekonomicznego skutku, czyli do pojęcia straty. Różnica uwypukla się wówczas, gdy badamy wielkość ryzyka i wielkość (stopień) prawdopodobieństwa. Pozornie wydawać by się mogło, że istnieje tu prosta współzależność: większy stopień prawdopodobieństwa wystąpienia straty powinien oznaczać odpowiedni wzrost ryzyka⁴. W praktyce jednak nie zawsze się to potwierdza.

Ryzyko jako możliwość wystąpienia straty

Niekiedy spotykamy się z utożsamianiem ryzyka z możliwością wystąpienia straty, co odpowiada naszemu intuicyjnemu postrzeganiu ryzyka w życiu codziennym. Należy jednak zauważyć, że możliwość wystąpienia określonej straty (rezultatu) jest – w przeciwieństwie do ryzyka – czymś niemierzalnym: możliwość taka istnieje bądź nie. Jeśli mamy pewność co do nastąpienia określonego rezultatu, ryzyko nie istnieje, gdyż strata jest pewna⁵.

Ryzyko jako dyspersja rezultatów rzeczywistych i oczekiwanych

Z takim ujęciem ryzyka spotykamy się głównie w statystyce, która posługuje się tzw. stopniem rozrzutu wyników w stosunku do „pozycji” centralnych lub średnich. Ponieważ mechanizm ubezpieczeń opiera się również na teorii prawdopodobieństwa „odchyleń”, dlatego też wielu autorów z zakresu ubezpieczeń zafascynowała definicja statystyków. Należy jednak zauważyć, że statystyczna opcja przy definicji ryzyka jest adresowana do firm ubezpieczeniowych, które na podstawie statystycznych pomiarów ryzyka dokonują kalkulacji składek⁶.

Ryzyko jako prawdopodobieństwo wyniku innego niż oczekiwany

Wydaje się, iż jest to jedynie inna wersja definicji ryzyka jako dyspersji rezultatów. Za punkt wyjścia przyjmuje ona obiektywne prawdopodobieństwo, że faktyczny rezultat czy raczej wynik będzie się różnić od zakładanego. Stopień tego prawdopodobieństwa nie jest tu rozumiany jako stopień subiektywnej wiary,

³ Zob. F.H. Knight, *Risk, Uncertainty and Profit*, Kelley & Millman, New York 1957, s. 19 i nast.

⁴ E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka...*, dz. cyt., s. 20.

⁵ Tamże, s. 21.

⁶ Tamże, s. 22.

wiedzy czy indywidualnych oczekiwań, lecz jako miernik relatywnej częstotliwości oparty na najlepszej naukowej wiedzy. Kluczowym momentem w tej definicji jest to, że ryzyko nie jest ujmowane jako prawdopodobieństwo nastąpienia pojedynczego zdarzenia, lecz jako prawdopodobieństwo dewiacji wyniku rzeczywistego od zakładanego w skali tzw. **zagrożeń zbiorowych**⁷.

Ryzyko jako przedmiot ubezpieczenia

Definicja ta prowadzi do utożsamiania przedmiotu ubezpieczenia (dóbr osobistych lub majątkowych) z ryzykiem. Ujęcie to jest charakterystyczne dla języka techniczno-ubezpieczeniowego, którym posługuje się codzienna praktyka. Jest ono użyteczne w znaczeniu komunikatywnym, lecz jego wartość poznawcza jest niewielka⁸. W praktyce ryzyko badane jest przede wszystkim z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń i badania te mają wpływ na kalkulację wysokości składek ubezpieczeniowych. Ryzyko ubezpieczyciela występuje głównie w takich elementach działalności firmy, jak właściwa gospodarka finansowa związana z zabezpieczeniem odpowiedniego marginesu wypłacalności, tworzenie rezerw finansowych i techniczno-ubezpieczeniowych, zarządzanie lokatami kapitałowymi, co wiąże się z właściwą oceną i pomiarem ryzyka inwestycyjnego w określonych warunkach rynku kapitałowego. Ocena i pomiar ryzyka ubezpieczeniowego są podstawą właściwej kalkulacji składek ubezpieczeniowych, decyzji ubezpieczeniowych reasekuracyjnych oraz podziału na portfele ubezpieczeń i zachowania równowagi finansowej w portfelach ubezpieczeń.

Aby mówić o identyfikacji ryzyka występującego w funkcjonowaniu firmy ubezpieczeniowej, należy wziąć pod uwagę czynniki wpływające na to ryzyko. Należy zauważyć, że czynniki wpływające na ubezpieczyciela można podzielić na:

- zewnętrzne – wynikające z otoczenia firmy ubezpieczeniowej;
- wewnętrzne – wypływające z samego funkcjonowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Czynniki zewnętrzne wpływające na funkcjonowanie ubezpieczyciela na rynku, a tym samym na jego ryzyko, to:

- rozwój gospodarczy kraju i związany z tym produkt krajowy brutto przypadający na jednego mieszkańca;
- inflacja lub deflacja;
- stabilność polityczna i decyzje polityczne;
- rozwinięcie rynku kapitałowego i związane z nim ryzyko inwestycyjne;
- uwarunkowania prawne – system podatkowy i system emerytalny;
- struktura własnościowa firmy i zachowania akcjonariuszy;
- rynek ubezpieczeniowy w kraju;

⁷ Tamże, s. 22.

⁸ Tamże, s. 23.

- tendencje w światowym sektorze ubezpieczeń;
- otwarcie dla rynków zagranicznych;
- świadomość ubezpieczeniowa mieszkańców;
- bogactwo mieszkańców.

Czynniki wewnętrzne wpływające bezpośrednio na ryzyko ubezpieczyciela można podzielić na następujące grupy:

- związane z działalnością techniczno-ubezpieczeniową i reasekuracyjną;
- związane z prowadzeniem gospodarki finansowej;
- związane z polityką marketingową firmy;
- związane z decyzjami zarządczymi władz statutowych, a przede wszystkim zarządu firmy, a także z kompetencjami pracowników.

Źródła ryzyka ubezpieczyciela pochodzące z prowadzenia gospodarki finansowej są następujące:

- kapitały własne i fundusze rezerwowe – właściwe relacje do prowadzonej działalności;
- planowanie dopływu składek i przewidywanie wypłaty odszkodowań;
- dbanie o poziom kosztów;
- polityka lokacyjna;
- ocena szkodliwości i rentowności usług ubezpieczeniowych.

Na zakończenie rozważań o ryzyku w ubezpieczeniach należy wspomnieć jeszcze o ryzyku ubezpieczającego, który jest stroną kontraktu, a jego ryzyko związane jest z zawarciem umowy i wykupieniem polisy ubezpieczeniowej na odpowiednich warunkach i u właściwego ubezpieczyciela⁹. Ze względu na te cechy ryzyko w ubezpieczeniach na życie jest szczególnym rodzajem ryzyka w działalności ubezpieczeniowej.

1.2. Faktory ryzyka ubezpieczeniowego

Pojęcie „faktorów ryzyka”

Ryzyko jako pewien proces nie przebiega w próżni. Pomijając jego różnorakie źródła (niebezpieczeństwa), o jego specyfice i dynamice decyduje wiele warunków i okoliczności, tworzących jakby jego skonkretyzowaną ośnowę. Należy tu wymienić warunki o charakterze fizycznym, podmiotowym, a nawet przesłanki prawne. Całość tych warunków i okoliczności określa się w literaturze mianem „hazardu”: mają one istotny, a niekiedy decydujący wpływ na rozmiar i nasilenie ryzyka. Okoliczności te, określane też mianem „faktorów ryzyka”, stanowią punkt wyjścia dla techniczno-ubezpieczeniowej identyfikacji i kwantyfikacji ryzyka, decydując o jego taryfowej wycenie. Dlatego też wymagają bliższego omówienia¹⁰.

⁹ W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 138-140.

¹⁰ E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka...*, dz. cyt., s. 23.

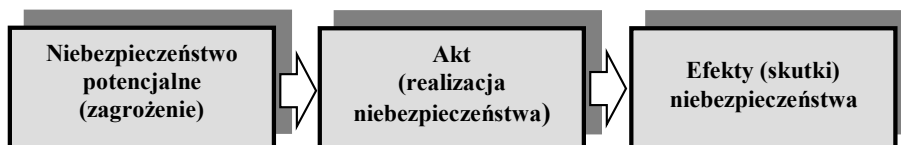
Ryzyko jest pojęciem szerokim (stadialnym), w skład którego wchodzi różny element. Wśród tych elementów wyróżniamy m.in. **niebezpieczeństwo** i **hazard** jako główne czynniki (faktory) ryzyka. Niebezpieczeństwo i hazard są tymi czynnikami (faktorami) ryzyka, które warunkują jego wielkość i natężenie, a w konsekwencji są wielce przydatne w analizie ryzyka dla praktyki ubezpieczeniowej.

Ryzyko jest pojęciem stadialnym (dzieli się na poszczególne części, elementy, stadia). Elementami (faktorami) ryzyka są¹¹:

- niebezpieczeństwo – przyczyna lub źródło straty;
- hazard – zespół warunków i okoliczności, w których dane niebezpieczeństwo realizuje się, tzn. tych, które mają wpływ na jego rozmiar i nasilenie.

Niebezpieczeństwo

W licznych opracowaniach naukowych można spotkać definicje ryzyka utożsamiające ryzyko z niebezpieczeństwem. Nie jest to zbyt szczęśliwe posunięcie, niebezpieczeństwo bowiem jest tylko jednym z czynników (faktorów) ryzyka. Fazy niebezpieczeństwa prezentuje rysunek 1.



Rysunek 1. Fazy niebezpieczeństwa

Źródło: T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 20

W fazie pierwszej pojawiają się zagrożenia, tzn. sytuacje, które stwarzają dane niebezpieczeństwo, w fazie drugiej następuje urzeczywistnienie się (realizacja) wspomnianego niebezpieczeństwa, a w fazie trzeciej (po akcie realizacji) mamy do czynienia ze skutkami realizacji danego niebezpieczeństwa¹².

Hazard fizyczny

Przez pojęcie „hazardu fizycznego” (*physical hazard*) rozumie się zespół warunków zewnętrznych (pozapodmiotowych) lub cech fizycznych, które mają bezpośredni wpływ na szansę realizacji danego ryzyka, a w szczególności wpływają na wzrost obiektywnego prawdopodobieństwa nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego (straty). Hazard fizyczny należy odróżnić od niebezpieczeństwa jako źródła ryzyka¹³.

¹¹ T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 19.

¹² Tamże, s. 19-20.

¹³ E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka...*, dz. cyt., s. 23-24.

Hazard moralny

Hazard moralny (*moral hazard*) odnosi się do warunków i atrybutów podmiotowych danej osoby (ubezpieczonego), wyrażających się w negatywnych tendencjach jej charakteru czy osobowości. Chodzi głównie o swego rodzaju „defekty charakteru”, polegające na nieuczciwości, skłonności do defraudacji czy do fraudulentnego zawierania umów ubezpieczenia w celu wyłudzenia nienależnego odszkodowania. Wydaje się, że owe cechy podmiotowe mają niejako charakter wrodzony, są czymś pierwotnym i niezależnym od ubezpieczenia w tym sensie, że dana jednostka ujawniałaby je nawet wówczas, gdyby nie była ubezpieczona. **Hazard moralny występuje we wszystkich rodzajach ubezpieczeń** i stanowi coraz większe zagrożenie dla całego obrotu ubezpieczeniowego¹⁴.

Hazard motywacyjny

Hazard motywacyjny (*morale hazard*) oznacza subiektywną reakcję ubezpieczonego, wywołaną świadomością istnienia ochrony ubezpieczeniowej, polegającą na obniżeniu jego staranności, niedbalstwie lub obojętności wobec określonych zagrożeń (ryzyk). Chodzi zatem nie o pewne wrodzone defekty charakteru – jak w hazardzie moralnym – lecz o wtórne postawy motywacyjne, wywołane faktem istnienia ubezpieczenia. Dlatego też można mówić o **hazardzie motywacyjnym** lub **hazardzie duchowym**¹⁵.

1.3. Klasyfikacja ryzyka

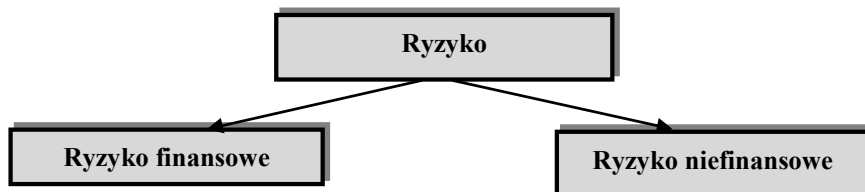
Klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego ma niewątpliwy walor metodologiczny, ułatwiając czy wręcz warunkując komunikatywny język i metody badawcze stosowane w obrębie teorii ubezpieczeń. Z drugiej strony systematyka ryzyka jest niezbędna z punktu widzenia potrzeb praktyki ubezpieczeniowej, która musi nie tylko oddzielić ryzyka ubezpieczalne od nieubezpieczalnych, ale zmuszona jest grupować pewne ich kategorie w ramach jednej konstrukcji prawnej (umowy), tworzącej dany typ, rodzaj czy grupę ubezpieczenia. Właściwa klasyfikacja ryzyk pozwala ubezpieczycielom na zastosowanie odpowiednich technik ich identyfikacji, kwantyfikacji i selekcji, a to z kolei jest niezbędnym warunkiem kalkulacji kosztu ochrony (usługi) ubezpieczeniowej w konkretnym przypadku¹⁶.

Podział ryzyka według **kryterium charakteru strat** prezentuje rysunek 2.

¹⁴ Tamże, s. 24.

¹⁵ Tamże, s. 25.

¹⁶ Tamże, s. 31.



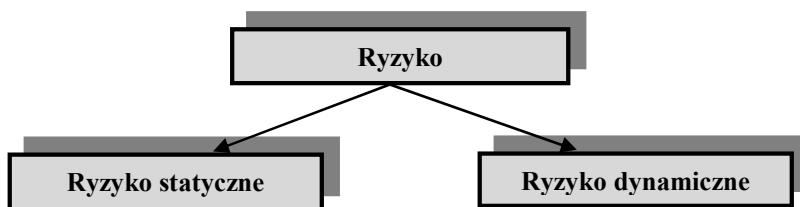
Rysunek 2. Podział ryzyka według kryterium charakteru strat

Źródło: Opracowanie własne

Kryterium podziału jest charakter strat:

- **Ryzyka finansowe** powodują straty dające się ująć finansowo (np. ryzyka występujące przede wszystkim w ubezpieczeniach majątkowych).
- **Ryzyka niefinansowe** powodują straty niedające się ująć finansowo (np. ryzyka związane z niektórymi ubezpieczeniami osobowymi, takie jak dożycie określonego wieku itp.)¹⁷.

Podział ryzyka według **kryterium wpływu czasu** na dane ryzyko prezentuje rysunek 3.



Rysunek 3. Podział ryzyka według kryterium wpływu czasu na dane ryzyko

Źródło: Opracowanie własne

Kryterium podziału jest wpływ czasu na dane ryzyko. Podział na ryzyko, które występuje niezależnie od czasu oraz na ryzyko będące funkcją czasu.

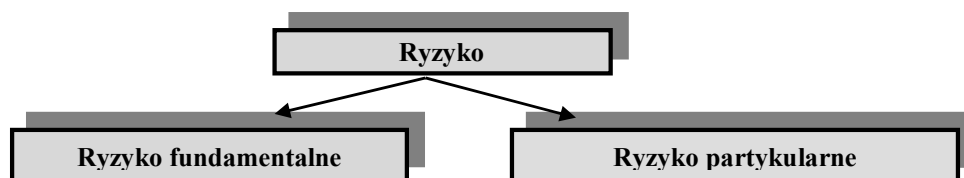
- **Ryzyko statyczne** występuje niezależnie od czasu, tzn. może się hipotetycznie pojawić nawet wówczas, gdy nie było postępu ekonomicznego, technologicznego i cywilizacyjnego (np. straty wynikające z działania żywiołów przyrodniczych, naturalnych procesów starzenia się materiałów i środowiska geologicznego)¹⁸.
- **Ryzyko dynamiczne** jest pochodną zmian ekonomicznych, technologicznych i organizacyjnych. Są to ryzyka kreowane przez zmiany cen, gustów konsumentów, kryzysy gospodarcze, modę, inflację itp. Zmiany te mogą stać się przyczyną strat finansowych, zarówno w skali jednostki, jak i zbiorowości¹⁹.

Podział ryzyka według **kryterium źródła ryzyka** prezentuje rysunek 4.

¹⁷ T. Michalski, *Ryzyko w działalności...*, dz. cyt., s. 33.

¹⁸ E.J. Vaughan, *Fundamental of Risk and Insurance*, Nowy Jork 1982.

¹⁹ T. Michalski, *Ryzyko w działalności...*, dz. cyt., s. 34.



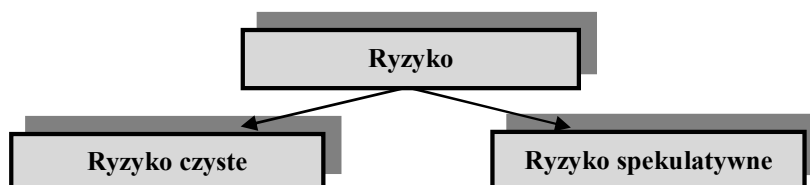
Rysunek 4. Podział ryzyka według kryterium źródła ryzyka

Źródło: Opracowanie własne

U podstaw tego podziału tkwią trzy kryteria: 1) źródło ryzyka, 2) kryterium ilościowe (masowość oddziaływania ryzyka), 3) kryterium jakościowe (rozmiary następstw). Podział bazuje na różnicy w genezie i skutkach realizacji:

- **Ryzyka fundamentalne** są ryzykami bezosobowymi, mającymi wpływ na dużą liczbę jednostek lub całe społeczeństwa. Najczęściej u ich źródła tkwią przyczyny ekonomiczne, społeczne i polityczne. Mogą też być rezultatem zjawisk fizycznych, a w szczególności sił przyrody. Źródła tych ryzyk wyrastają ponad jednostkę, dotykając społeczeństwo jako całość. Jednostka jest jak gdyby ich adresatem pośrednim. Przykładem ryzyk fundamentalnych są trzęsienia ziemi, huragany, powódzie, wojny, rozruchy społeczne, inflacja, recesja wysokim bezrobociem itp.
- **Ryzyka partykularne** stwarzają zagrożenia (powodują straty) w skali interesów indywidualnych. Źródła tych ryzyk najczęściej tkwią w aktywności poszczególnych jednostek, choć mogą wynikać z przyczyn niezależnych od nich. Jako przykłady ryzyk partykularnych podawane są rabunek, podpalenie bądź ryzyka, które wynikają z przyczyn niezależnych od jednostki, tj. zatonięcie statku, uderzenie pioruna, pożar w wyniku samozapalenia itp.²⁰

Podział ryzyka według **kryterium konsekwencji ryzyka** prezentuje rysunek 5.



Rysunek 5. Podział ryzyka według kryterium konsekwencji ryzyka

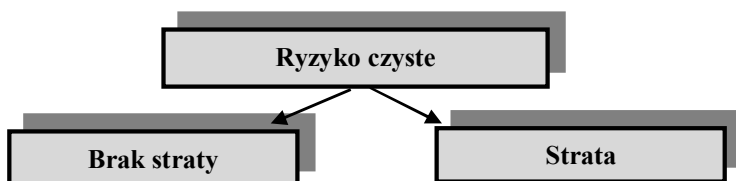
Źródło: Opracowanie własne

Kryterium, które spowodowało wyróżnienie ryzyka czystego (*pure risk*) i ryzyka spekulatywnego (*speculative risk*) ściśle wiąże się z konsekwencjami ryzyka. Podział wprowadzony przez A.H. Mowbraya w 1961 roku uznawany jest za najbardziej użyteczny do analizy ryzyka ubezpieczeniowego²¹:

²⁰ Tamże, s. 35.

²¹ A.H. Mowbray, R.H. Blanchard, *Insurance. It's Theory and Practice in the United States*, McGraw-Hill, New York 1961.

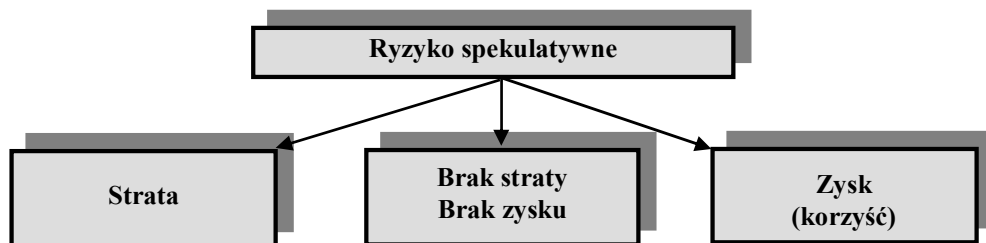
- **Ryzyko czyste** to ryzyko, którego zrealizowanie się powoduje stratę, a niezrealizowanie nie przynosi żadnych korzyści. Tak więc, przy tym typie ryzyka mamy do czynienia z tzw. wariancją alternatywną. Podział ryzyka czystego prezentuje rysunek 6.



Rysunek 6. Podział ryzyka czystego

Źródło: T. Michalski, *Ryzyko w działalności...*, dz. cyt., s. 36

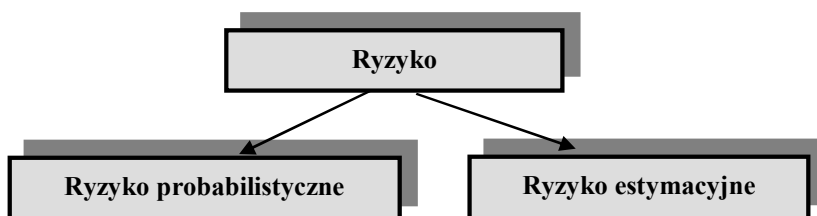
- **Ryzyko spekulatywne** to ryzyko, którego zrealizowanie się uzasadnia oczekiwanie korzyści (zysku) albo poniesienie straty. Niezrealizowanie się tego ryzyka to brak straty lub zysku²². Podział ryzyka spekulatywnego prezentuje rysunek 7.



Rysunek 7. Podział ryzyka spekulatywnego

Źródło: T. Michalski, *Ryzyko w działalności...*, dz. cyt., s. 36.

Podział ryzyka według **kryterium możliwości i metod kwantyfikacji** (ilościowego ujmowania) ryzyka prezentuje rysunek 8.



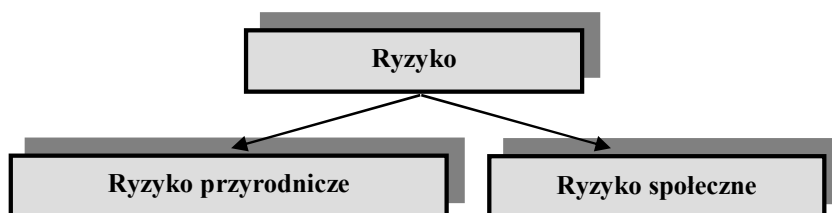
Rysunek 8. Podział ryzyka według kryterium możliwości i metod kwantyfikacji (ilościowego ujmowania) ryzyka

Źródło: Opracowanie własne

²² T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka...*, dz. cyt., s. 36.

Głównymi kryteriami podziału tych ryzyk są możliwości i różne metody kwantyfikacji ryzyka. Podziału tego dokonał F.H. Knight z punktu widzenia możliwości kwantyfikacji (ujęcia ilościowego) ryzyka i metod tej kwantyfikacji²³:

- **Ryzyko probabilistyczne** jest to ryzyko dające się obliczyć metodami matematycznymi, tzw. ryzyko aprioryczne, lub dające się obliczyć tylko na podstawie danych statystycznych, tzw. ryzyko statystyczne.
 - **Ryzyko estymacyjne** to ryzyko, przy ocenie którego można teoretycznie stosować rachunkowe określenie prawdopodobieństwa. Związane jest to jednak z dużą możliwością błędów, co powoduje, iż ryzyko to staje się mocno zbliżone do niepewności sensu stricto, a przez to czyni je często ryzykami nieubezpieczalnymi.
- Podział ryzyka według kryterium źródła niebezpieczeństwa prezentuje rysunek 9.



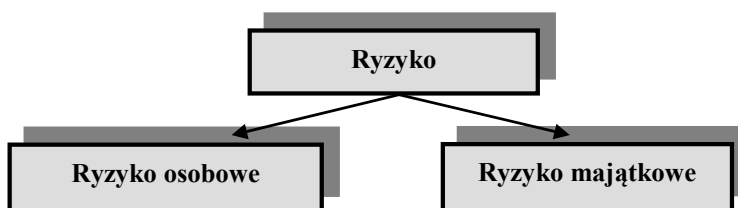
Rysunek 9. Podział ryzyka według kryterium źródła niebezpieczeństwa

Źródło: Opracowanie własne

Biorąc pod uwagę źródła niebezpieczeństwa, ryzyka można podzielić na ryzyka przyrodnicze i społeczne:

- **Ryzyko przyrodnicze** jest to ryzyko kreowane przez samą przyrodę, zwane **ryzykiem elementarnym** (np. ryzyko powodzi, huraganu, czy inne ryzyka związane z działaniem przyrody).
- **Ryzyko społeczne** jest to ryzyko kreowane przez człowieka jako jednostkę bądź społeczeństwo (człowiek jako zbiorowość, np. ryzyko pożaru związane z użytkowaniem przez człowieka energii elektrycznej)²⁴.

Podział ryzyka według kryterium podmiotu ubezpieczenia prezentuje rysunek 10.



Rysunek 10. Podział ryzyka według kryterium podmiotu ubezpieczenia

Źródło: Opracowanie własne

²³ F.H. Knight, *Risk, Uncertainty and...*, dz. cyt.

²⁴ T. Michalski, *Ryzyko w działalności...*, dz. cyt., s. 38.

Głównym kryterium podziału tych ryzyk jest charakter przedmiotu ubezpieczenia narażonego na określone ryzyka. Podział jest więc dokonany ze względu na przedmiot ubezpieczenia²⁵:

- **Ryzyko osobowe** jest to ryzyko, które powoduje uszczerbek w dobrach osobistych, takich jak życie, zdrowie, zdolność do pracy itp. (np. ryzyko dla atrybutów gwiazd filmowych, ryzyko choroby bądź utraty zdrowia).
- **Ryzyko majątkowe** jest to ryzyko, które zaliczamy do tzw. ryzyk pozostałych, tzn. zagrażających dobrom majątkowym (np. ryzyko kradzieży, pożaru itp.).

1.4. Elementy i metody zarządzania ryzykiem

Elementy zarządzania ryzykiem

Proces działalności gospodarczej oraz społecznej (głównie dążenie do maksymalizacji zysku) wymusił potrzebę zajęcia się tzw. „technologią” ryzyk, a więc profesjonalnym, planowym i zorganizowanym diagnozowaniem i przeciwdziałaniem stratom powstającym w wyniku realizacji różnych ryzyk. Mamy więc tu do czynienia z procesem świadomego diagnozowania i sterowania ryzykiem, który jest określanym angielskim terminem *risk management* (proces zarządzania ryzykiem).

Cechą charakterystyczną procedur zarządzania ryzykiem jest to, iż mamy do czynienia z rozłożonym w czasie procesem opanowywania i zarządzania ryzykiem, składającym się z wielu elementów składowych. Elementy te muszą występować w określonej sekwencji czasowej, poczynając od identyfikacji ryzyka poprzez wybór metody, aż do podjęcia decyzji dotyczącej wdrożenia w życie określonego programu zarządzania ryzykiem w konkretnym przypadku. Ich sekwencję czasową można przedstawić następująco:

- identyfikacja ryzyka,
- ocena ryzyka (jakościowa i ilościowa),
- selekcja ryzyka,
- wybór metody zarządzania (kontroli),
- wdrożenie wybranej metody kontroli,
- ocena efektywności zastosowanej metody.

Metody zarządzania ryzykiem

Zarządzanie ryzykiem to metody obchodzenia się z ryzykiem, będące sumą doświadczeń człowieka w tej dziedzinie zdobytych w przeszłości. Zaliczamy do nich²⁶:

- unikanie ryzyka,
- zatrzymanie ryzyka,

²⁵ Tamże, s. 38.

²⁶ T. Michalski, *Ryzyko w działalności...*, dz. cyt., s. 43-44.

- aktywne zatrzymanie ryzyka,
- pasywne (bierne) zatrzymanie ryzyka,
- kontrola ryzyka,
- transfer ryzyka,
- repartycja strat (dystrybucja, dzielenie ryzyka),
- ubezpieczenie ryzyka.

Unikanie ryzyka – jest to indywidualna i świadoma odmowa akceptacji nawet chwilowego ryzyka. Przykładem ilustrującym jednocześnie negatywny charakter tej metody manipulacji jest unikanie ryzyka utonięcia przez niewchodzenie do wody. Takie postępowanie powoduje, że unikamy ryzyka utonięcia, choć nie eliminujemy całkowicie tego ryzyka²⁷.

Zatrzymanie ryzyka – jest jedną z najczęściej spotykanych metod zarządzania ryzykiem. Odwołanie się do tej metody może wynikać z dwu przyczyn:

- w pełni świadomie podjętej decyzji decydenta,
- niewiedzy decydenta dotyczącej danego ryzyka.

Z uwagi na powyższe powody wyróżniamy aktywne zatrzymanie ryzyka oraz pasywne zatrzymanie ryzyka. **Aktywne zatrzymanie ryzyka** występuje, gdy osoba lub firma w pełni świadoma występowania danego ryzyka i jego potencjalnych skutków, podejmuje decyzję o zatrzymaniu go w całości lub części. Mamy wówczas do czynienia z aktywnym zatrzymaniem ryzyka. Aktywne zatrzymanie ryzyka jest to świadoma decyzja o zatrzymaniu ryzyka w części lub w całości (niepłacenie składki, samo ubezpieczenie). Świadomie rezygnuje się z ubezpieczenia lub danej metody transferu ryzyka. **Pasywne zatrzymanie ryzyka** występuje w sytuacji, w której osoba lub firma podejmuje decyzje o zachowaniu danego ryzyka w pełni nieświadomie. Najczęściej bowiem pasywne zatrzymanie ryzyka dotyczy ryzyk o niskiej częstotliwości, których obecność jest niedostrzegana przez osobę zagrożoną (nie dociera do jej świadomości)²⁸.

Kontrola ryzyka to działania podejmowane w celu obniżenia częstości występowania strat oraz ich potencjalnych następstw. W efekcie metoda kontroli ryzyka ogranicza się do dwóch głównych aspektów:

- zapobiegania stratom,
- redukcji strat.

Zapobieganie stratom to wszelkie działania ukierunkowane na obniżenie częstości ich występowania, a tym samym obniżenie prawdopodobieństwa obiektywnego danego ryzyka. Zapobieganie strat polega na tym, że koncentrujemy uwagę przede wszystkim na działaniach utrudniających czy wręcz zapobiegających realizacji danego ryzyka. **Redukcja strat** to działania często mylnie utożsamiane z działaniami prewencyjnymi (zapobiegawczymi). Tymczasem obejmuje ona dzia-

²⁷ Tamże, s. 44.

²⁸ Tamże, s. 45-46.

łania o nieco innym charakterze, podejmowane w celu zmniejszenia wielkości potencjalnych strat, które powstają w wyniku niedoskonałości działań prewencyjnych (zapobiegawczych)²⁹.

Transfer ryzyka jest to przeniesienie ryzyka na inny podmiot z wykorzystaniem mechanizmów prawnych (umowa ubezpieczenia, umowa przechowania, umowa o dozór obiektu) oraz działań o charakterze organizacyjnym czy zabezpieczającym. Często spotykanym w praktyce przykładem transferu ryzyka jest zakup urządzenia technicznego objętego gwarancją producenta³⁰.

Dystrybucja ryzyka jest metodą manipulacji polegającą na **podzieleniu**, czy też bardziej rozłożeniu (dystrybucji) skutków finansowych realizacji danego ryzyka na grupę (między uczestników wspólnego konsorcjum, wspólnego funduszu lub też wspólnego przedsięwzięcia, tzn. *pool*)³¹.

Ubezpieczenie zaliczamy do najbardziej popularnych i praktycznych metod manipulacji ryzykiem. Istota ubezpieczenia, które w literaturze fachowej określane jest jako instrument finansowej kontroli ryzyka, sprowadza się do **transferu** (przeniesienie ryzyka na inny podmiot, zwykle jest to ubezpieczyciel, tj. firma ubezpieczeniowa), jego **dystrybucji** (rozłożenie finansowych skutków danego ryzyka na grupę ubezpieczonych) oraz **kontroli ryzyka**.

Metoda ubezpieczeniowa³² wykazuje liczne wady, zwłaszcza jeśli chodzi o jej zastosowanie w sytuacjach praktycznych. Większość z tych wad powoduje, iż obserwujemy wstrzymywanie się od stosowania metody ubezpieczenia.

Do wad metody ubezpieczeniowej zalicza się:

- nieubezpieczalność niektórych ryzyk,
- ograniczoną pojemność finansową ubezpieczyciela,
- zasadę ograniczonej kompensacji,
- możliwość odmowy ochrony ubezpieczeniowej (brak pewności kompensacji).

Do zalet metody ubezpieczeniowej zalicza się:

- nieograniczoną podaż usług ubezpieczeniowych,
- powszechną dostępność ubezpieczenia dla wszystkich zainteresowanych,
- szybkość kompensacji,
- względną pewność kompensacji uwarunkowaną potencjałem finansowym zakładów ubezpieczeń,
- bezkonfliktowy charakter procedur odszkodowawczych (większość roszczeń załatwiają zakłady ubezpieczeń w trybie niespornym),
- względną taniłość ubezpieczenia (umiarkowana wysokość składek, nieponoszenie przez ubezpieczającego kosztów postępowań likwidacyjnych).

²⁹ Tamże, s. 47.

³⁰ Tamże, s. 48.

³¹ Tamże, s. 49.

³² Tamże, s. 49-50.

Zadania kontrolne

1. Podać definicje ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Zdefiniować faktory ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Podać rodzaje hazardu.
4. Wymienić fazy niebezpieczeństwa.
5. Podać elementy zarządzania ryzykiem.
6. Wymienić metody zarządzania ryzykiem.
7. Podać przykłady hazardu motywacyjnego.

2. ZARZĄDZANIE SELEKCJĄ I OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO (UNDERWRITING)

2.1. Cel, procesy i zasady underwritingu

Underwriting jest procesem selekcji i klasyfikacji wniosków o zawarcie ubezpieczenia. Jest on podstawowym elementem składowym działalności ubezpieczeniowej. Jednym z głównych założeń w taryfowaniu składek jest przyjęcie zasady, że przyszły przebieg szkodowości dla danej grupy ubezpieczeń będzie zbliżony do historycznego przebiegu szkodowości, na podstawie którego wyznaczono stawkę taryfową. W procesie underwritingu powinni być wybrani (wyselekcjonowani) ci potencjalni ubezpieczeni, których rzeczywisty przebieg szkodowości nie będzie gorszy niż założony w zasadach taryfowych. W przypadku pojawienia się sygnałów o możliwości wystąpienia antyselekcji underwriter może wykorzystać, oprócz zakwalifikowania do wyższej klasy taryfowej, również inne środki, np. dodanie do umowy ubezpieczenia dodatkowych warunków (zapisów) zabezpieczających. Chodzi wyłącznie o wybranie takich ryzyk, których szkodowość nie będzie wyższa niż przyjęta w podstawach kalkulacyjnych taryf składek, tzn. szkody faktyczne nie powinny być wyższe od oczekiwanych.

Celem underwritingu jest zapewnienie właściwego wolumenu ryzyk w każdej klasie taryfowej, tak aby można było uzyskać zgodnie z prawem wielkich liczb wystarczającą dokładność przewidywania liczby i wielkości szkód. Ważnym celem underwritingu jest również uniknięcie kumulacji ryzyk, która może być przyczyną szkód katastroficznych.

Z biznesowego punktu widzenia podstawowym celem underwritingu jest zapewnienie opłacalności działalności ubezpieczeniowej, tj. generowanie dodatniego wyniku technicznego. Powinno się dążyć do selekcji (wyboru) takich typów wniosków, które czynią portfel zyskownym, a odrzucać te, które nie spełniają tego warunku.

Procesy i zasady underwritingu

Underwriting zawiera dwa elementy, tj. selekcję i klasyfikację. **Selekcja** jest procesem oceny wniosków w celu określenia stopnia niebezpieczeństwa (zagrożenia) ryzyka zgłoszonego do ubezpieczenia. **Klasyfikacja** jest procesem przydziału ubezpieczonego, a także przedmiotu ubezpieczenia) do grupy jednostek w przybliżeniu o tych samych prawdopodobieństwach oczekiwanej szkody.

Podstawową zasadą selekcji jest dokonywanie wyboru potencjalnych ubezpieczonych zgodnie ze standardami przyjętymi w zakładzie ubezpieczeń. Ważnym elementem w procesie selekcji ryzyk jest wykrycie ryzyk szczególnie niebezpiecznych i dużych. Wymagają one dodatkowej uwagi ze względów bezpieczeństwa bądź innych warunków, np. ze względu na reasekurację czy politykę underwritingową zakładu ubezpieczeń.

Klasyfikacja taryf (i ubezpieczonych) jest związana z problemami identyfikacji kategorii ryzyk oraz określania rozkładów częstości i wielkości oczekiwanych szkód. Za **kryteria klasyfikacji** przyjmuje się te czynniki, które najsilniej wpływają na częstość i rozmiar tych szkód. Powinny one mieć: związek przyczynowy z zagrożeniem szkodowym, zapewniać homogeniczność ryzyk wewnątrz klasy, posiadać wartość motywacyjną dla ubezpieczonego w celu kontroli szkód, zapewniać właściwy rozmiar przedziału klasy, być praktyczne. Następnym krokiem jest **zebranie ryzyk w klasy** (portfele ubezpieczeń) i **wyznaczenie wartości taryf uśrednionych** dla każdej klasy na podstawie statystycznych przebiegów szkodowości oraz innych charakterystyk. Wewnątrz każdej klasy taryfowej powinna występować właściwa równowaga. Oznacza to, że ryzyka gorsze (bardziej szkodowe) powinny być kompensowane przez ryzyka lepsze (mniej szkodowe), a składka dla grupy jako całości powinna wystarczyć na wypłatę wszystkich świadczeń i innych wydatków (wszyscy ubezpieczeni w tej samej klasie taryfowej odprowadzają składkę wg tej samej stawki przeciętnej, jednolitej dla danej klasy).

W stosowaniu underwritingu powinna być też spełniona **zasada sprawiedliwej stawki między ubezpieczającymi i między grupami ubezpieczających z poszczególnych klas**. Jedna grupa ubezpieczonych nie powinna nadmiernie subsydiować drugiej grupy. W dłuższym okresie zbyt duże subsydiowanie jednych ubezpieczających (grup ubezpieczających) przez drugich w warunkach konkurencji prowadziłyby do przejścia tych lepszych (ryzyk) do konkurencyjnego zakładu ubezpieczeń, oferującego niższe stawki³³.

2.2. Etapy underwritingu

W procesie underwritingu występuje wiele etapów w zależności od charakteru ubezpieczeń, grup ubezpieczeń czy działów ubezpieczeń. Pojawia się wyraźne rozróżnienie underwritingu w ubezpieczeniach *non-life* od underwritingu w ubezpieczeniach na życie. Niemniej istnieje wiele podobieństw, co pozwala określić **siedem podstawowych etapów underwritingu**³⁴:

³³ Por. K. Ortyński, *Zarządzanie selekcją i oceną ryzyka ubezpieczeniowego (underwriting)*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 3 – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 147-151.

³⁴ Tamże, s. 154.

- identyfikacja ryzyk,
- określenie zakresu pokrycia,
- oszacowanie ryzyk,
- taryfowanie lub odrzucenie oferty ubezpieczenia,
- określenie MLP (maksymalnej prawdopodobnej szkody),
- określenie zapotrzebowania na reasekurację,
- kwotacja składki i zawarcie umowy ubezpieczenia.

Identyfikacja ryzyka – w celu identyfikacji i oszacowania ryzyk można skorzystać z takich źródeł informacji, jak³⁵:

- wnioski o zawarcie ubezpieczenia przedłożone w ofercie ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- dodatkowe informacje od agenta czy brokera, dodatkowe raporty specjalnych firm, informacje od podmiotów współpracujących z zakładem ubezpieczeń, specjalne badania i opisy, np. w ubezpieczeniach na życie – przebieg leczenia w placówkach leczniczych, w ubezpieczeniach majątkowych – raporty inspekcji na miejscu nieruchomości, obiektów.

Zakres pokrycia – w tym etapie przedmiotem analizy są propozycje klienta co do zakresu ubezpieczenia (przedmiotu ubezpieczenia, rodzaju niebezpieczeństw)³⁶.

Oszacowanie ryzyk – w etapie tym następuje określenie, które ryzyka należą do grypy **ryzyk czystych**, tj. ubezpieczalnych, a które do **ryzyk spekulatywnych**. W przypadku tych ostatnich tylko niektóre z nich mogą być rozważane jako możliwe do zaakceptowania w ubezpieczeniu. Następnym zadaniem jest sprawdzenie, czy wszystkie ryzyka są znane, czy ryzyka nie są zbyt duże i czy dla niektórych należy odmówić pokrycia lub je ograniczyć. Dalej wymagane jest zbadanie, czy informacja o ryzykach jest wystarczająca, czy dostępne są statystyki o nich, jakie informacje techniczne czy medyczne są dostępne, kto jest ekspertem w tej dziedzinie, czy ryzyka wymagają regularnych inspekcji³⁷.

Taryfowanie – etap taryfowania to przyporządkowanie ryzyka (ryzyk) do bazowej (standardowej) klasy taryfowej i wyznaczenie indywidualnej stawki taryfowej. Odnosi się to do ubezpieczeń nowych i wznawianych (odnawianych)³⁸.

Badanie MPL (maksymalnej prawdopodobnej szkody) – maksymalna prawdopodobna szkoda to wartość dóbr, które mogą ulec zniszczeniu w jednym zdarzeniu w ramach zdefiniowanej strefy zagrożenia, gdzie się znajdują³⁹. W wyznaczaniu MPL przyjmuje się założenie, że szkoda całkowita nie wystąpi i stąd wielkość MPL jest mniejsza niż wartość obiektu⁴⁰.

³⁵ Tamże, s. 155.

³⁶ Tamże, s. 157.

³⁷ Tamże, s. 157.

³⁸ Tamże, s. 158-159.

³⁹ P. Jedynak, *Ubezpieczenia gospodarcze. Wybrane elementy teorii i praktyki*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2001, s. 127.

⁴⁰ Por. K. Ortyński, *Zarządzanie selekcją...*, dz. cyt., s. 160.

Zapotrzebowanie na reasekurację – bez reasekuracji ubezpieczenia o dużej wartości mogłyby być zawierane albo w ramach koasekuracji z innymi zakładami ubezpieczeń, albo nie ubezpieczałyby się ich w ogóle. Nieprzyjmowanie dużych ryzyk tworzyłoby nienajlepszy wizerunek zakładu ubezpieczeń w oczach klientów. Dzięki reasekuracji zakład ubezpieczeń może ubezpieczać duże (powyżej zachowka własnego), pojedyncze ryzyka w pełnej wysokości. Duża dostępność do reasekuracji może skutkować liberalnym underwritingiem⁴¹.

Kwotacja składki i zawarcie umowy ubezpieczenia – jest to etap końcowy procesu underwritingu. Dokonuje się w nim przeglądu wszystkich istotnych elementów underwritingu w celu wyznaczenia końcowej kwoty składki, takich jak: zakres pokrycia, okres ubezpieczenia, franszyza (udział własny), stawka taryfowa, reasekuracja, ograniczenia bądź wyłączenia, postanowienia lub inne uwagi.

Umowa ubezpieczenia – jest zawierana zazwyczaj w formie pisemnej. Umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, np. polisy ubezpieczeniowej. Ubezpieczający powinien otrzymać również ogólne warunki ubezpieczenia⁴².

2.3. Rodzaje underwritingu

Underwriting w ubezpieczeniach życiowych

W ubezpieczeniach na życie umowy są zawierane (z reguły) na wiele, nawet kilkadziesiąt lat, a zakład ubezpieczeń nie może ich jednostronnie ani zmienić, ani wypowiedzieć. Underwriting w tego rodzaju ubezpieczeniach nabiera więc szczególnego znaczenia; inaczej niż w ubezpieczeniach *non-life*, gdzie występują wznowienia i można dostosowywać decyzje do zmieniających się przebiegów szkodowości.

Istotną cechą underwritingu w ubezpieczeniach na życie jest koncepcja grupy standardowej (ze standardową stawką dla przeciętnej w tej grupie umieralności), będącej punktem odniesienia dla grup poniżej standardu. Głównymi argumentami przemawiającymi za tą koncepcją są: potrzeba dostatecznie dużej, stabilnej grupy ubezpieczonych o dającym się przewidzieć przebiegu umieralności oraz konieczność minimalizacji kosztów administracyjnych. Nadmierne jej zawężenie skutkowałoby dużą liczbą odmów i wzrostem kosztów administracyjnych, a rozszerzenie ograniczone jest zasadą sprawiedliwej stawki oraz konkurencją. Jednakże współczesne trendy wymieralności palących (wyroby tytoniowe) i niepalących wyraźnie pokazują na wyższą umieralność palących. W procesie selekcji i klasyfikacji wniosków bada się i analizuje główne czynniki oddziałujące na oczekiwaną umieralność potencjalnych ubezpieczonych.

⁴¹ Tamże, s. 160-161.

⁴² Tamże, s. 161.

Do głównych czynników kształtujących wymieralność należą: wiek, płeć, czynniki medyczne, styl życia, zawód oraz sposób spędzania wolnego czasu. Do czynników medycznych zalicza się: warunki fizyczne ubezpieczonego, obciążenia zdrowotne oraz obciążenia rodzinne. Spośród istotnych czynników stylu życia wpływających na umieralność wyróżnia się: strukturę żywienia, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu oraz używanie narkotyków. Ryzyko wykonywania zawodu odnosi się do zawodów niebezpiecznych, np. kierowcy wyścigowi, kaskaderzy itd. oraz piloci samolotów wojskowych, oblatywacze samolotów, a także pełniący służbę wojskową podczas konfliktu zbrojnego. Oprócz wykonywania samego zawodu ważne jest również **środowisko społeczne** (nadużywanie alkoholu czy narkotyków, przemoc itp.) i warunki pracy (kontakt z chemikaliami lub innymi materiałami niebezpiecznymi dla zdrowia, pomieszczenie itp.) potencjalnego ubezpieczonego⁴³.

Underwriting finansowy

Underwriting finansowy bada zasadność wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku, biorąc pod uwagę całkowitą sumę ubezpieczenia ze wszystkich czynnych ubezpieczeń na życie oraz innych na tle pozycji i możliwości finansowych potencjalnego ubezpieczonego (ubezpieczającego). Określa się również powód złożenia wniosku. Przedmiotem badania są trzy grupy pokryć:

- dotyczące zabezpieczenia finansowego osoby ubezpieczonej,
- transakcji pożyczkowych,
- firmy w zakresie kluczowych ludzi.

Zabezpieczenie osoby ubezpieczonej w formie ubezpieczeniowych inwestycji (oszczędności) ma na celu zabezpieczenie na starość lub zabezpieczenie osób będących na jej utrzymaniu na wypadek jej przedwczesnej śmierci. Głównym przedmiotem analiz jest ta część dochodu potencjalnego ubezpieczonego, którą będzie musiał przeznaczyć na opłacenie składki ubezpieczeniowej. Drugi typ pokrycia jest zapewnieniem bezpieczeństwa głównie pożyczek. Najpowszechniejszą formą pokrycia jest tutaj ubezpieczenie kredytu hipotecznego, który staje się wymagalny na wypadek zgonu kredytobiorcy. Przedmiotem analiz powinno być również badanie relacji składki do dochodu, a także stopy oprocentowania kredytu, rat spłaty oraz umowy kredytowej. Trzeci typ pokrycia jest zabezpieczeniem przedsiębiorstw na wypadek utraty kluczowych osób wskutek ich zgonu. Podobnie jak w poprzednich typach pokrycia ważne jest określenie zależności między składkami a dochodem netto firmy oraz wykluczenie możliwości wystąpienia finansowej antyselekcji⁴⁴.

⁴³ Tamże, s. 161-164.

⁴⁴ Tamże, s. 169-170.

Underwriting w ubezpieczeniach *non-life*

Ubezpieczenia *non-life* (tj. ubezpieczenia majątkowe i osobowe niebędące życiowymi) są z reguły ubezpieczeniami rocznymi lub krótkoterminowymi, względnie wieloletnimi, ale z możliwością wcześniejszego rozwiązania umowy, przy czym okres, w którym wypowiedzenie umowy nie jest możliwe, nie może być dłuższy niż dwa lata.

Zadania kontrolne

1. Zdefiniować underwriting ubezpieczeniowy.
2. Podać procesy występujące w underwritingu.
3. Wymienić zasady underwritingu.
4. Wymienić rodzaje underwritingu.
5. Podać kryteria klasyfikacji w underwritingu.
6. Podać etapy underwritingu.

3. WPROWADZENIE DO TEORII UBEZPIECZEŃ

3.1. Definicja pojęć ubezpieczeniowych

Ubezpieczenie jest pojęciem interdyscyplinarnym, które swoim zakresem obejmuje zagadnienia finansowe, prawne oraz polityki społecznej państwa. Stąd podanie uniwersalnej definicji ubezpieczeń jest – moim zdaniem – niemożliwe. Dlatego podam poniżej kilka różnych definicji tego pojęcia w zależności od dyscypliny naukowej, która je określa.

Ubezpieczenie jest urządzeniem gospodarczym, które z jednej strony na podstawie umowy i dzięki opłacie składki pozwala zakładowi ubezpieczeń przyjąć na siebie, a ubezpieczającemu przekazać do zakładu ryzyko negatywnych, ekonomicznych skutków określonego zdarzenia losowego; z drugiej – na podstawie metod oceny ryzyka pozwala selekcjonować i gromadzić ryzyka przez zakład ubezpieczeń i jednocześnie gromadzić składki, w sposób i w skali pozwalającej co najmniej pokryć przyrzeczone świadczenia z tytułu wypadków ubezpieczeniowych oraz koszty funkcjonowania zakładu⁴⁵.

Ubezpieczenie możemy potraktować jako jedną z dostępnych metod zarządzania ryzykiem, która tym się charakteryzuje, że jest w istocie kombinacją wszystkich pozostałych metod. Łączy bowiem w sobie zarówno element zatrzymania ryzyka (np. zw. udział własny ubezpieczającego), jego transferu (przeniesienia ryzyka na ubezpieczyciela), dyspersji (rozproszenia), czyli repartycji ryzyka na wspólnotę ubezpieczonych, czy wreszcie kontroli i prewencji⁴⁶.

W **aspekcie ekonomicznym** ubezpieczenie jest definiowane jako „urządzenie gospodarcze zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają”⁴⁷.

Z **punktu widzenia organizacyjno-finansowego** ubezpieczenie stanowi „formę organizacji scentralizowanego (...) funduszu ubezpieczeniowego, ze źródeł zdecentralizowanych, tj. z wpłat wnoszonych na ten fundusz przez jego uczestników”⁴⁸.

⁴⁵ B. Hadyniak, *Ubezpieczenia jako urządzenie gospodarcze*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 56-57.

⁴⁶ E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka...*, dz. cyt., s. 52.

⁴⁷ Zob. J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Wydawnictwo Prawnicze LEX, Warszawa 1948, s. 10.

⁴⁸ Zob. W.K. Rajcher, *Spoleczno-historyczne typy ubezpieczeń*, Warszawa 1951, s. 34.

Natomiast w **aspekcie prawnym** ubezpieczenie można zdefiniować jako wiążący ubezpieczyciela z ubezpieczającym stosunek prawny, na podstawie którego ubezpieczyciel zobowiązuje się, w razie nastąpienia określonego zdarzenia losowego, do wypłacenia odszkodowania lub innego świadczenia pieniężnego, ubezpieczający zaś obowiązany jest do uiszczenia ubezpieczycielowi określonej kwoty pieniężnej tytułem składki ubezpieczeniowej⁴⁹.

Inna definicja ubezpieczenia twierdzi, że **ubezpieczenie** jest urządzeniem gospodarczym, którego nadrzędnym zadaniem jest łagodzenie (lub w pełni likwidowanie) negatywnych skutków zdarzeń losowych poprzez rozłożenie tego ciężaru na wiele jednostek, którym dane zdarzenia zagrażają⁵⁰.

Istnieje pięć niezbędnych elementów ubezpieczenia:

- ubezpieczający ma interes, który jest ubezpieczalny,
- interes ubezpieczającego jest zagrożony przez możliwość nastąpienia pewnych zdarzeń losowych,
- ubezpieczyciel bierze na siebie ryzyko straty,
- asumpcja (przyjęcie) ryzyka przez ubezpieczyciela jest częścią programu rozkładania rzeczywistych strat na większą grupę podmiotów zagrożonych podobnym ryzykiem,
- ubezpieczający płaci składkę do ogólnego funduszu ubezpieczeniowego.

Według innej definicji **ubezpieczenie** jest metodą zarządzania ryzykiem poprzez transfer ryzyka z jednostki – w drodze umowy – na wyspecjalizowany podmiot (zakład ubezpieczeń), który organizuje dystrybucję tego ryzyka pomiędzy większą liczbę podmiotów, którym podobne ryzyko zagraża. Organizacja ta polega na stworzeniu scentralizowanego funduszu z wpłat odpowiednio dużej grupy podmiotów (składek ubezpieczeniowych) i pokrywaniu z niego strat doznanych przez wpłacających. Wysokość tych wpłat zakład ubezpieczeń tak kalkuluje na własne ryzyko, aby zapewnić pokrycie ewentualnych strat grupie, jak i stosowne wynagrodzenie dla siebie⁵¹.

Ubezpieczenia charakteryzują się specyficznymi pojęciami, których określenia zaprezentowano poniżej. Należy do nich między innymi: składka ubezpieczeniowa, zakład ubezpieczeń, działalność ubezpieczeniowa, ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony, wypadek ubezpieczeniowy itd.

Składka ubezpieczeniowa jest to świadczenie pieniężne realizowane przez ubezpieczającego na rzecz zakładu ubezpieczeń w zamian za ochronę ubezpieczeniową⁵².

⁴⁹ Zob. W. Warkało, W. Marek, W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeniowe*, PWN, Warszawa 1983, s. 165.

⁵⁰ Zob. J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 55.

⁵¹ Tamże, s. 34-37.

⁵² B. Hadyniak, *Ubezpieczenia jako urządzenie...*, dz. cyt., s. 57.

Świadczenie ubezpieczeniowe jest to wypłata, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, do której ubezpieczyciel jest zobowiązany w przypadku zajścia zdarzenia losowego określonego w umowie ubezpieczeniowej (wypadku ubezpieczeniowego). Gdy świadczenie służy kompensacie strat majątkowych, najczęściej jest nazywane odszkodowaniem. Zadaniem świadczenia jest finansowa kompensata (całkowita lub częściowa) strat w mieniu, utraty praw, szkód osobistych lub braków finansowych. Świadczenie z zasady nie może przekraczać poniesionych strat, czyli przekraczać kwot wynikających z interesu ubezpieczeniowego⁵³.

Zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) jest podmiotem prowadzącym działalność ubezpieczeniową, na podstawie zezwolenia, będącą działalnością gospodarczą prowadzoną dla zysku lub bezdochodowo (*non-profit*).

Działalność ubezpieczeniowa jest to działalność prowadzona na podstawie zezwolenia, przez zakład ubezpieczeń, która polega na zobowiązaniu się zakładu (w umowie ubezpieczenia) do udzielenia, w zamian za składkę, ochrony ubezpieczeniowej, polegającej na wypłacaniu przez zakład świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń oraz ubezpieczającego wiąże stosunek ubezpieczenia. Ubezpieczający jest stroną umowy ubezpieczeniowej.

Ubezpieczający jest to osoba, która zawiera z zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia i zobowiązana jest do płacenia składki ubezpieczeniowej⁵⁴.

Ubezpieczony jest to osoba, której mienie albo życie, albo zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia⁵⁵.

Uprawniony – w ubezpieczeniach na wypadek śmierci – jest to osoba wskazana (przez ubezpieczonego) jako uprawniona do pobrania sumy ubezpieczenia, zwyczajowo nazywana jest „uposażonym” lub „beneficjentem”⁵⁶.

Przedmiot ubezpieczenia jest to interes ubezpieczeniowy chroniony w ramach stosunku ubezpieczenia.

Interes ubezpieczeniowy jest to „rodzaj finansowego interesu”, który jednostka musi posiadać, aby mieć prawo do świadczenia. Jednostka ma interes ubezpieczeniowy, jeśli zajście wypadku ubezpieczeniowego może powodować np. stratę finansową lub szkodę osobistą. Z interesem ubezpieczeniowym wiąże się pojęcie wypadku ubezpieczeniowego, którego pojawienie się rodzi prawo do realizacji świadczeń do wysokości interesu ubezpieczeniowego.

⁵³ Tamże, s. 56.

⁵⁴ Tamże, s. 57-58.

⁵⁵ Tamże, s. 58.

⁵⁶ Tamże, s. 58.

Wypadek ubezpieczeniowy (zdarzenie ubezpieczeniowe) jest zdarzeniem losowym, które jest określone w umowie ubezpieczeniowej jako to, którego pojawienie się rodzi prawo do uzyskania świadczenia od zakładu ubezpieczeń⁵⁷.

Do częściej używanych w życiu codziennym terminów ubezpieczeniowych należy termin „szkoda”.

Przez pojęcie **szkody**, w prawie cywilnym, rozumie się wszelki uszczerbek, jakiego doznaje majątek poszkodowanego, przy czym uszczerbek ten może wystąpić w postaci straty, tj. rzeczywistego uszczuplenia majątku poszkodowanego oraz w postaci utraty korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby szkoda nie wystąpiła⁵⁸.

3.2. Funkcje ubezpieczeń

Funkcje kategorii ekonomicznej to przejaw przede wszystkim jej istoty w działaniu, czyli wywieranie społecznego przeznaczenia danej kategorii ekonomicznej. Funkcje ubezpieczeń to formy przejawiania się ich społecznego przeznaczenia uwarunkowane ich istotą.

Funkcje ubezpieczeń są analogiczne do funkcji finansów ze względu na istotę ubezpieczeń. Do zasadniczych funkcji finansów, a więc również ubezpieczeń, zaliczamy funkcje:

- rozdzielczą,
- kontrolną,
- redystrybucyjną,
- akumulacji środków finansowych (akumulacji kapitałowej),
- stymulacyjną,
- fiskalną,
- interwencyjną,
- bodźcową,
- stabilizacyjną.

Do najczęściej wymienianych w literaturze przedmiotu funkcji finansów zaliczamy funkcje: redystrybucyjną, alokacyjną i stabilizacyjną⁵⁹. Poza tymi klasycznymi funkcjami finansów, w ubezpieczeniach występują funkcje specyficzne, takie jak: ochrony ubezpieczeniowej (ochronna), prewencyjna i finansowa (zarobkowego inwestowania finansowego).

W literaturze łączy się niekiedy funkcje ubezpieczeń z poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń. Na przykład ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za produkt przypisuje się dwie funkcje zasadnicze: 1) kompensacyjną oraz 2) ochrony

⁵⁷ Tamże, s. 60.

⁵⁸ J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 89.

⁵⁹ Zob. E. Denek, J. Sobiech, J. Wolniak, J. Wierzbicki, *Finanse publiczne*, PWN, Warszawa 1995, s. 24-26.

interesu majątkowego producenta, a ponadto funkcje dodatkowe: 3) funkcję stymulowania rozwoju, 4) funkcję ochrony prawnej, 5) funkcję racjonalizacji finansowej, 6) funkcję katalizatora restytucji szkód, 7) funkcję edukacyjną oraz 8) funkcję prewencyjną.

Natomiast, mając na uwadze istniejące klasyfikacje tych funkcji, uzasadnione wydaje się wyodrębnienie w klasycznym ujęciu ubezpieczeń⁶⁰:

- funkcji ochrony ubezpieczeniowej,
- funkcji prewencyjnej,
- funkcji akumulacji kapitałowej.

Funkcja ochrony ubezpieczeniowej

Funkcja ta polega na finansowym kompensowaniu powstałych szkód, a więc na wypłaceniu określonej kwoty odszkodowania lub świadczenia⁶¹.

Funkcja prewencyjna

Funkcja ta polega na działalności zapobiegawczej ubezpieczeń (poprzez określone narzędzia promocji), polegającej na stwarzaniu warunków zmierzających do ograniczenia szkód i możliwości ich wystąpienia⁶².

Funkcja akumulacji kapitałowej

Funkcja akumulacji kapitałowej ubezpieczeń gospodarczych koncentruje w sobie zarówno istotę (strona techniczna), jak i treści ekonomiczne instytucji ubezpieczeń. Techniczna strona działalności ubezpieczeniowej to nie tylko repartycja finansowych skutków zdarzeń losowych w ramach wspólnot niebezpieczeństwa, ale również konieczność tworzenia określonych rezerw, które umożliwiają realizację funkcji ochrony ubezpieczeniowej. Z ekonomicznego punktu widzenia akumulacja jest związana nie z całą składką ubezpieczeniową, ale jedynie z tą jej częścią, która jest zbędna z punktu widzenia bieżących potrzeb finansowych zakładu ubezpieczeń⁶³.

Funkcja redystrybucyjna

Funkcja ta polega na korygowaniu dochodów ubezpieczonych realizowanych w przypadku zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia. Korygowanie dochodów realizuje się poprzez transfer środków (odszkodowań i świadczeń), kształtując w ten sposób fundusze ubezpieczonych⁶⁴.

⁶⁰ Zob. J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 75-78.

⁶¹ Tamże, s. 81-83.

⁶² Tamże, s. 96-99.

⁶³ Tamże, s. 103.

⁶⁴ Zob. B. Hadyniak, *Ubezpieczenia jako urządzenie...*, dz. cyt., s. 68-69.

Funkcja alokacyjna

Funkcja ta oznacza, że zakłady ubezpieczeń za pomocą przepływów pieniężnych w postaci składek i wydatków w postaci odszkodowań i świadczeń mogą wpływać na alokację zasobów w gospodarce. Przepływy te kształtują podział dostępnych zasobów między ubezpieczyciela a ubezpieczonych.

Funkcja stabilizacyjna

Funkcja ta, zwana też funkcją wyrównawczą, polega na wykorzystaniu składek oraz odszkodowań i świadczeń do oddziaływania na sytuację społeczno-gospodarczą ubezpieczonych i dąży do przywrócenia naruszonej równowagi, przeciwdziałania załamaniom finansowym osób poszkodowanych.

Funkcja społeczna

Funkcja ta polega na tworzeniu bezpieczeństwa, stabilizowania warunków działania podmiotów gospodarczych i gospodarstw domowych.

Funkcja ekonomiczna

Funkcja ta polega na umożliwieniu zachowania ciągłości działalności gospodarczej i zapewnieniu bytu ubezpieczonym i ich rodzinom przez minimalizację konsekwencji szkód losowych⁶⁵.

Funkcja wychowawcza

Funkcja ta polega na kształtowaniu takich postaw i zachowań ubezpieczonych, które poprawiałyby ich bezpieczeństwo oraz bezpieczeństwo posiadanego przez nich mienia.

Funkcja fiskalna

Funkcja ta polegająca na dostarczaniu państwu i innym podmiotom publicznym dochodów, jest realizowana w odniesieniu do ubezpieczeń przez obowiązujący system podatkowy.

Funkcja interwencyjna (stymulacyjna)

Funkcja ta polega na stwarzaniu przez ubezpieczenia bodźców zmierzających do polepszenia ryzyka, a więc zmniejszenia stopnia zagrożenia ubezpieczonego przedmiotu. Inaczej mówiąc, ubezpieczenia mogą być wykorzystane jako narzędzie skłaniające ubezpieczających do większej dbałości o ubezpieczone przedmioty, np. przez stosowanie bonifikat przy opłacaniu składek z tytułu bezwypadkowej jazdy ubezpieczonym samochodem.

⁶⁵ Zob. K. Kopeć, E. Wanat-Połeć, *Rola ubezpieczeń w systemie finansowym państwa*, „Prawo Asekuracyjne” 1996, nr 8, s. 6.

Funkcja kontrolna

Funkcja ta sprowadza się do kontrolowania bezpieczeństwa, jakie ubezpieczający zapewnia ubezpieczanemu mieniu. W literaturze jest prezentowany również pogląd, że realizacja funkcji kontrolnej polega na tym, iż na podstawie obserwacji zjawisk finansowych w obszarze działalności ubezpieczeniowej można wnioskować o przebiegu realnych (rzeczowych) procesów gospodarczych. Wyrazem kontrolnej funkcji systemu ubezpieczeń jest też weryfikacja wartości ubezpieczonego majątku. Umożliwia ona konfrontację danych z tego zakresu ze stanem faktycznym, służąc niekiedy innym celom.

W nowszej literaturze przedmiotu istnieją różne katalogi i hierarchie funkcji ubezpieczeniowych. Na przykład według M. Lemkowskiej wyróżnia się trzy podstawowe funkcje (grupy funkcji) ubezpieczeń gospodarczych:

- funkcję ochrony ubezpieczeniowej,
- prewencji ubezpieczeniowej,
- funkcje finansowe.

Pozostają one w silnej relacji wzajemnie determinującej ich zasięg. Funkcja ochrony ubezpieczeniowej pozostaje bezwzględnie funkcją nadrzędną wobec pozostałych wymienionych i nie ma wątpliwości co do jej pierwotnego znaczenia wobec kompensacji ubezpieczeniowej. Ta druga realizuje się tylko warunkowo, w sytuacji materializacji ryzyka, tj. zaistnienia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego. W ujęciu społecznym kompensacja ma za zadanie naprawę szkód ubezpieczeniowych, a zatem stabilizację uwarunkowań społeczno-gospodarczych po realizacji zdarzeń losowych. Ochrona ubezpieczeniowa, obok kompensacji, generuje dodatkowe efekty społeczno-gospodarcze, w tym przede wszystkim stymuluje podejmowanie określonych aktywności wspierających rozwój gospodarczy w dwójnasób. Po pierwsze, gwarancja ochrony eliminuje barierę zbyt dużego ryzyka w procesie decyzyjnym podmiotów gospodarujących. Po drugie, podaż ochrony ubezpieczeniowej i jej wycena są informacjami o wielkości ryzyka dostarczonymi przez podmiot profesjonalny z zakresu zarządzania ryzykiem, tj. zakład ubezpieczeń. Tym samym dostępność ochrony ubezpieczeniowej lub – przeciwnie – jej brak (ograniczony np. zbyt wysoką ceną) może determinować rodzaje podejmowanych przez podmioty gospodarcze działań.

Ubezpieczyciele, jako podmioty istotnie zainteresowane poziomem materializacji ryzyka i w konsekwencji wysokością wypłacanych świadczeń, mogą podejmować i podejmują działania prewencyjne o charakterze ogólnym, zarówno na poziomie świadomościowym (społeczna kampania informacyjna), jak i faktycznym (np. współfinansowanie stacji meteorologicznych). Szczególne znaczenie prewencji ubezpieczeniowej zasadza się jednak na działaniach u źródła, które modyfikują indywidualną aktywność samych podmiotów ryzyka (ubezpieczonych). Potencjał kierunkowego stymulowania aktywności ubezpieczonych i poszukujących ochrony nie wyczerpuje jednak zakresu wpływu ubezpieczycieli na rzeczywistość gospodarczą. Późniejsze

w stosunku do wypracowania koncepcji ochrony ubezpieczeniowej, ale nie mniej istotne, jest spojrzenie na ubezpieczenia przez pryzmat ich funkcji kapitałowych. Ubezpieczyciele, jako instytucje finansowe (inwestorzy instytucjonalni, instytucje pośrednictwa finansowego), kontrolują ogrom realizowanych na rynkach przepływów finansowych. Wolumen inwestycji ubezpieczycieli, przerastający nawet wyniki sektora bankowego, czyni ubezpieczycieli jednymi z największych kreatorów podaży kapitałów. Poprzez świadome kierowanie strumienia kapitałów mogą oni determinować rozwój określonych sektorów gospodarki o tyle, o ile ich inwestycje pozostaną rentowne, bezpieczne i płynne w zakresie, w jakim wymagają tego regulacje prawne⁶⁶.

Natomiast według R. Pietronia istnieje określony katalog funkcji ubezpieczeń, a mianowicie:

a) funkcja ochrony ubezpieczeniowej:

- funkcja kompensacyjna (finansowa ochrona ubezpieczającego: wypłata świadczenia lub odszkodowania),
- funkcja gotowości do pokrycia szkody (utrzymywanie przez zakład ubezpieczeń w czasie trwania stosunku ubezpieczenia);

b) funkcja prewencyjna:

- funkcja prewencji materialnej (finansowanie przez zakład ubezpieczeń przedsięwzięć prewencyjnych),
- funkcja prewencji niematerialnej (działalność zmierzająca do zmniejszenia szkód losowych poprzez instrumenty systemu *bonus – malus*, instytucji udziału własnego, ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, regresu oraz instrumenty legislacyjne);

c) funkcja finansowa:

- akumulacyjna i redystrybucyjna (kumulowanie i proporcjonalne rozdzielanie środków finansowych pomiędzy adresatów),
- fiskalna (dostarczanie państwu i innym podmiotom publicznym dochodów w postaci płaconych podatków),
- lokacyjna (inwestowanie chwilowo wolnych środków finansowych zgromadzonych przez zakłady ubezpieczeń w różne instrumenty finansowe, np. akcje, obligacje, lokaty bankowe, w celu osiągnięcia dodatkowych dochodów),
- interwencyjna (stymulacyjna) (stworzenie bodźców zmierzających do polepszenia ryzyka, zmniejszenia zagrożenia ubezpieczonego, skłonienie ubezpieczonego do większej dbałości o przedmiot oraz stymulowanie rozwoju nowych dziedzin gospodarki poprzez postęp naukowo-techniczny),
- kontrolna (kontrola postępowania ubezpieczającego z przedmiotem ubezpieczenia oraz weryfikacja wartości przedmiotu ubezpieczenia);

⁶⁶ M. Lemkowska, *Funkcje ubezpieczeń gospodarczych a zrównoważony rozwój*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2020, nr 2, s. 50-51.

d) funkcja wychowawcza:

- przewidywania przyszłych zdarzeń (przezorność, umiejętności przewidywania skutków działań),
- oszczędności (kształtowania umiejętności oszczędzania – odkładania konsumpcji),
- wspólnoty niebezpieczeństwa (zasada: „jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”).

Z tego katalogu wyodrębnia się 3 podstawowe funkcje ubezpieczeń⁶⁷:

- 1) ochrona ubezpieczeniowa,
- 2) akumulacja kapitałowa,
- 3) prewencja.

3.3. Zasady ubezpieczeń

Formułowane w teorii i odczuwane w praktyce zasady ubezpieczeń są ściśle związane z ich funkcjami w ten sposób, że w im większym stopniu będą one przestrzegane, tym lepiej spełniane będą zadania stawiane przed ubezpieczeniami, a więc lepiej realizowane będą funkcje ubezpieczeń. Zasady te określają pewne charakterystyczne cechy ochrony ubezpieczeniowej, dzięki którym może ona należycie funkcjonować na miarę stawianych jej różnorodnych zadań⁶⁸. Zasady są więc wtórne względem funkcji ubezpieczeń. Przez pojęcie **zasad ubezpieczeń gospodarczych** rozumieć należy określone wymagania, jakie stawiane są świadczonym usługom ubezpieczeniowym.

Podobnie jak w przypadku funkcji, można formułować różne i liczne zasady ubezpieczeń, jednak ani w teorii, ani w praktyce nie kwestionuje się trzech z nich, a mianowicie: **realności** (pewności), **pełności** oraz **powszechności** ochrony ubezpieczeniowej. Niekiedy wymienia się również zasadę **szybkości wypłaty** odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych⁶⁹.

Na pojęcie **realności** ochrony ubezpieczeniowej (zasada realności) składają się gwarancje prawne i ekonomiczne otrzymania odszkodowania lub świadczenia ubezpieczeniowego. Realność ochrony ubezpieczeniowej jest ściśle związana z istotą i celem ubezpieczenia, gdyż to ostatnie, mając eliminować z działalności gospodarczej część wymiernej niepewności (tzw. część ryzyk), a na jej miejsce wprowadzać poczucie spokoju i bezpieczeństwa, nie może tego czynić będąc samemu niepewnym⁷⁰.

⁶⁷ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wrocławska, Wrocław 2013, s. 9.

⁶⁸ J. Szpunar, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 1972, s. 64.

⁶⁹ J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 79.

⁷⁰ Tamże, s. 85.

Zasada pełności ochrony ubezpieczeniowej postuluje zapewnienie ubezpieczonym takiego poziomu finansowego wyrównania strat losowych, jaki w danych warunkach możliwy jest do osiągnięcia⁷¹.

Zasada powszechności ochrony ubezpieczeniowej określa, że ubezpieczenie jest dostępne bez żadnych ograniczeń (powszechne) dla wszystkich zainteresowanych objęciem daną ochroną ubezpieczeniową. W myśl tej zasady nie może być elitarne, to znaczy dostępne tylko pewnej nielicznej grupie osób.

Zasada szybkości wypłaty odszkodowania i świadczeń ubezpieczeniowych stanowi, iż wypłata należności osobom ubezpieczonym lub uprawnionym winna następować niezwłocznie na określonych w umowie zasadach⁷². W literaturze przedmiotu spotyka się też zasady organizacji rynku ubezpieczeniowego oraz zasady ustalania składek ubezpieczeniowych. Do **zasad organizacji rynku ubezpieczeniowego** w Polsce zalicza się:

- zasadę prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej tylko w dwóch prywatnych formach organizacyjno-prawnych: SA lub TUW;
- zasadę koncesjonowania działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- zasadę rozdziału branż (dział I lub dział II);
- zasadę ograniczenia pozaubezpieczeniowej działalności ubezpieczeniowej;
- zasadę ochrony krajowego rynku ubezpieczeniowego (protekcjonizmu) w zakresie cen;
- zasadę otwarcia polskiego rynku ubezpieczeniowego dla kapitału zagranicznego i warunkowego otwarcia dla zagranicznych instytucji ubezpieczeniowych (swoboda świadczenia usług dla UE i zasada wzajemności);
- zasadę materialnego (finansowego) nadzoru państwa nad działalnością ubezpieczeniową;
- zasadę ochrony ubezpieczonych i poszkodowanych (konsumentów usługi ubezpieczeniowej).

Natomiast do **zasad ustalania składek ubezpieczeniowych** zalicza się⁷³:

- zasadę masowości transakcji,
- zasadę długoterminowości transakcji,
- zasadę odpowiedniej kalkulacji składki.

⁷¹ Tamże, s. 89.

⁷² R. Pietroń nazywa tę zasadę – zasadą minimalizacji czasu kompensacji skutków (R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, dz. cyt., s. 10).

⁷³ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, dz. cyt., s. 15.

Zadania kontrolne

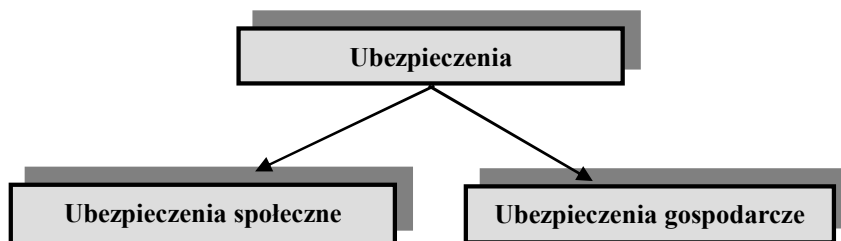
1. Podać definicję ubezpieczenia.
2. Podać definicję ubezpieczającego.
3. Podać definicję składki ubezpieczeniowej.
4. Podać definicję świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Podać definicję wypadku ubezpieczeniowego.
6. Podać definicję beneficjenta.
7. Podać definicję ubezpieczonego.

4. KLASYFIKACJA DYCHOTOMICZNA UBEZPIECZEŃ

Podziału ubezpieczeń dokonywać można z wykorzystaniem różnorodnych kryteriów. Dobór kryterium podziału, czyli cechy, ze względu na którą dokonujemy podziału, oznacza określenie zasady podziału ubezpieczeń⁷⁴. Podział dychotomiczny ubezpieczeń polega na wskazaniu tylko dwóch rodzajów ubezpieczeń przy zastosowaniu określonego kryterium (są to powszechnie stosowane typologie ubezpieczeń).

4.1. Ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia gospodarcze

Podstawowym podziałem ubezpieczeń jest podział na **ubezpieczenia społeczne** i **ubezpieczenia gospodarcze**. Podziału tego dokonać można za pomocą wielu różnorodnych kryteriów. Kryteriami tymi mogą być: geneza, regulacje prawne, instytucje oferujące ubezpieczenia, oferowane ubezpieczenia ze względu na przedmiot objęty ochroną ubezpieczeniową, sposób nawiązania stosunku ubezpieczeniowego, sposób i forma wywiązania się instytucji ubezpieczeniowych z podjętych zobowiązań, ustalanie wysokości składek i świadczeń ubezpieczeniowych, źródła finansowania, odpowiedzialność za zobowiązania. Podział ubezpieczeń według kryterium genezy i regulacji prawnych prezentuje rysunek 11.



Rysunek 11. Podział ubezpieczeń według kryterium genezy i regulacji prawnych

Źródło: Opracowanie własne

⁷⁴ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 143.

Ubezpieczenie społeczne jest jedną z technik zabezpieczenia społecznego rozumianego jako całokształt urządzeń publicznych chroniących przed niedostatkiem. Ubezpieczenie społeczne jest więc, obok zaopatrzenia i opieki (pomocy) społecznej, instrumentem polityki socjalnej państwa. Mimo że ubezpieczenia gospodarcze, w przeciwieństwie do ubezpieczeń społecznych, są przede wszystkim instrumentem polityki gospodarczej państwa, obie grupy ubezpieczeń łączy wiele cech wspólnych. Ubezpieczenia te z natury rzeczy są ubezpieczeniami obowiązkowymi (z pewnymi wyjątkami). Ubezpieczenia społeczne ze względu na przedmiot ubezpieczenia są **ubezpieczeniami osobowymi**. Z tytułu ubezpieczeń społecznych wypłacane są świadczenia przybierające formę pieniężną lub rzeczową. Ubezpieczenia społeczne obejmują świadczenia pieniężne w postaci zasiłków, emerytur i rent⁷⁵.

Ubezpieczenia gospodarcze są w przeważającej części ubezpieczeniami dobrowolnymi, czyli takimi, w przypadku których ubezpieczający samodzielnie decyduje o swoich potrzebach odnośnie do objęcia poszczególnych przedmiotów ryzyka ochroną ubezpieczeniową. W przypadku ubezpieczeń społecznych **nawiązanie stosunku ubezpieczeniowego** następuje z mocy ustawy lub – w niektórych prawem określonych przypadkach – poprzez zgłoszenie.

Dla współczesnego systemu ubezpieczeń gospodarczych charakterystyczną cechą jest sposób nawiązania stosunku ubezpieczeniowego, odmienny od tego, jaki obowiązuje w polskim systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku ubezpieczeń gospodarczych nawiązanie stosunku ubezpieczeniowego następuje bowiem jedynie poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia między zakładem ubezpieczeń i ubezpieczającym⁷⁶.

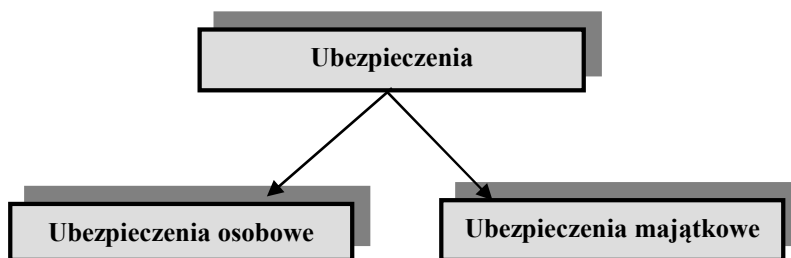
4.2. Ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe

Ze względu na **przedmiot ubezpieczenia** w ramach ubezpieczeń wyróżnia się ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe. **Ubezpieczenia osobowe** są ubezpieczeniami życia, zdrowia i zdolności do pracy, a **ubezpieczenia majątkowe** są ubezpieczeniami majątku w postaci rzeczy lub ubezpieczeniami sytuacji majątkowej (interesu majątkowego) ubezpieczonego. W przypadku ubezpieczeń majątkowych przedmiotem ubezpieczenia mogą więc być nie tylko konkretne dobra materialne, lecz także bieżące lub przyszłe aktywa i pasywa podmiotu ubezpieczenia⁷⁷. Podział ubezpieczeń według kryterium przedmiotu ubezpieczenia prezentuje rysunek 12.

⁷⁵ Zob. W. Muszalski, *Prawo socjalne*, PWN, Warszawa 1996, s. 103-104.

⁷⁶ Zob. A. Kufel-Siemnińska, *Podział ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 143-147.

⁷⁷ Zob. E. Kowalewski, *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 1994, s. 77-79.



Rysunek 12. Podział ubezpieczeń według kryterium przedmiotu ubezpieczenia

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku ubezpieczeń osobowych ochrona ubezpieczeniowa odnosić się może również do pozytywnych zdarzeń losowych, czyli takich, które nie pociągają za sobą szkód, lecz powodują powstanie określonych potrzeb majątkowych. Powstanie tych potrzeb może być związane np. z osiągnięciem wieku emerytalnego (którego konsekwencją jest wygaśnięcie aktywności zawodowej), pogorszeniem stanu zdrowia, osiągnięciem pełnoletności, narodzinami dziecka itp.

W przeciwieństwie do ubezpieczeń osobowych, w których przedmiotem ubezpieczenia są określone dobra osobiste człowieka, wyrażone jako prawa majątkowe, przedmiotem ubezpieczeń majątkowych są prawa i obowiązki majątkowe osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczenia majątkowe dotyczą tylko negatywnych zdarzeń losowych, czyli takich, które pociągają za sobą szkodę wymierną w pieniądzu.

W następstwie realizacji zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową (wypadków ubezpieczeniowych) z tytułu ubezpieczeń osobowych zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie, a z tytułu ubezpieczeń majątkowych – odszkodowanie. Kwestia ta znalazła odzwierciedlenie w literaturze niektórych państw zachodnioeuropejskich, gdzie ubezpieczenia dzieli się na **ubezpieczenia szkód** oraz **ubezpieczenia sum**.

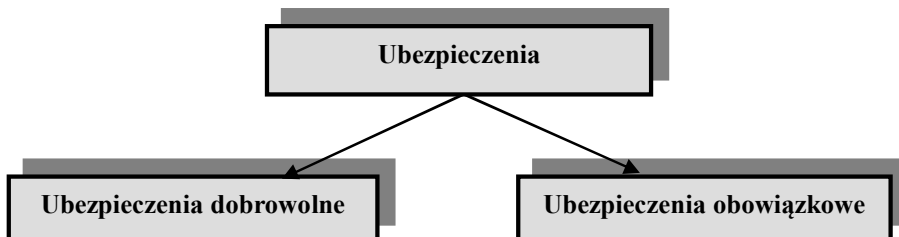
Ze względu na rodzaj zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową **ubezpieczenia osobowe dzielą się na ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia wypadkowe**. W ubezpieczeniach życiowych wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć osoby ubezpieczonej lub dożycie przez nią określonego wieku, albo liczby lat (miesiący) od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, natomiast w ubezpieczeniach wypadkowych wypadkiem ubezpieczeniowym jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ponieważ ubezpieczenia życiowe są ubezpieczeniami długookresowymi, dlatego charakterystyczną cechą tych ubezpieczeń jest **długi okres trwania umowy ubezpieczenia**. Zakład ubezpieczeń ponosi więc przez wiele lat odpowiedzialność gwarancyjną z tytułu ubezpieczeń życiowych i dlatego składka ubezpieczeniowa płacona jest okresowo

przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku zapłaty składki dopiero z chwilą zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a więc z chwilą śmierci osoby ubezpieczonej lub w momencie dożycia przez tę osobę wieku określonego w umowie ubezpieczenia, lub liczby lat od momentu zawarcia tejże umowy. Ubezpieczenia wypadkowe, ze względu na rodzaj zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową, dzielą się na ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczenia chorobowe (zdrowotne). Mianem nieszczęśliwego wypadku określa się najczęściej zdarzenia, które jednocześnie są spowodowane przez siły działające na zewnątrz, są nagłe, występują niezależnie (wbrew) woli poszkodowanego oraz powodują trwałe uszczerbek na zdrowiu w następstwie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, bądź śmierć osoby ubezpieczonej.

Ubezpieczenia majątkowe według kryterium przedmiotu ubezpieczenia **dzielią się na ubezpieczenia rzeczowe i ubezpieczenia majątkowe *sensu stricto***. Ubezpieczenia rzeczowe są ubezpieczeniami majątku w postaci rzeczy (dóbr materialnych), a ubezpieczenia majątkowe *sensu stricto* dotyczą wartości majątkowych należących do ubezpieczonego, które mogą mieć postać wierzytelności (np. należności kredytowe), wartości, których uzyskania oczekuje ubezpieczony w przyszłości (np. zysk), oraz wartości, które mogą pomniejszyć majątek osoby objętej ochroną ubezpieczeniową (np. zobowiązania). Ubezpieczeniami majątkowymi *sensu stricto* są w szczególności ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych⁷⁸.

4.3. Ubezpieczenia dobrowolne i ubezpieczenia obowiązkowe

Ze względu na występowanie swobody (lub jej brak) w nawiązywaniu stosunku ubezpieczeniowego w ramach ubezpieczeń wyróżnia się ubezpieczenia obowiązkowe i ubezpieczenia dobrowolne. Podział ubezpieczeń według **kryterium występowania swobody w nawiązywaniu stosunku ubezpieczenia** prezentuje rysunek 13.



Rysunek 13. Podział ubezpieczeń według kryterium występowania swobody w nawiązywaniu stosunku ubezpieczenia

Źródło: Opracowanie własne

⁷⁸ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 149-151.

Do ubezpieczeń obowiązkowych zaliczamy⁷⁹:

- a) **ubezpieczenia powszechne** (OC kierowców, OC budynków rolników, OC rolników) – warunki ich działania regulują przepisy prawne, które określają między innymi:
- moment powstania obowiązku ubezpieczenia,
 - zakres ubezpieczenia,
 - minimalne sumy gwarancyjne;
 - zakres praw i obowiązków stron umowy;
- b) **ubezpieczenia szczególne**, które odnoszą się do ściśle określonych grup zawodowych:
- lekarz,
 - broker ubezpieczeniowy,
 - architekt,
 - weterynarz,
 - pielęgniarka,
 - farmaceuta,
 - inżynier budowlany,
 - adwokat,
 - organizator imprez masowych,
 - radca prawny.

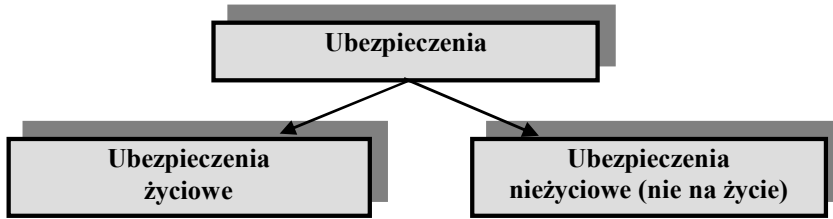
Niestety Polska (po Francji, gdzie funkcjonuje ponad 200 rodzajów ubezpieczeń obowiązkowych) należy do krajów, które wprowadziły największą liczbę takich ubezpieczeń (jest ich około 160)⁸⁰.

4.4. Ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia nieżyciowe (nie na życie, pozostałe)

Ubezpieczenia życiowe obejmują swoim zakresem przede wszystkim życie ubezpieczonych, ale także życie zwierząt, które ubezpieczający chce chronić. Do ubezpieczeń nieżyciowych zaliczamy wszystkie pozostałe rodzaje ubezpieczeń. Podział ubezpieczeń według **kryterium zakresu ubezpieczenia** prezentuje rysunek 14.

⁷⁹ Zob. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 854), art. 23-83, a także: Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej organizatorów imprez masowych (Dz.U. 2010 poz. 323); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządcy nieruchomości (Dz.U. 2019 poz. 852) oraz Biuro prasowe UBEA, *Rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, <https://ubea.pl/Rodzaje-ubezpieczen-obowiazkowych-w-Polsce,artykul,935/> (dostęp: 21.10.2019).

⁸⁰ E. Kowalewski, *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2013, s. 5.



Rysunek 14. Podział ubezpieczeń według kryterium zakresu ubezpieczenia

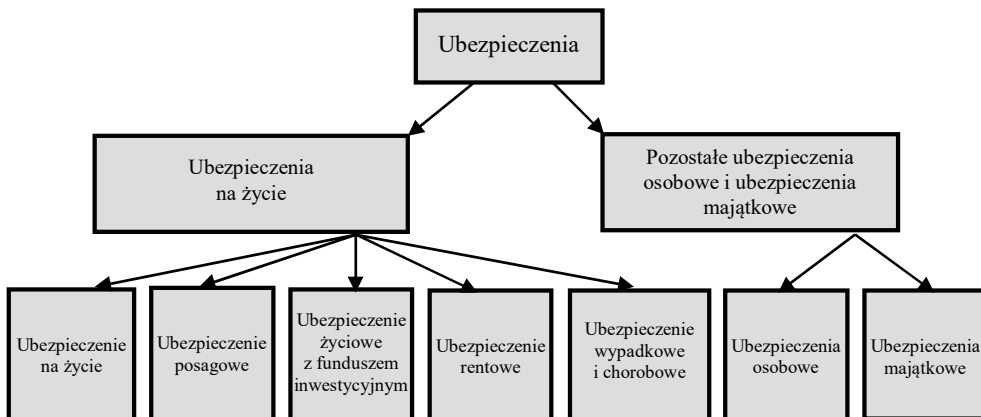
Źródło: Opracowanie własne

4.5. Ustawowy podział ubezpieczeń

Innym podziałem ubezpieczeń jest podział dokonany przez Załącznik do ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, zwany podziałem ustawowym. Podział ustawowy jest podziałem, w którym nie wykorzystano jednolitego kryterium. Załącznik do ustawy o działalności ubezpieczeniowej dzieli ubezpieczenia na dwa działy⁸¹:

- dział I „Ubezpieczenia na życie”;
- dział II „Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe”.

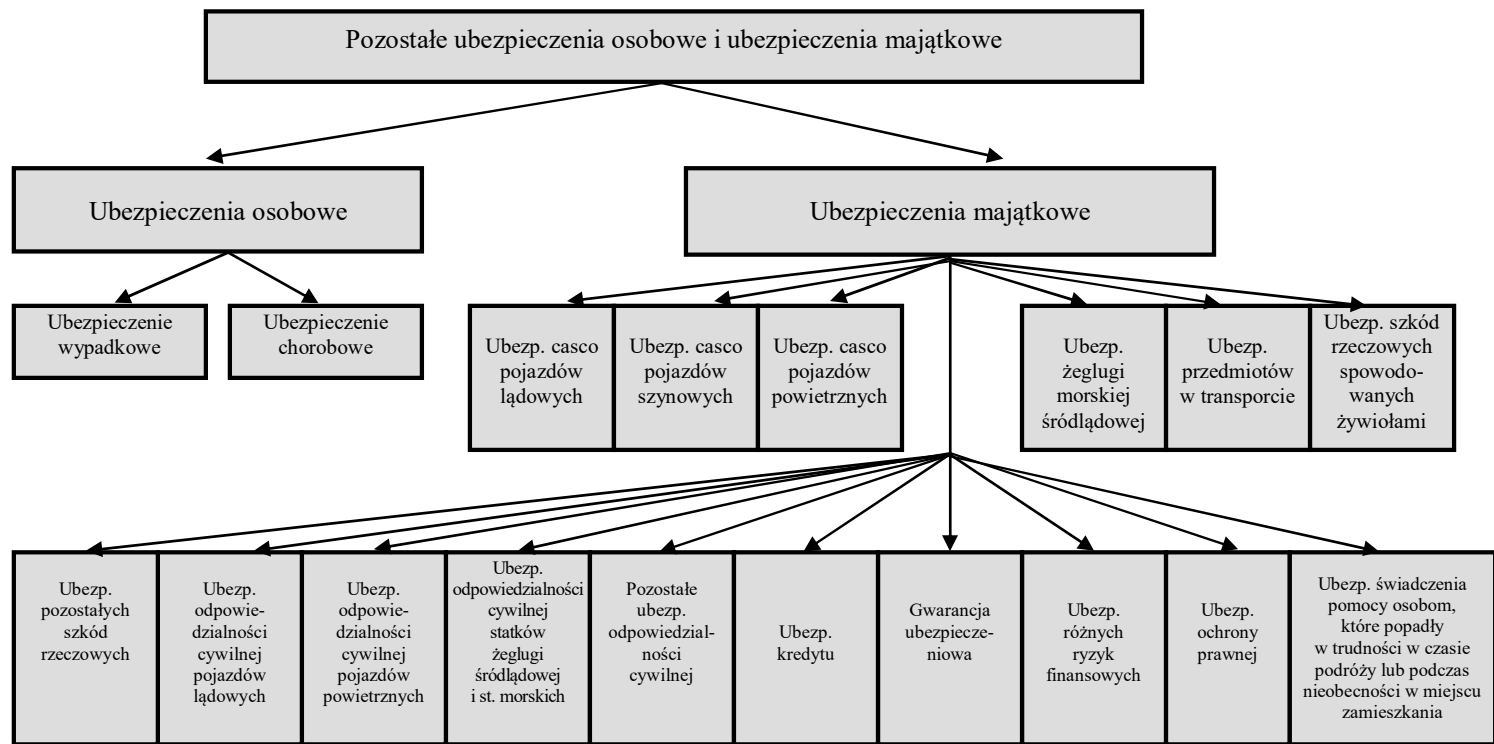
Podział ten został wprowadzony w ustawie ze względu na konieczność zabezpieczenia środków finansowych w zakładach ubezpieczeń. Ustawa zabrania prowadzenia działalności ubezpieczeniowej tej samej firmie w obydwu działach jednocześnie. Stąd też ten niejednorodny podział ubezpieczeń. Ustawowy podział ubezpieczeń oraz pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych prezentują rysunek 15 i rysunek 16.



Rysunek 15. Ustawowy podział ubezpieczeń

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej

⁸¹ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 154.

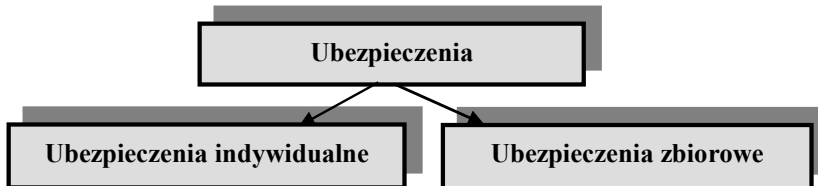


Rysunek 16. Podział pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej

4.6. Ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia zbiorowe

Ze względu na liczbę podmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową wyróżnia się ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia zbiorowe. Podział ubezpieczeń według kryterium liczby podmiotów objętych ubezpieczeniem prezentuje rysunek 17.



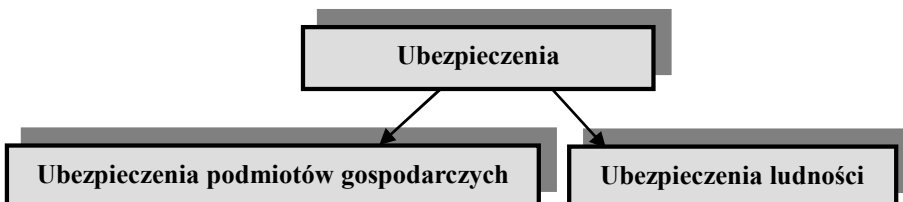
Rysunek 17. Podział ubezpieczeń według kryterium liczby podmiotów objętych ubezpieczeniem

Źródło: Opracowanie własne

Ubezpieczenia zbiorowe to takie ubezpieczenia, w których ryzyka jednego rodzaju zostają pokryte poprzez objęcie większej liczby przedmiotów lub osób jedną umową ubezpieczenia. Przedmiotem ubezpieczenia zbiorowego jest więc kilka obiektów (ubezpieczenia majątkowe) lub dobra osobiste kilku podmiotów (ubezpieczenia osobowe). Specyficzną odmianą ubezpieczeń zbiorowych są **ubezpieczenia grupowe**. Charakterystyczną cechą ubezpieczeń grupowych jest to, że dotyczą one tylko ryzyk osobowych⁸². Natomiast ubezpieczenia indywidualne dotyczą jednego przedmiotu lub jednej osoby objętej umową ubezpieczenia.

4.7. Ubezpieczenia podmiotów gospodarczych i ubezpieczenia ludności

Ze względu na podmiot ubezpieczenia dzielone są na ubezpieczenia podmiotów gospodarczych i ubezpieczenia ludności. Podział ubezpieczeń według kryterium podmiotu ubezpieczenia prezentuje rysunek 18.



Rysunek 18. Podział ubezpieczeń według kryterium podmiotu ubezpieczenia

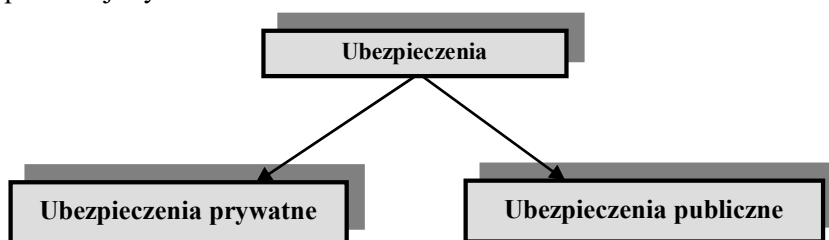
Źródło: Opracowanie własne

⁸² Tamże, s. 155-156.

Podział ten jest jednak podziałem nieostrym (nie spełnia warunku rozłączności), gdyż w ofercie zakładów ubezpieczeń występują również takie ubezpieczenia, które skierowane są zarówno do podmiotów gospodarczych, jak i do ludności⁸³.

4.8. Ubezpieczenia prywatne i ubezpieczenia publiczne

W literaturze ubezpieczeniowej prezentowany jest również podział ubezpieczeń gospodarczych na ubezpieczenia prywatne i ubezpieczenia publiczne. Kryterium tego podziału stanowi forma własności instytucji oferującej ubezpieczenie. Podział ubezpieczeń według **kryterium formy własności instytucji oferującej ubezpieczenie** prezentuje rysunek 19.



Rysunek 19. Podział ubezpieczeń według kryterium formy własności instytucji oferującej ubezpieczenie

Źródło: Opracowanie własne

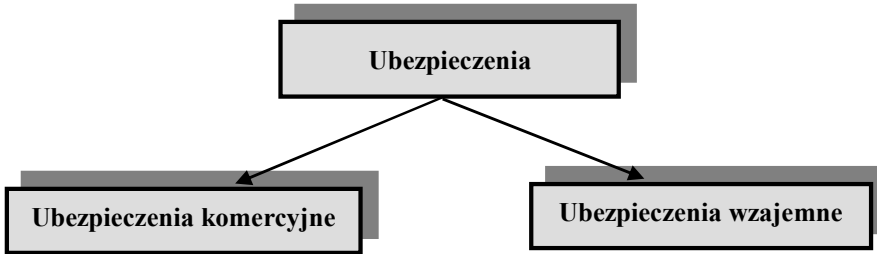
W polskim systemie ubezpieczeń podział ten nie miał w przeszłości większego znaczenia, gdyż działalność ubezpieczeniową prowadziły jedynie dwa zakłady ubezpieczeń należące do państwa. Obecnie również nie zyskał na znaczeniu, ponieważ większość zakładów ubezpieczeń jest prywatna, a te, w których dominuje kapitał państwowy, w niedalekiej przyszłości zostaną sprywatyzowane⁸⁴.

4.9. Ubezpieczenia komercyjne i ubezpieczenia wzajemne

Ze względu na formę organizacyjno-prawną oraz cel instytucji oferującej ubezpieczenia wyróżnia się ubezpieczenia komercyjne i ubezpieczenia wzajemne. Ubezpieczenia komercyjne oferowane są przez zakłady ubezpieczeń działające w formie spółki akcyjnej, a ubezpieczenia wzajemne przez zakłady ubezpieczeń działające w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Podział ubezpieczeń według **kryterium formy organizacyjno-prawnej zakładu ubezpieczeń świadczącego usługę** prezentuje rysunek 20.

⁸³ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 156.

⁸⁴ Tamże, s. 156-157.



Rysunek 20. Podział ubezpieczeń według kryterium formy organizacyjno-prawnej zakładu ubezpieczeń świadczącego usługę

Źródło: Opracowanie własne

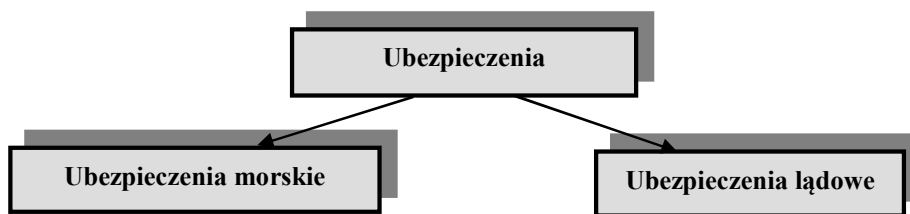
Charakterystyczną cechą towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jest ubezpieczenie jego członków na zasadzie wzajemności. Możliwe jest jednak odstępstwo od tej reguły, jednakże w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową podmiotów niebędących członkami towarzystwa składki zebrane od tychże podmiotów muszą być składkami stałymi i nie mogą stanowić więcej aniżeli ustawowo określony niewielki procent sumy składek zebranych przez towarzystwo. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych działają w interesie swoich członków, dlatego też celem powoływania tej formy organizacyjnej zakładu ubezpieczeń jest zaspokojenie potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonych grup społecznych lub zawodowych. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, w przeciwieństwie do zakładów ubezpieczeń działających w formie spółek akcyjnych, są instytucjami *non-profit* (tzn. nieprzynoszącymi zysku)⁸⁵.

Ubezpieczenia komercyjne powadzone są dla zysku tylko i wyłącznie w formie spółek akcyjnych. Obowiązkiem akcjonariuszy takiej spółki jest dostarczenie kapitału na potrzeby organizacyjne oraz gwarancyjne. Prawem akcjonariuszy jest czerpanie zysku z działalności ubezpieczeniowej.

4.10. Ubezpieczenia morskie i ubezpieczenia lądowe

W literaturze dotyczącej problematyki ubezpieczeń gospodarczych często spotykanym podziałem jest podział ubezpieczeń na ubezpieczenia morskie i ubezpieczenia lądowe. Dokonując tego podziału, należy wskazać, że podział ten nie spełnia warunku adekwatności, gdyż pomiędzy ubezpieczeniami morskimi i lądowymi znajdują się jeszcze ubezpieczenia lotnicze, żeglugi śródlądowej itp. Zwyczajowo jednak wszystkie ubezpieczenia, które nie są ubezpieczeniami morskimi, zaliczane są do ubezpieczeń lądowych. Podział ubezpieczeń ze względu na **kryterium miejsca występowania ryzyka** prezentuje rysunek 21.

⁸⁵ Tamże, s. 157.



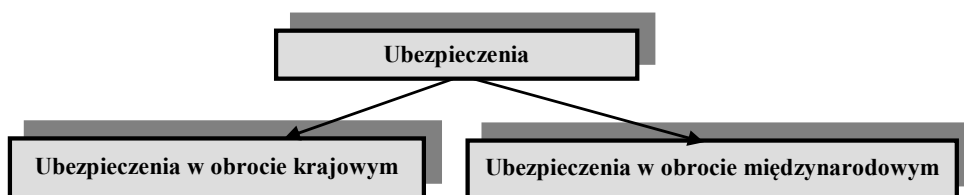
Rysunek 21. Podział ubezpieczeń ze względu na kryterium miejsca występowania ryzyka

Źródło: Opracowanie własne

Ubezpieczenia morskie regulowane są przepisami kodeksu morskiego, a ubezpieczenia lądowe – przepisami kodeksu cywilnego. Uregulowanie problematyki ubezpieczeń morskich odrębnymi przepisami jest związane z międzynarodowym charakterem żeglugi morskiej oraz koniecznością stosowania w nich specjalnych rozwiązań wynikających z samej natury ubezpieczeń morskich. Podziału ubezpieczeń na morskie i lądowe można więc dokonać ze względu na tradycję, odmienność przedmiotu ubezpieczenia, odrębność zasad ubezpieczenia oraz źródeł prawnych⁸⁶.

4.11. Ubezpieczenia w obrocie krajowym i ubezpieczenia w obrocie międzynarodowym

Kolejnym podziałem ubezpieczeń jest podział ze względu na zakres terytorialny świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Zastosowanie tego kryterium pozwala na wyodrębnienie ubezpieczeń w obrocie krajowym i ubezpieczeń w obrocie międzynarodowym. Podział ubezpieczeń ze względu na **kryterium zakresu terytorialnego świadczonej ochrony ubezpieczeniowej** prezentuje rysunek 22.



Rysunek 22. Podział ubezpieczeń ze względu na kryterium zakresu terytorialnego świadczonej ochrony ubezpieczeniowej

Źródło: Opracowanie własne

Wyodrębnienie ubezpieczeń w obrocie krajowym i ubezpieczeń w obrocie międzynarodowym pozwala dostrzec odmienny charakter ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w omawianych przypadkach⁸⁷. Podział ten ma istotne znaczenie ze względu

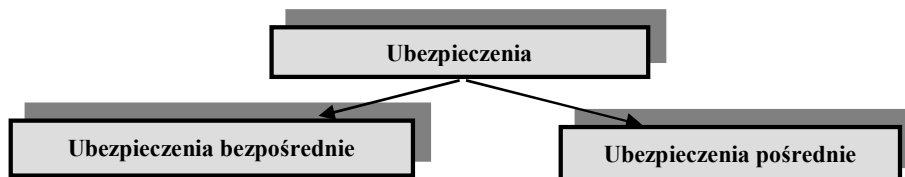
⁸⁶ Tamże, s. 157-158.

⁸⁷ Tamże, s. 158.

na gwarancje ubezpieczeniowe, niezbędne w działalności ubezpieczeniowej prowadzonej w obrocie międzynarodowym⁸⁸.

4.12. Ubezpieczenia bezpośrednie i ubezpieczenia pośrednie

Ze względu na podział ryzyka ubezpieczenia dzieli się na ubezpieczenia bezpośrednie i ubezpieczenia pośrednie. Podział ubezpieczeń według **kryterium podziału ryzyka** prezentuje rysunek 23.



Rysunek 23. Podział ubezpieczeń według kryterium podziału ryzyka

Źródło: Opracowanie własne

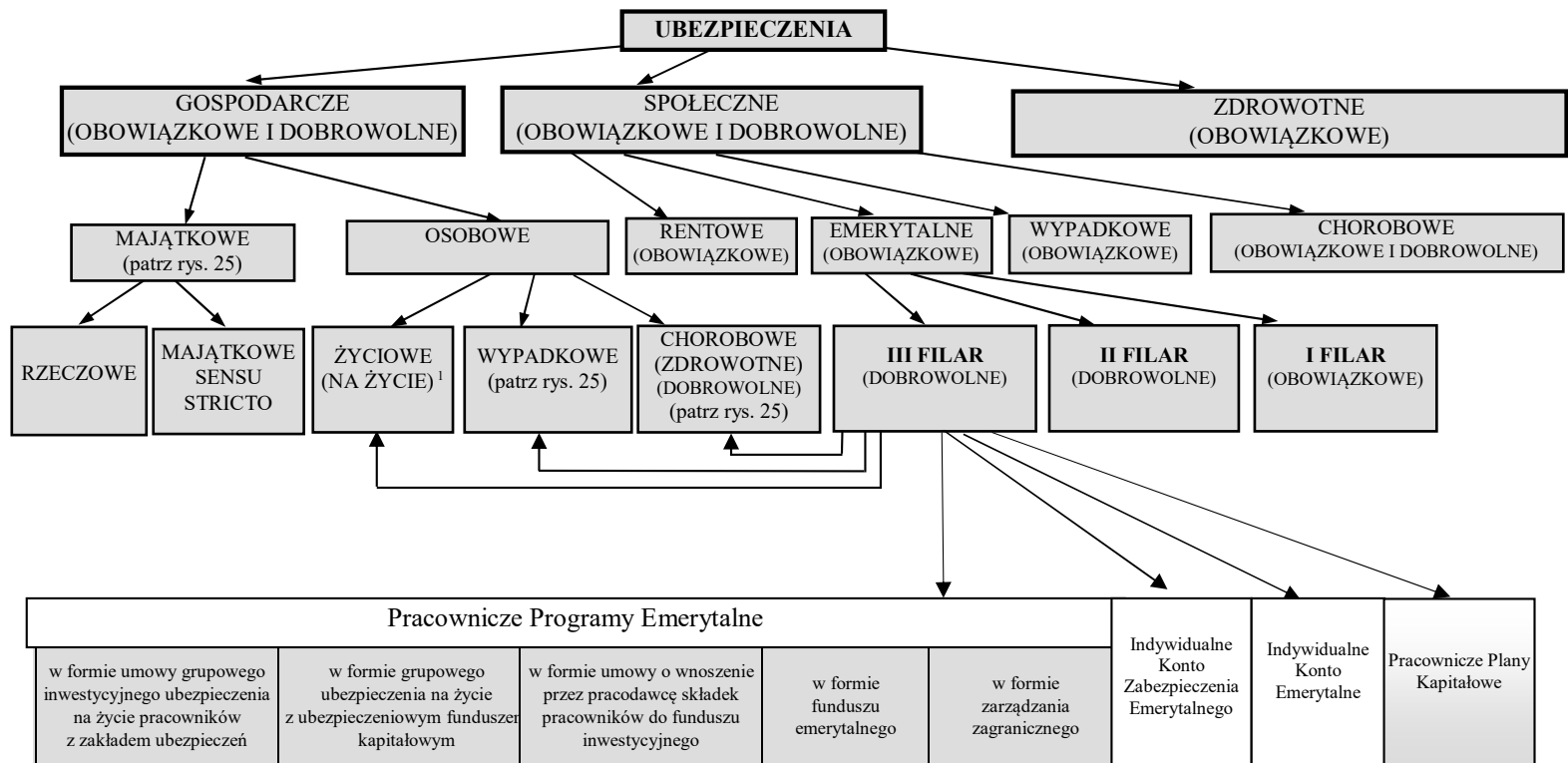
Z ubezpieczeniami bezpośrednimi mamy do czynienia w przypadku umów ubezpieczenia, w których ubezpieczycielem jest jeden lub kilka zakładów ubezpieczeń. Kiedy zakład ubezpieczeń dokonuje ponownego transferu ryzyka (na reasekuratora), częstokroć połączonego z rozłożeniem ryzyka pomiędzy zakład ubezpieczeń i reasekuratora oraz w przypadku umów retrocesji, kiedy reasekurator dokonuje kolejnego transferu ryzyka (również na reasekuratora), połączonego najczęściej z rozłożeniem ryzyka pomiędzy reasekuratorów, mówimy o ubezpieczeniach pośrednich⁸⁹.

4.13. Podział ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeń

Poniżej zaprezentowany został podział ubezpieczeń według rodzajów ubezpieczeń oferowanych przez polskie zakłady ubezpieczeń. Jest on podziałem tymczasowym, gdyż polskie ubezpieczenia charakteryzują się znaczną dynamiką. Być może niebawem powstaną nowe rodzaje ubezpieczeń, o które trzeba będzie go zaktualizować. Podział ten obejmuje wszystkie rodzaje ubezpieczeń oferowanych na rynku. Pierwotny podział ubezpieczeń na ubezpieczenia społeczne, gospodarcze i zdrowotne oparty jest na kryterium źródeł prawa regulujących funkcjonowanie tych ubezpieczeń, a także na rodzajach instytucji realizujących te ubezpieczenia. Niedychotomiczny podział wszystkich rodzajów ubezpieczeń i szczegółowy podział ubezpieczeń gospodarczych w Polsce prezentują rysunek 24 i rysunek 25.

⁸⁸ Szerzej na temat gwarancji: R. Holly (red.), *Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, Poltex, Warszawa 2003.

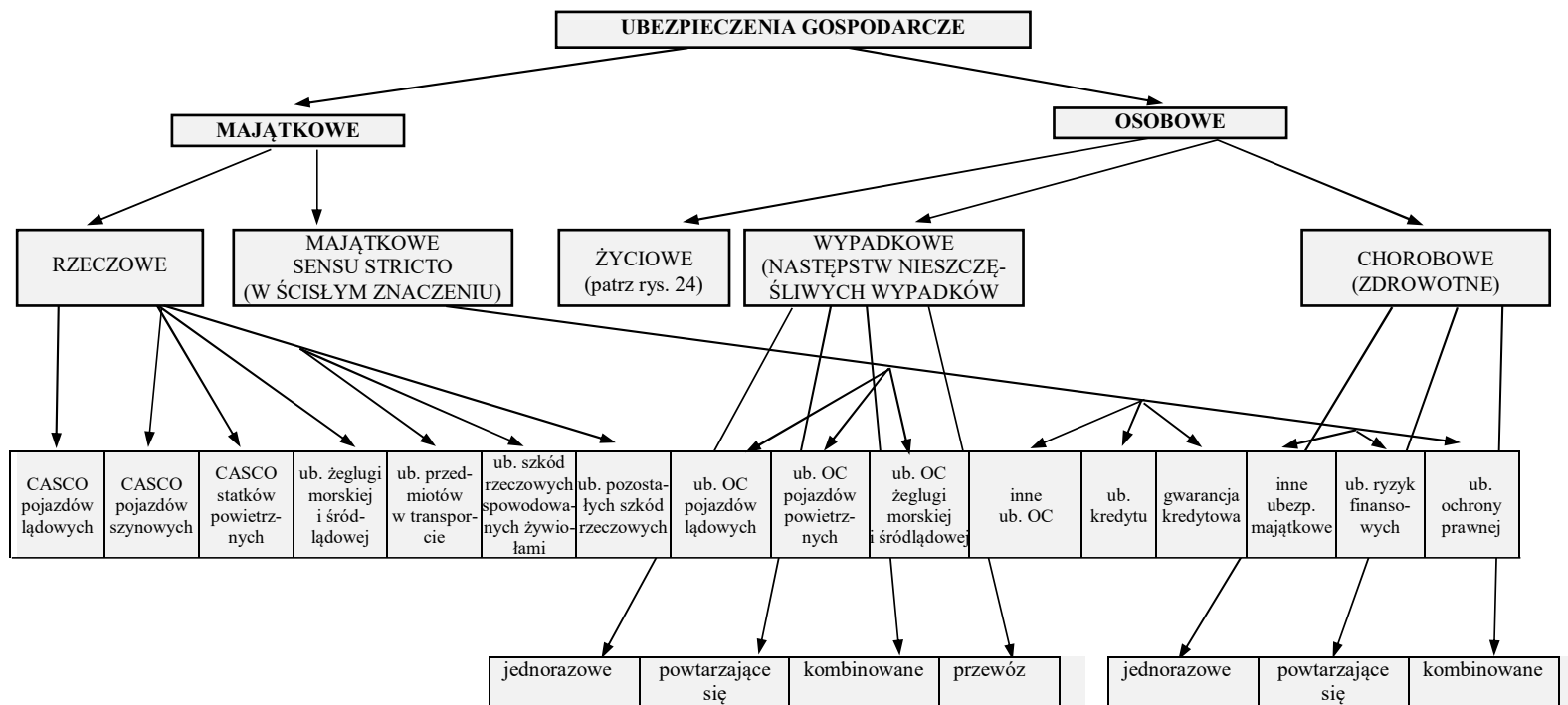
⁸⁹ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 158.



1. Do ubezpieczeń życiowych zaliczamy: terminowe ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie na całe życie, ubezpieczenie na dożycie, ubezpieczenie na życie i dożycie, ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci (posagowe i rentowe), elastyczne ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie zmienne na życie, ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym, ubezpieczenie uniwersalne na życie, renty życiowe

Rysunek 24. Niedychotomiczny podział wszystkich rodzajów ubezpieczeń funkcjonujących w Polsce

Źródło: Opracowanie własne



Rysunek 25. Szczegółowy podział ubezpieczeń gospodarczych

Źródło: Opracowanie własne

Nieco inną typologię ubezpieczeń zaprezentował R. Pietroń⁹⁰, który podzielił ubezpieczenia na:

- a) ubezpieczenia społeczne (sfera socjalna państwa i społeczeństwa);
- b) ubezpieczenia gospodarcze (sfera gospodarcza państwa i społeczeństwa), wśród których określił następujące kryteria klasyfikacji:
 - przedmiot ubezpieczenia,
 - rodzaj zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową,
 - występowanie/brak swobody nawiązywania prawnego stosunku ubezpieczenia,
 - podział ustawowy.

Podział ubezpieczeń według kryterium przedmiotu ubezpieczenia:

- ubezpieczenia osobowe (przedmiotem ubezpieczenia są dobra osobiste, np.: życie, zdrowie, zdolność do pracy);
- ubezpieczenia majątkowe (przedmiotem ubezpieczenia są różne dobra i wartości majątkowe: mienie, odpowiedzialność cywilna).

Podział ubezpieczeń według kryterium rodzaju zdarzenia losowego:

- ubezpieczenia ogniowe,
- ubezpieczenia gradowe,
- ubezpieczenia od kradzieży,
- ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków,
- ubezpieczenia od uszkodzeń,
- ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Podział ubezpieczeń według kryterium występowania/braku swobody:

- ubezpieczenia obowiązkowe (przepisy prawne nakładają obowiązek, przymus zawarcia umowy ubezpieczenia);
- ubezpieczenia dobrowolne (występuje swoboda umów ubezpieczenia).

Podział ubezpieczeń według kryterium „ustawowe”:

- dział I (obejmuje tylko ubezpieczenia na życie wg 5 grup ubezpieczenia: na życie, posagowe, na życie związane z funduszem kapitałowym, rentowe, wypadkowe i chorobowe);
- dział II (obejmuje pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz majątkowe wg 18 grup ubezpieczenia: w tym różne rodzaje ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych oraz wszystkie majątkowe).

Podział ubezpieczeń według kryterium „inne” (w tym historyczne):

- ubezpieczenia morskie (regulowane przepisami kodeksu morskiego);
- ubezpieczenia lądowe (regulowane przepisami kodeksu cywilnego; zawierają także ubezpieczenia lotnicze, satelitarne, żeglugi śródlądowej);
- ubezpieczenia podmiotów gospodarczych;
- ubezpieczenia ludności;

⁹⁰ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, dz. cyt., s. 14.

- ubezpieczenia w obrocie krajowym;
- ubezpieczenia w obrocie międzynarodowym;
- ubezpieczenia publiczne;
- ubezpieczenia prywatne;
- ubezpieczenia komercyjne (spółki akcyjne);
- ubezpieczenia wzajemne (ubezpieczenia wzajemne *non-profit*);
- ubezpieczenia bezpośrednie (asekuracja i koasekuracja);
- ubezpieczenia pośrednie (reasekuracja i retrocesja).

Zadania kontrolne

1. Scharakteryzować podział ubezpieczeń według kryterium genezy.
2. Scharakteryzować podział ubezpieczeń według kryterium przedmiotu ubezpieczenia.
3. Scharakteryzować podział ubezpieczeń według kryterium swobody wyboru.
4. Scharakteryzować podział ubezpieczeń według ustawowego podziału w Polsce.
5. Scharakteryzować podział ubezpieczeń według kryterium genezy.
6. Scharakteryzować podział ubezpieczeń według kryterium podziału ryzyka.
7. Wymienić obowiązkowe ubezpieczenia gospodarcze w Polsce.

5. FORMY DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ

5.1. Formy organizacyjno-prawne działalności ubezpieczeniowej

Przez **źródło prawa ubezpieczeniowego** należy rozumieć formy, w jakich się przejawia i w jakich jest podawana podmiotom prawa (osobom fizycznym, osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej) wola państwa w zakresie spraw dotyczących ubezpieczeń gospodarczych⁹¹.

Działalność ubezpieczeniowa jest szczególnym rodzajem działalności gospodarczej, która może być prowadzona wyłącznie przez zakład ubezpieczeń (ograniczenie podmiotowe). Jej istota polega na podejmowaniu i prowadzeniu działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i majątkowych, a więc na zawieraniu i wykonywaniu przez zakłady ubezpieczeń umów ubezpieczenia. Jest ona działalnością gospodarczą (gdy prowadzi ją ubezpieczeniowa spółka akcyjna) lub działalnością quasi-gospodarczą (gdy prowadzi ją towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych).

Działalność ubezpieczeniowa (tak bezpośrednia, jak i pośrednia – reasekuracja) regulowana jest przede wszystkim szczególnymi przepisami prawnymi zawartymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Oznacza to, że w odniesieniu do tej działalności przepisy ogólne dotyczące prowadzenia działalności gospodarczej mają zastosowanie o tyle, o ile przepisy szczególne nie zawierają uregulowań odmiennych.

Podejmowanie i prowadzenie działalności gospodarczej jest wolne i dozwolone każdemu na równych prawach (zasada wolności gospodarczej), z tym że ustawa może wprowadzać ograniczenia tej zasady (zasada konstytucyjna, wsparta uregulowaniami ustawy o działalności gospodarczej). Z takim ograniczeniem mamy do czynienia w przypadku podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, która może być podejmowana i prowadzona wyłącznie na podstawie zezwolenia ministra finansów. Koncesjonowanie polega na konieczności uzyskania administracyjnego zezwolenia (decyzji administracyjnej) na działalność gospodarczą (na – określony przepisami prawnymi – przedmiot aktywności gospodarczej). Organem koncesyjnym jest z reguły naczelny lub centralny organ administracji publicznej (np. minister właściwy ze względu na przedmiot działalności gospodarczej podlegającej koncesjonowaniu).

⁹¹ J. Kufel, *Regulacja prawnej działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa ubezpieczeniowego*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 106.

Koncesję na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej uzyskać może podmiot (spółka akcyjna lub towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych) w trybie specjalnego postępowania koncesyjnego. Wymaga ono złożenia specjalnego wniosku, który spełniać powinien wszystkie określone prawem wymagania (są one szczegółowo określone przede wszystkim przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisami o charakterze wykonawczym).

Działalnością ubezpieczeniową nie jest działalność z zakresu pośrednictwa ubezpieczeniowego (tj. działalność agenta ubezpieczeniowego lub brokera ubezpieczeniowego bądź reasekuracyjnego). Do tej ostatniej nie ma zastosowania zasada wolności gospodarczej, co oznacza, że broker ubezpieczeniowy również musi uzyskać zezwolenie na swoją działalność. Odmiennie kwestia ta przedstawia się w odniesieniu do agenta ubezpieczeniowego, którym może być dowolny przedsiębiorca. Natomiast czynności agencyjne z zakresu ubezpieczeń może prowadzić tylko taka osoba fizyczna, która uzyskała zezwolenie organu nadzoru⁹².

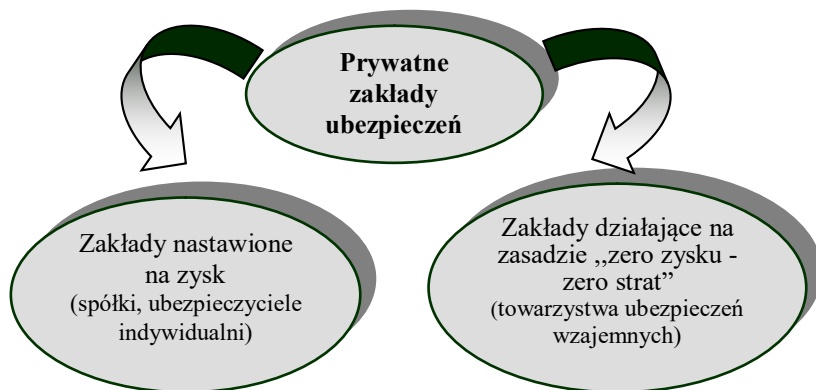
Prowadzenie działalności gospodarczej, także dla zerowego zysku, jest specyfiką przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Obejmuje ona bowiem przedsiębiorstwa nastawione na zysk oraz takie, które nie są nastawione na osiągnięcie zysku.

Przedmiotem działania przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego może być wyłącznie działalność ubezpieczeniowa oraz działalność z nią związana. Działalność towarzystwa może być ograniczona tylko do jednego z dwóch działów ubezpieczeń (tak jest obecnie w Polsce).

Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe nazywane jest: zakładem ubezpieczeń, towarzystwem ubezpieczeń oraz ubezpieczycielem lub asekuratorem. Nazwa **zakład** jest nazwą tradycyjną, przyjętą dla zorganizowanych środków (ludzkich i rzeczowych) przeznaczonych na określony cel. Nazwa zakład lub instytut (łac. *instituire* – zakładać) szczególnie przyłgnęła do organizacji społecznie użytecznych. W ubezpieczeniach nazwa ta przetrwała i obecnie podkreśla ona dwiistość charakteru przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Obecnie w polskim prawie ubezpieczeniowym stosuje się dla określenia przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego właśnie nazwę: „zakład ubezpieczeń”. Nazwa **towarzystwo ubezpieczeń** wiąże się z korporacyjną formą prawną większości przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Nazwa **ubezpieczyciel (asekurator)** łączy się ze stosunkiem prawnym, jaki wiąże przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe z ubezpieczającym.

Ubezpieczenia prowadzone są przez zakłady publiczne i prywatne. Publiczne zakłady ubezpieczeń mogą działać na zasadach: rynkowych lub pozarynkowych (ustawowy obowiązek ubezpieczenia z wyłącznością obsługi przez ustawowo określony zakład). Prywatne zakłady zawsze funkcjonują na rynku i mogą działać: a) dla zysku, b) na zasadzie „zero strat – zero zysku”. Formy prywatnych zakładów ubezpieczeń prezentuje rysunek 26.

⁹² Tamże, s. 109-112.



Rysunek 26. Formy prywatnych zakładów ubezpieczeń

Źródło: B. Hadyniak, *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 164

Zakłady publiczne działające na zasadach pozarynkowych są podmiotami publicznoprawnymi (np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych). Charakteryzują się bardzo małymi kosztami akwizycyjnymi i zwykle znacznymi kosztami administracyjnymi. Posiadają najdoskonalej zrównoważony portfel ryzyk, pozwalający na stosowanie systemów repartycyjnych. **Zakłady publiczne działające na rynku** funkcjonują na podstawie prywatnoprawnych form przedsiębiorstwa (spółka akcyjna z decydującym udziałem państwa lub samorządu, np. KUKE – Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych) i w ten sam sposób, jak zakłady prywatne.

Zakłady prywatne działające dla zysku mogą funkcjonować jako ubezpieczyciele indywidualni lub spółki. Korporacją ubezpieczycieli indywidualnych gwarantujących (na określonych zasadach) pokrycie ryzyka własnym majątkiem jest Lloyd's.

Najbardziej popularną formą przedsiębiorstw ubezpieczeniowych pracujących dla zysku jest spółka akcyjna. Obowiązkiem akcjonariuszy jest dostarczenie kapitału pokrywającego potrzeby organizacyjne (uruchomienie i utrzymanie działalności w pierwszych latach) oraz gwarancyjne (zapewnienie rezerw na pokrycie zobowiązań) zakładu. Zaletą spółki akcyjnej jest stosunkowo łatwe uzupełnienie rosnących potrzeb kapitałowych.

Zakłady prywatne działające na zasadzie „zero zysku – zero strat” powstają ze wspólnot ubezpieczeniowych. Są to zrzeszenia lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W TUV ubezpieczający, zawierając umowę ubezpieczenia, przystępuje jednocześnie do towarzystwa, czyli staje się udziałowcem ubezpieczyciela. W niektórych krajach w TUV kapitał zakładowy nie musi odgrywać roli gwarancyjnej. Gwarancję stanowi wzajemna odpowiedzialność członków. Niedobory wynikające z działalności ubezpieczeniowej, po wyczerpaniu kapitału zapasowego,

wymagają wówczas dopłaty lub podwyżki składek lub obniżki świadczeń. Odmienne też niż w towarzystwach działających dla zysku, nadwyżki z działalności ubezpieczeniowej wracają do członków jako zwroty lub obniżki składek (nie wsteczne) bądź wzrost świadczeń (w ubezpieczeniach osobowych).

Szczególną formą zakładu ubezpieczeń jest **spółka podporządkowana** (*capitive*) założona przez firmę lub grupę kapitałową. Jej podstawowym zadaniem jest ubezpieczanie lub reasekuracja grupy kapitałowej, do której należy. To, że około 80% podporządkowanych zakładów ubezpieczeń funkcjonuje w rajach podatkowych (Bermudy, Kajmany, Guernsey itd.) świadczy o tym, że spółki te służą nie tylko do lepszej kontroli szkód czy redukcji kosztów kapitału, ale także do efektywniejszego zarządzania podatkami⁹³.

Zakład ubezpieczeń może funkcjonować w dwóch **formach organizacyjno-prawnych**: 1) spółka akcyjna, 2) towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych.

Od 1 stycznia 1999 r. bezpośrednią działalność ubezpieczeniową w Polsce może prowadzić zagraniczny zakład ubezpieczeń, na zasadach wzajemności, w formie **głównego oddziału**. Musi uzyskać odpowiednie zezwolenie ministra finansów, a jego wydanie uzależnione jest m.in. od⁹⁴:

- posiadania odpowiedniego zezwolenia we wnioskowanym zakresie w państwie siedziby zakładu;
- funkcjonowania w formie organizacyjno-prawnej dopuszczalnej w Polsce;
- spełnienia warunku wzajemności – możliwości podjęcia działalności ubezpieczeniowej w kraju pochodzenia przez polski zakład ubezpieczeń;
- złożenia kaucji w wysokości 50% minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla każdego rodzaju ubezpieczeń.

5.2. Formy pośrednictwa ubezpieczeniowego

Ze względu na specyfikę usługi zakłady ubezpieczeniowe sprzedają znaczną część swoich produktów z wykorzystaniem instytucji pośrednictwa ubezpieczeniowego, której **istota polega na wykonywaniu czynności faktycznych lub prawnych związanych z zawarciem lub realizacją umów ubezpieczenia albo reasekuracji**.

W ubezpieczeniach występują następujący pośrednicy:

- agent ubezpieczeniowy,
- broker ubezpieczeniowy,
- makler morski.

⁹³Por. B. Hadyniak, *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 161-166.

⁹⁴I. Kwiecień, *Rynek ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec, *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 94-95.

Agent ubezpieczeniowy

Zgodnie z przepisami ustawy agentem ubezpieczeniowym jest osoba fizyczna lub podmiot gospodarczy, upoważniony przez zakład ubezpieczeń do stałego zawierania umów ubezpieczenia na rzecz tego zakładu lub pośredniczenia przy zawieraniu umów. Osoba starająca się o wykonywanie czynności agenta musi spełniać następujące kryteria⁹⁵:

1. nie być skazaną w przeszłości prawomocnie za: przestępstwo umyślne:
 - przeciwko życiu i zdrowiu,
 - przeciwko wymiarowi sprawiedliwości,
 - przeciwko ochronie informacji,
 - przeciwko wiarygodności dokumentów,
 - przeciwko mieniu,
 - przeciwko obrotowi gospodarczemu,
 - przeciwko obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi,
 - skarbowe;
2. ukończyć zorganizowane przez zakład ubezpieczeń szkolenie zakończone egzaminem;
3. posiadać średnie wykształcenie;
4. dawać rękojmię działalności agencyjnej;
5. prowadzić działalność gospodarczą;
6. posiadać pełną zdolność do czynności prawnych.

Agent ubezpieczeniowy, który zawiera umowę agencyjną z dwoma lub więcej zakładami ubezpieczeń, powinien poinformować je o dotychczas zawartych umowach, a w szczególnych przypadkach – określonych wewnętrzną regulacją tych zakładów – uzyskać zgodę na taką działalność⁹⁶.

Podział agentów ubezpieczeniowych

Agent może być uprawniony tylko do przygotowywania umowy, a także do samodzielnego jej zawarcia. Wynika stąd ważny podział agentów na dwie kategorie⁹⁷:

- agentów pośredniczących w zawieraniu umów,
- agentów zawierających umowy.

Agenci należący do drugiej grupy mogą być uprawnieni nie tylko do zawierania umów, ale także do dokonywania w nich zmian. Agenci mogą wykonywać swoją działalność przy pomocy innych agentów tzw. **subagentów**, za których biorą odpowiedzialność wobec ubezpieczyciela. Agent, który zajmuje się zjednywaniem kandydatów do ubezpieczenia i nie jest obciążony innymi zadaniami, jest nazywany **akwizytorem**.

⁹⁵ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeniowej, art. 19.

⁹⁶ Por. R. Pajewska, *Podstawy prawne ubezpieczeń*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 90-91.

⁹⁷ J. Łazowski, *Wstęp do nauki...*, dz. cyt., s. 183.

Obecny stan prawny nie stwarza zakazu pozostawiania jednego podmiotu w stosunku agencyjnym z kilkoma zakładami ubezpieczeniowymi. Mamy wtedy do czynienia z tzw. **multiagentem**. Sytuacja taka może budzić jednak wiele wątpliwości z punktu widzenia „czystości” działań konkurencyjnych na rynku⁹⁸. Agent ubezpieczeniowy, który zawiera umowy agencyjne z dwoma lub więcej zakładami ubezpieczeń, powinien poinformować je o dotychczas zawartych umowach lub uzyskać zgodę na prowadzenie takiej działalności. Każdy zakład ubezpieczeń prowadzi wykaz agentów ubezpieczeniowych działających na jego rzecz.

Czynności wykonywane przez agenta ubezpieczeniowego określane są dokładnie w umowach agencyjnych. Do podstawowych czynności należą:

1. Podejmowanie starań w celu zawarcia umów i pośredniczenie przy ich zawieraniu.
2. Dostarczanie informacji:
 - klientowi – o warunkach ubezpieczenia, jego adekwatności do potrzeb klienta i szczegółach, zwłaszcza dotyczących zakresu ochrony i sposobu likwidacji szkody, oraz o pozycji rynkowej ubezpieczyciela; oczywiście dobry agent zna także ofertę konkurencji i potrafi zanalizować oferowany produkt na jej tle (pytanie, czy obiektywnie, nie jest słuszne, bo pozycja agenta raczej wyklucza obiektywizm);
 - zakładowi ubezpieczeń – o kliencie i okolicznościach znaczących dla oceny ryzyka.
3. Zawieranie umów ubezpieczenia w granicach upoważnienia i informowanie zakładu o możliwości zawarcia ubezpieczenia wykraczającego poza zakres umowowania.
4. Inkasowanie składki i przekazywanie jej w uzgodnionych terminach ubezpieczycielowi; zazwyczaj agent ponosi wobec zakładu pełną odpowiedzialność materialną za błędne naliczenie składki lub nieprzekazanie jej w terminie; niektóre zakłady nie upoważniają agenta do inkasowania składki, tak jak to się dzieje np. w niemieckim modelu pośrednictwa ubezpieczeniowego.
5. Przyjmowanie od klientów zawiadomień i oświadczeń dotyczących wykonania zawartej umowy ubezpieczenia (np. zgłoszenie wypadku ubezpieczeniowego).
6. Przedłużanie i wznawianie umów ubezpieczenia.

Za wykonywanie tych czynności agent otrzymuje wynagrodzenie od zakładu ubezpieczeń w formie prowizji od składek za zawarte umowy ubezpieczenia⁹⁹.

Wynagrodzenie agenta

Za wykonywanie powierzonych mu zadań agent otrzymuje wynagrodzenie od zakładu ubezpieczeń w formie **prowizji**, którą oblicza się w procentach składki lub też w promilach sumy ubezpieczeniowej. Rozróżnia się prowizję z tytułu zawarcia

⁹⁸ R. Pajewska, *Podstawy prawne...*, dz. cyt., s. 92.

⁹⁹ I. Kwiecień, *Rynek ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 101.

ubezpieczenia płatną jednorazowo, w związku z dojściem do skutku umowy przy której agent był czynny, oraz prowizję inkasową, którą otrzymuje agent w związku z inkasowaniem przezeń składek następných przy ubezpieczeniu wieloletnim¹⁰⁰.

Obok prowizji agent otrzymuje niekiedy pewne *quantum* stałe na pokrycie wydatków swojego biura, jeśli takie biuro prowadzi. Wyznaczenie agentom obok prowizji stałego uposażenia spotyka się także wtedy, gdy agent biura nie posiada, ale ubezpieczycielowi na agencie zależy z uwagi na jego szczególnie produktywną pracę. Rozpowszechnione jest wypłacanie ryczałtów na pokrycie takich wydatków, jak telefony czy dojazdy. Niekiedy ubezpieczyciel gwarantuje agentowi minimalną prowizję wypłacaną w postaci stałych miesięcznych poborów (tzw. pensum)¹⁰¹.

Broker ubezpieczeniowy

Działalność brokerska polega na zawieraniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia w imieniu ubezpieczającego lub na pośredniczeniu przy zawieraniu umów ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego.

W przypadku osoby fizycznej Urząd Nadzoru wydaje zezwolenie na prowadzenie działalności brokerskiej wyłącznie po spełnieniu przez nią następujących warunków:

1. Oprócz złożenia wniosku osoba ta winna spełniać wymagania przewidziane w ustawie ubezpieczeniowej dla agenta ubezpieczeniowego w zakresie zdolności do czynności prawnych i niekaralności.
2. Posiada minimum średnie wykształcenie.
3. Zawarła obowiązkowe ubezpieczenie OC.
4. Posiada minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe w okresie 8 lat poprzedzających złożenie wniosku o zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej.
5. Zdała egzamin przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych.
6. Daje rękojmię należytego prowadzenia działalności brokerskiej.

W przypadku osoby prawnej ubiegającej się o wydanie zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej, musi ona spełniać następujące warunki¹⁰²:

1. Złożyć stosowny wniosek.
2. Zawrzeć obowiązkowe ubezpieczenie OC.
3. Członkowie zarządu muszą dawać rękojmię należytego prowadzenia działalności brokerskiej, a co najmniej połowa z nich musi spełniać warunki określone dla osób fizycznych.

¹⁰⁰ J. Łazowski, *Wstęp do nauki...*, dz. cyt., s. 184.

¹⁰¹ Tamże, s. 185.

¹⁰² Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji..., dz. cyt., art. 34.

Z konieczności zdawania egzaminu zwolnione są osoby posiadające stopień naukowy w dziedzinie nauk prawnych i ekonomicznych. Niezależnie od formy prawnej, w jakiej prowadzona jest działalność brokerska, wymagane jest zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej.

Wynagrodzenie brokera stanowi prowizja – **kurtaż** (franc. *courtage*), której na ogół podstawą naliczenia jest należna składka ubezpieczeniowa. Prowizję wypłaca zakład ubezpieczeń, a podstawą wypłaty są porozumienia zawarte między brokerami a zakładami ubezpieczeniowymi¹⁰³.

Czynności brokera ubezpieczeniowego mogą obejmować:

- identyfikację różnych rodzajów ryzyka zagrażających firmie;
- analizę dotychczasowego programu zarządzania ryzykiem (także przez ubezpieczenie);
- kwalifikację i ocenę ryzyka ubezpieczeniowego;
- opracowanie programu ubezpieczeń – adekwatnego do potrzeb i możliwości finansowych firmy;
- wybór odpowiedniego zakładu ubezpieczeń, co wiąże się z badaniem rynku, oceną kondycji finansowej ubezpieczyciela i jego oferty;
- wybór lub stworzenie odpowiedniego produktu/programu ubezpieczeń: adaptacja do potrzeb klienta, negocjowanie warunków ochrony i ceny;
- pośredniczenie przy zawarciu umowy „zakład – klient” bądź zawarciu umowy z zakładem w imieniu klienta;
- monitorowanie programu ubezpieczeniowego (wznowienia, do ubezpieczenia, składki) oraz monitorowanie ryzyka w firmie;
- reprezentowanie ubezpieczającego przy likwidacji szkód, także w procesie dochodzenia roszczeń na drodze sądowej (choć nasz system nie daje brokerowi legitymacji pełnomocnika procesowego).

Zakres obowiązków brokera determinuje jego **wynagrodzenie** ze strony klienta. Może ono stanowić jednorazową kwotę, stały ryczałt, zwrot kosztów czy nadzwyczajnych wydatków. O ile jednak zapłata przez klienta nie jest obligatoryjnym elementem umowy, o tyle zawsze należy się brokerowi prowizja (**kurtaż**) ze strony zakładu ubezpieczeń. Jej wysokość ustalana jest w umowach o współpracy z zakładem ubezpieczeń lub w odrębnych porozumieniach kurtażowych.

Jako pośrednik niezależny broker **odpowiada sam za swoje działania**. Szkodę może wyrządzić zarówno klientowi (podanie nieprawdziwych informacji, zły wybór ubezpieczyciela lub produktu), jak i zakładowi ubezpieczeń (nierzetelna informacja o kliencie). W celu wzmocnienia ochrony, przede wszystkim klienta (ubezpieczającego), wprowadzony został obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności

¹⁰³ Por. R. Pajewska, *Podstawy prawne...*, dz. cyt., s. 93-95.

cywilnej. Te same intencje spowodowały także poddanie brokera (podobnie jak zakładu ubezpieczeń) kontroli organu nadzoru – tak w zakresie prowadzonej działalności, jak i stanu majątkowego¹⁰⁴.

Makler morski

Makler morski podejmuje się za wynagrodzeniem na podstawie każdorazowego zlecenia pośredniczenia w zawieraniu umów kupna i sprzedaży statków, umów przewozu, czarteru na czas, umów holowniczych i umów ubezpieczenia morskiego. Makler morski może podjąć się czynności na rzecz obu stron umawiających się, jeżeli udzieliły mu zlecenia; obowiązany jest jednak powiadomić każdą stronę o podjęciu się czynności również na rzecz drugiej strony, a w pośredniczeniu powinien mieć na względzie interes obu stron.

Za pośredniczenie w zawarciu umowy należy się maklerowi wynagrodzenie (prowizja) tylko wówczas, gdy umowa została zawarta wskutek jego zabiegów. Wysokość wynagrodzenia maklera określa umowa, a w przypadku jej braku – taryfa. Jeżeli taryfa nie zawiera odpowiedniego postanowienia, wysokość wynagrodzenia określa zwyczaj, a w jego braku należy się maklerowi wynagrodzenie w wysokości przyjętej w danych stosunkach¹⁰⁵.

5.3. Jednostki nadzoru ubezpieczeń

Polski system ubezpieczeń przewiduje następujące jednostki nadzoru:

- Rzecznika Praw Ubezpieczonych,
- Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny,
- Komisję Nadzoru Finansowego.

Rzecznik Praw Ubezpieczonych – instytucja powołana w 1995 roku w nowelizacji ustawy ubezpieczeniowej, mająca na celu ochronę interesów osób ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. Rzecznik ma osobowość prawną i jest powoływany przez ministra finansów na 4 lata. Główne zadania, jakimi się zajmuje, to:

- reprezentowanie i ochrona konsumenckich interesów ubezpieczeniowych i uprawnionych z umów ubezpieczenia;
- opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ubezpieczeń;
- informowanie organu nadzoru o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działalności zakładów ubezpieczeń;
- inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie ubezpieczeń.

Rzecznik działa z urzędu lub z własnej inicjatywy.

¹⁰⁴ I. Kwiecień, *Rynek ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 105-106.

¹⁰⁵ Por. Ustawa z dnia 18 września 2001 r. *Kodeks morski*, art. 201-207.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny – w obecnym kształcie został powołany do życia w 2003 roku. Celem istnienia funduszu jest zagwarantowanie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, jednak nie w każdej sytuacji, w której takie świadczenie nie może być wypłacone przez ubezpieczyciela. Gwarancje dotyczą jedynie obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej rolników i posiadaczy pojazdów mechanicznych.

UFG wypłaca też świadczenia w zakresie niepokrytym z ubezpieczeń dobrowolnych¹⁰⁶:

- za szkodę na osobie w sytuacji, gdy nie można ustalić tożsamości rolnika – sprawcy lub zidentyfikować pojazdu, którym wyrządzono szkodę;
- za szkodę na osobie lub mieniu, gdy rolnik (sprawca szkody) lub posiadacz pojazdu, którym wyrządzono szkodę, nie dopełnili obowiązku ubezpieczenia.

W przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń UFG zaspokaja roszczenia osób uprawnionych:

- tytułu ubezpieczenia obowiązkowego OC rolnika lub posiadacza pojazdu;
- z umów ubezpieczenia na życie – jedynie 50% wierzytelności, nie więcej jednak niż równowartość w złotych 30 tys. euro.

Komisja Nadzoru Finansowego

W Polsce nadzór ubezpieczeniowy sprawowany jest przez Komisję Nadzoru Finansowego. Komisja Nadzoru Finansowego jest organem właściwym w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym. Nadzór nad rynkiem finansowym obejmuje¹⁰⁷:

- nadzór bankowy,
- nadzór emerytalny,
- nadzór ubezpieczeniowy,
- nadzór nad rynkiem kapitałowym.

Do zadań Komisji 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;

¹⁰⁶ Por. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych..., dz. cyt., art. 98; I. Kwiecień, *Rynek ubezpieczeń*, dz. cyt., s. 90-92.

¹⁰⁷ Por. Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym, art. 3-9

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.

5.4. Bancassurance

Definicja bancassurance

Bancassurance (*bankowość ubezpieczeniowa*) – współpraca instytucji bankowej i ubezpieczeniowej polegająca na pośrednictwie banków w sprzedaży usług ubezpieczeniowych (np. sprzedaż polis ubezpieczeniowych w formie indywidualnej lub grupowej klientom banku). W tym celu wykorzystywana jest sieć dystrybucji banku (oddziały, mobilni sprzedawcy – pracownicy banku, call center, Internet oraz pośrednicy finansowi – jeżeli stroną umowy z pośrednikiem jest bank, a nie ubezpieczyciel).

Współpraca banku i instytucji ubezpieczeniowej generuje korzyści obu stronom porozumienia, tj. obniżenie kosztów dystrybucji, realizacja korzyści skali, wzajemne wykorzystywanie bazy klientów, rozszerzenie zakresu usług, uzyskanie dodatkowych dochodów. Na takim partnerstwie biznesowym mogą skorzystać również klienci, którzy otrzymują w jednym miejscu kompleksową obsługę finansową, a niekiedy także możliwość zakupu polisy ubezpieczeniowej po niższych cenach¹⁰⁸.

Formy bancassurance

Podstawowe formy współpracy banków i ubezpieczycieli to:

1. Porozumienia o wspólnej dystrybucji.
2. Inwestycje kapitałowe.
3. *Joint ventures* (wspólne przedsięwzięcie) – podmiot stworzony wspólnie przez więcej niż jedno przedsiębiorstwo w celu realizacji określonego zadania lub prowadzenia konkretnej działalności. Współdziaławcy *joint venture* wnoszą kapitał zakładowy, jak również dzielą między siebie zyski i koszty z prowadzonej wspólnie działalności. W rzeczywistości jednak nie w każdym przypadku *joint venture* jest osobno powołaną spółką. Niekiedy może to być jedynie bardzo bliska współpraca dwóch podmiotów, które przeznaczyły kapitał na daną wspólnie realizowaną działalność i następnie rozliczają się, dzieląc koszty i przychody zgodnie z umową zawartą w momencie powstania *joint venture*, nie tworząc jednak oddzielnego podmiotu gospodarczego.

Bank jest podmiotem bezpośrednio sprzedającym lub też oferującym usługę ubezpieczeniową i może występować w roli:

- informatora (wskazuje na możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia z danym ubezpieczycielem);

¹⁰⁸ Zob. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Bancassurance> (dostęp: 21.10.2016).

- pośrednika ubezpieczeniowego (zawiera umowę na podstawie pełnomocnictwa udzielonego mu przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia);
- ubezpieczającego (zawiera umowę ubezpieczenia na rachunek swoich klientów, którzy są w tej konstrukcji ubezpieczonymi; bank jest zobowiązany do zapłaty składki).

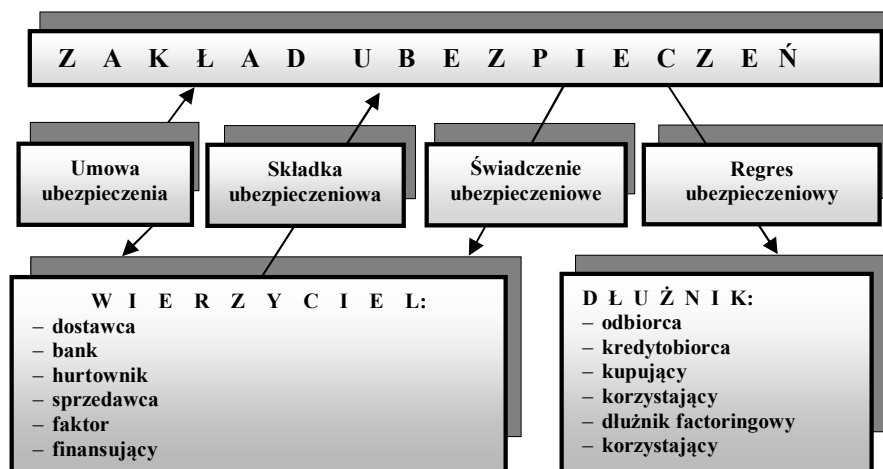
Współpraca banków z ubezpieczycielami to:

- produkty ubezpieczeniowe ściśle powiązane z bankowymi,
- produkty ubezpieczeniowe luźno powiązane z bankowymi,
- produkty *tand-alone* – niezwiązane z produktami bankowymi.

Bank występuje tu bądź to jako pośrednik (ewentualnie podmiot informujący o ofercie ubezpieczeniowej), bądź to jako ubezpieczający. Działając jako ubezpieczający, bank może zawrzeć umowę ubezpieczenia indywidualnego oraz grupowego.

Ubezpieczenie wierzytelności

Przez **ubezpieczenie wierzytelności** rozumie się zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłaty odszkodowania na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez dłużnika. Przedmiotem ochrony w tym ubezpieczeniu jest zatem wyrażona w pieniądzu wierzytelność, a metodą wynagrodzenia szkody jest **restytucja finansowa**. Zakład zobowiązuje się, w zamian za składkę płaconą przez ubezpieczającego, do wypłaty odszkodowania w uzgodnionej kwocie¹⁰⁹. Schemat umowy ubezpieczenia wierzytelności prezentuje rysunek 27.



Rysunek 27. Schemat umowy ubezpieczenia wierzytelności

Źródło: E. Kucka (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2009, str. 259

¹⁰⁹ Zob. M. Skory, *Bancassurance jako forma kooperacji gospodarczej*, http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/40584/06_Maciej_Skory.pdf (dostęp: 21.10.2016).

Do grupy ubezpieczeń wierzytelności zaliczamy ubezpieczenia finansowe, a mianowicie¹¹⁰:

- a) ubezpieczenia kredytu, w tym:
 - ogólnej niewypłacalności,
 - kredytu eksportowego,
 - spłaty rat,
 - kredytu hipotecznego,
 - kredytu rolniczego;
- b) ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych, w tym:
 - ryzyka zatrudnienia,
 - niewystarczającego dochodu,
 - złych warunków atmosferycznych,
 - utraty zysku,
 - stałych wydatków ogólnych,
 - nieprzewidzianych wydatków handlowych,
 - utraty wartości rynkowej,
 - utraty stałego źródła dochodu,
 - pośrednich strat handlowych poza wymienionymi.

Zadania kontrolne

1. Podać podstawowe formy organizacyjno-prawne działalności ubezpieczeniowej.
2. Podać formy prywatnych zakładów ubezpieczeń.
3. Scharakteryzować spółkę podporządkowaną jako formę zakładu ubezpieczeń.
4. Wymienić rodzaje pośredników ubezpieczeniowych.
5. Scharakteryzować działanie agentów ubezpieczeniowych.
6. Scharakteryzować działanie brokerów ubezpieczeniowych.
7. Scharakteryzować działanie maklerów morskich jako pośredników ubezpieczeniowych.

¹¹⁰ Zob. Tamże.

6. PODSTAWY PRAWNE UBEZPIECZEŃ

6.1. Ubezpieczenie jako usługa

Wszystko, co może stać się przedmiotem wymiany rynkowej, wszystko, co można sprzedać i kupić, jest produktem. Produktami są nie tylko dobra fizyczne, lecz również usługi, miejsca, organizacje, przemysł itp. Ubezpieczenie będące usługą jest również produktem. Usługodawcami usług ubezpieczeniowych są zakłady ubezpieczeń, działające bądź w formie spółek akcyjnych, bądź w formie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Nabywcami usług ubezpieczeniowych są ubezpieczający. Usługę ubezpieczeniową nabywają oni w zamian za składkę, która stanowi cenę ubezpieczenia¹¹¹.

Sformułowanie treści stosunku ubezpieczeniowego oraz zawarcie umowy ubezpieczenia byłoby niemożliwe bez udziału zakładu ubezpieczeń i ubezpieczającego (nabywcy), jako stron umowy ubezpieczenia. Relacje między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym są relacjami formalnymi, opierają się bowiem na stosunku umownym. Warunki nawiązanego stosunku umownego zazwyczaj określane są głównie przez ogólne warunki ubezpieczeń. Ogólne warunki ubezpieczeń są więc jednym z czynników wpływających na treść stosunku ubezpieczeniowego łączącego zakład ubezpieczeń z ubezpieczającym. Ogólne warunki ubezpieczeń, z wyjątkiem niektórych ubezpieczeń obowiązkowych, oraz taryfy i wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń. W przypadku niektórych ubezpieczeń obowiązkowych ogólne warunki ubezpieczeń określa minister finansów w drodze rozporządzenia. Ogólne warunki ubezpieczeń określają w szczególności przedmiot i zakres ubezpieczenia, sposób zawierania umowy ubezpieczenia, zakres i czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, prawa i obowiązki stron umowy, sposób ustalania wysokości szkody oraz wypłaty odszkodowań lub świadczeń. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązany jest doręczyć ubezpieczającemu, bez wezwania, tekst ogólnych warunków ubezpieczeń, który powinien być podpisany przez co najmniej dwóch członków zarządu zakładu ubezpieczeń. Z natury rzeczy nie dotyczy to tych ogólnych warunków ubezpieczeń, które są ustalane w formie rozporządzenia. Ponieważ umowa

¹¹¹ J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 60.

ubezpieczenia zawarta pomiędzy zakładem ubezpieczeń i ubezpieczającym może regulować prawa i obowiązki stron inaczej, aniżeli regulują te kwestie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń ustalane przez zakład ubezpieczeń, możliwe jest indywidualizowanie usługi ubezpieczeniowej.

Po dokonaniu wyboru konkretnego zakładu ubezpieczeń oraz konkretnego ubezpieczenia ubezpieczający wypełnia wniosek ubezpieczeniowy. Wniosek ubezpieczeniowy jest dokumentem przygotowanym przez zakład ubezpieczeń zawierający wiele pytań dotyczących przede wszystkim przedmiotu ubezpieczenia, ubezpieczającego i ubezpieczonego. Udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku ubezpieczeniowym i złożenie wniosku w zakładzie ubezpieczeń jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia woli, na podstawie którego zakład ubezpieczeń jest w stanie oszacować wielkość ryzyka ubezpieczeniowego i podjąć decyzję, czy zawrzeć umowę ubezpieczenia, a jeżeli tak, to na jakich warunkach.

Według obowiązujących przepisów oferentem jest ubezpieczający. Jeżeli jednak oferta złożona przez ubezpieczającego zostanie uzupełniona przez zakład ubezpieczeń o dodatkowe warunki lub zakład ubezpieczeń dokona zmian w treści tej oferty, za oferenta uważa się wówczas zakład ubezpieczeń.

Data zawarcia umowy ubezpieczenia oznacza formalny początek ubezpieczenia. Jeżeli strony umowy ubezpieczenia nie umówią się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia. Z reguły umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. Dokumentem tym jest najczęściej polisa ubezpieczeniowa. **Polisa ubezpieczeniowa** jest więc tylko dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia.

Wyróżnia się kilka rodzajów polis ubezpieczeniowych: **polisy imienne**, **polisy na okaziciela** oraz **polisy na zlecenia**, czyli takie, które można przenosić na indos. **Indos** – przeniesienie wszelkich praw płynących z polisy przez jego (indosanta) na rzecz innej osoby (indosatariusza). Wyróżniamy dwa rodzaje indosu:

- Indos pełny – polegający na wpisaniu (imiennym) przez indosanta na polisie formuły „ustępuję na rzecz”, uzupełnionej nazwiskiem lub nazwą indosatariusza i potwierdzonej własnym podpisem.
- Indos in blanco – w tym przypadku wystarcza tylko podpis na polisie indosanta.

Według kryterium liczby podmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową wyróżniamy **polisy indywidualne** i **zbiorowe**, natomiast według kryterium liczby ubezpieczonych i podmiotów – **polisy jednostkowe** i **generalne**¹¹².

W niektórych przypadkach powstanie stosunku ubezpieczenia nie oznacza rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wymagany jest bowiem okres wyczekiwania, tzw. **karencja**. Z kolei niekiedy ogólne warunki ubezpieczeń prze-

¹¹² Tamże, s. 62-64.

widują, że ubezpieczenie zawarte na co najmniej jeden rok ulega automatycznemu przedłużeniu na następny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie wypowiedzi umowy przed upływem okresu, na który ją zawarto. Jest to tzw. **klauzula proлонгacyjna**¹¹³.

6.2. Budowa umowy ubezpieczenia

Przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli w chwili jej zawarcia przewidziany w niej wypadek już zaszedł albo odpadła już możliwość jego zajścia, chyba że ubezpieczenie obejmuje okres poprzedzający zawarcie umowy. Umowa ubezpieczenia powinna być stwierdzona przez zakład ubezpieczeń polisą, legitymacją ubezpieczeniową, tymczasowym zaświadczeniem albo innym dokumentem ubezpieczenia.

Umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. Jeżeli przed upływem czternastu dni od daty otrzymania oferty na piśmie zakład ubezpieczeń nie doręczył składającemu oferty dokumentu ubezpieczenia, umowę uważa się z piętnastym dniem od otrzymania oferty za zawartą na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie.

Zakład ubezpieczeń obowiązany jest podać w dokumencie ubezpieczenia tekst ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których umowa została zawarta. Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia były ogłoszone lub wyłożone do publicznej wiadomości, zakład ubezpieczeń może w dokumencie ubezpieczenia bądź tylko powołać się na ogólne warunki, bądź też zamieścić w umowie wyciąg z tych warunków, zawierający najbardziej istotne ich postanowienia, podając, gdzie warunki te zostały ogłoszone lub wyłożone do publicznej wiadomości.

Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręceniem dokumentu ubezpieczenia – w ciągu czternastu dni od jego doręczenia.

Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki. W przypadku gdy umowa doszła do skutku

¹¹³ A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 1997, s. 113.

przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia, w którym umowa ubezpieczenia uważana jest za zawartą. W przypadku braku odstąpienia od umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka. Jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Jeżeli po zawarciu umowy wartość ubezpieczonego mienia uległa zmniejszeniu, ubezpieczający może żądać odpowiedniego zmniejszenia sumy ubezpieczenia. Zmniejszenia sumy ubezpieczenia może także z tej samej przyczyny dokonać jednostronnie zakład ubezpieczeń, zawiadamiając o tym jednocześnie ubezpieczającego. Zmniejszenie sumy ubezpieczenia pociąga za sobą odpowiednie zmniejszenie składki, począwszy od dnia pierwszego tego miesiąca, w którym ubezpieczający zażądał zmniejszenia sumy ubezpieczenia lub w którym zakład ubezpieczeń zawiadomił ubezpieczającego o jednostronnym zmniejszeniu tej sumy.

Przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W przypadku braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka nie została zapłacona w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niepłacenia składki¹¹⁴.

Specyficzne **cechy ubezpieczeniowego stosunku prawnego** łączącego strony transakcji na rynku ubezpieczeniowym. Do głównych cech tego stosunku należą w szczególności:

- charakter zobowiązaniowy,
- wzajemność,
- losowość i kalkulacyjność,
- podmiotowość (obecność) ubezpieczyciela i ubezpieczonego.

Charakter zobowiązaniowy – zarówno zakład ubezpieczeń, jak i ubezpieczający są wzajemnie wierzycielami i dłużnikami.

Wzajemność – według art. 487 § 1 k.c. (*Kodeksu cywilnego*) umowa jest wzajemna, gdy obie strony zobowiązują się w taki sposób, że świadczenie jednej z nich ma być odpowiednikiem świadczenia drugiej. Przyjmuje się, że to strony uważają świadczenie za wzajemnie wymienne, nie zachodzi zaś równowaga świadczeń lub ich ekwiwalent, za jeden okres ubezpieczenia można otrzymać odszkodowanie równe wielokrotności zapłaconej składki.

¹¹⁴ Por. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*, art. 805-830 (dalej: *Kodeks cywilny*).

Losowość – charakterystyczną cechą stosunku ubezpieczenia jest element losowości. Twierdzenie to jest jednak tylko częściowo słuszne, gdyż cecha ta nie występuje po obydwu stronach tej więzi prawnej. Faktem jest, że efekt ekonomiczny każdej pojedynczej umowy ubezpieczenia zależy od nastąpienia lub nienastąpienia określonego zdarzenia losowego. Ubezpieczający zgadza się na opłacenie składki po to, aby uniknąć negatywnych skutków takich zdarzeń. Z drugiej strony działalność zakładu ubezpieczeń dzięki temu, że jest oparta na prawidłowych podstawach statystyczno-matematycznych, a więc na właściwej kalkulacji składek, oraz że obejmuje dużą zbiorowość ubezpieczeń – jest wolna od losowości w wyższym stopniu niż działalność innych jednostek gospodarczych.

Podmiotowość – jedną ze stron prawnego stosunku ubezpieczenia musi być podmiot uprawniony do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, jakim jest zakład ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń jest koniecznym uczestnikiem prawnego stosunku ubezpieczenia. Drugą stroną stosunku ubezpieczenia jest ubezpieczający, czyli osoba, która we własnym imieniu zawiera transakcję z zakładem ubezpieczeń¹¹⁵.

Kwalifikacja prawna umowy ubezpieczenia

Wszystkie ubezpieczenia w Polsce są umowne, tzn.¹¹⁶:

1. Umowa nazwana (do określenia istoty oraz podstawowych praw i obowiązków stron zawierających umowę ubezpieczenia wydano szczegółowe przepisy prawne (infrastruktura prawna).
2. Umowa zobowiązaniowa (umowa ubezpieczenia ustala zobowiązanie o charakterze majątkowym dla stron występujących w umowie i regulowana jest przepisami *Kodeksu cywilnego* w zakresie zobowiązań).
3. Umowa dwustronnie zobowiązująca (efektem zawarcia umowy ubezpieczenia są powstające prawa i obowiązki względem zakładu ubezpieczeń i ubezpieczającego).
4. Umowa wzajemna (w zamian za uiszczoną przez ubezpieczającego składkę ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń ponosi ryzyko wypłaty odszkodowania lub świadczenia ubezpieczeniowego).
5. Umowa przyczynowa (kauzalna) (podstawą umowy ubezpieczenia jest wypadek ubezpieczeniowy, a efekt ekonomiczny stosunku prawnego ubezpieczenia zależy od jego wystąpienia lub niewystąpienia. Jakkolwiek ubezpieczenie służy eliminacji losowości, to jednak oparte jest na podstawach wolnych od losowości (prawa wielkich liczb).

¹¹⁵ M. Hyski *Ubezpieczenie jako instrument finansowej kontroli ryzyka*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias” 2017, z. 11, s. 109-121.

¹¹⁶ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, dz. cyt., s. 20.

6. Umowa o świadczenie usług (umowa ubezpieczenia dotyczy sprzedaży usługi ubezpieczeniowej).
7. Umowa odpłatna (umowa ubezpieczenia jest ze swej istoty umową odpłatną – zakład ubezpieczeń jest stroną świadczącą jedynie w zamian za zapłatę składki ubezpieczeniowej).
8. Umowa konsumencka (usługobiorcą jest podmiot fizyczny lub prawny jako strona).
9. Umowa kwalifikowana (jedną ze stron umowy zobowiązaniowej jest zawsze zakład ubezpieczeń).
10. Umowa adhezyjna (umowa przystąpienia, w której najważniejsze warunki określił jeden z kontrahentów, zazwyczaj ekonomicznie silniejszy, często występujący w pozycji „monopolistycznej”, drugi natomiast może je zaakceptować i przystąpić do umowy lub zrezygnować z jej zawarcia).
11. Umowa o charakterze masowym (żaden konkretny stosunek prawny ubezpieczenia nie mógłby istnieć bez wielkiej liczby takich stosunków prawnych).

Elementy umowy ubezpieczenia

W umowie ubezpieczenia wymienione są konkretne ryzyka objęte usługą ubezpieczeniową. Są w niej zawarte również warunki ubezpieczenia, które określają między innymi:

- przedmiot ubezpieczenia;
- zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- występowanie i rodzaj ograniczeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (np. szkody powstałe w szczególnych okolicznościach);
- sposób zawarcia umowy ubezpieczenia;
- rozpoczęcie i zakończenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (okres trwania ubezpieczenia);
- rodzaje świadczeń i sposób ustalenia sumy ubezpieczenia;
- sposób ustalenia składki ubezpieczeniowej i termin, w jakim powinna być opłaćana przez ubezpieczającego;
- obowiązki ubezpieczającego w czasie trwania ubezpieczenia oraz w razie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego;
- sposób i termin ustalania wysokości szkody (świadczenia) przez zakład ubezpieczeń oraz termin wypłaty ustalonego odszkodowania;
- okoliczności i termin ewentualnej odmowy uznania roszczeń ubezpieczającego.

Obowiązkiem ubezpieczającego, określonym w umowie ubezpieczeniowej, która jest umową dwustronną, jest przede wszystkim płacenie składki. Pozostałe obowiązki można podzielić w zależności od okresu ich występowania na trzy grupy¹¹⁷:

¹¹⁷ Por. R. Pajewska, *Podstawy prawne...*, dz. cyt., s. 96-97.

- obowiązki przed zawarciem umowy, czyli udzielenie prawdziwych, dokładnych informacji potrzebnych do zawarcia umowy ubezpieczeniowej;
- obowiązki w trakcie trwania ubezpieczenia, czyli przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i sygnalizowanie zmian, jakie zachodzą w ewentualnym ryzyku;
- obowiązki w momencie zaistnienia szkody, czyli zabezpieczenie szkody, niedokonywanie zmian i umożliwienie przedstawicielowi zakładu ubezpieczeniowego ustalenia wysokości strat oraz przyczyn powstania szkody.

Skutki naruszenia obowiązków ubezpieczającego, czyli sankcje¹¹⁸:

- zwiększenie składki,
- zmniejszenie odszkodowania,
- odmowa odszkodowania,
- odstąpienie od umowy,
- zwolnienie z odpowiedzialności.

Warunki zastosowania sankcji¹¹⁹:

1. Tylko gdy przewiduje to przepis (*numerus clausus*).
2. Umowa lub OWU mogą przypadki zastosowania sankcji konkretyzować, ale nie mnożyć.
3. Naruszenia muszą być skutkiem winy kwalifikowanej (umyślności lub rażącego niedbalstwa).
4. Wina kwalifikowana musi być winą własną ubezpieczającego albo winą osób, za które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność lub z którymi pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
5. Musi istnieć związek przyczynowy pomiędzy nastąpieniem wypadku lub jego rozmiarami a zawinionym działaniem lub zaniechaniem ubezpieczającego.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na różny czas trwania usługi. Może być ubezpieczenie roczne, krótkoterminowe, długoterminowe oraz bezterminowe. W tym ostatnim przypadku czas trwania świadczenia nie jest z góry ustalony, np. ubezpieczenie renty dożywotniej. Data zawarcia umowy nie zawsze pokrywa się z datą rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeniowego. Różnica między tymi datami jest nazywana **karencją**.

Z reguły umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie pisemnej, należy jednak pamiętać, że forma ta nie została nigdzie zastrzeżona i nie stanowi ona przesłanki ważności tej umowy. Formalny początek ubezpieczenia określany jest datą zawarcia umowy ubezpieczenia.

Integralną częścią składową umowy ubezpieczenia stanowią **ogólne warunki ubezpieczenia** (tzw. OWU). Zadaniem ogólnych warunków ubezpieczenia jest jasne i wyraźne ustalenie wzajemnych praw i obowiązków stron umowy ubezpie-

¹¹⁸ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, dz. cyt., s. 28.

¹¹⁹ Tamże, s. 28.

czenia. Mają one na celu przede wszystkim ułatwienie masowego zawierania umów ubezpieczenia przez ich ujednoczenie (standaryzację). Dla każdego rodzaju ubezpieczeń wprowadza się odrębne ogólne warunki ubezpieczenia¹²⁰.

6.3. Strony umowy ubezpieczenia

Stronami umowy ubezpieczenia są zasadniczo ubezpieczający i zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel). Ubezpieczającym może być zarówno osoba prawna (np. zakład pracy ubezpieczający swoich pracowników), jak i osoba fizyczna.

W zawieraniu umowy ubezpieczeniowej mogą uczestniczyć pośrednicy działający w imieniu zakładów ubezpieczeń (agenci), pośrednicy działający w imieniu ubezpieczających (brokerzy) czy też pośrednicy mogący działać w interesie każdej ze stron umowy (maklerzy morscy).

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy ubezpieczenia

W razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu oraz w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą.

Jeżeli ubezpieczający dopuścił się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, odszkodowanie się nie należy, chyba że zapłata całości lub części odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach zasadom współzycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej.

Zakład ubezpieczeń obowiązany jest, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić ubezpieczającemu poniesione przez niego koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa wyżej, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne. Ogólne warunki ubezpieczenia dla poszczególnego rodzaju ubezpieczeń mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla ubezpieczającego.

Zakład ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający albo osoba, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za którą ponosi odpowiedzialność, wyrządziła szkodę umyślnie. W razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach zasadom współzycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej.

Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na zakład ubezpieczeń do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli zakład pokrył tylko część szkody, ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem zakładu ubezpieczeń.

¹²⁰Por. R. Pajewska, *Podstawy prawne...*, dz. cyt., s. 96-97.

Nie przechodzą na zakład ubezpieczeń roszczenia ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność¹²¹.

Beneficjenci

Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci; może również zawrzeć umowę ubezpieczenia na okaziciela. Ubezpieczony może to zastrzeżenie zmienić lub odwołać w każdym czasie. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilka osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia, a nie oznaczył ich udziału w tej sumie, uważa się, że udziały tych osób są równe. Suma ubezpieczenia przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym. 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.

Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na rzecz osoby trzeciej. Osoba trzecia może nie być w umowie wymieniona. Ubezpieczający może w czasie trwania umowy wskazywać osoby, na rzecz których została zawarta umowa. Obowiązki wynikające z umowy na rzecz osoby trzeciej obciążają ubezpieczającego. Zakład ubezpieczeń może podnieść również przeciwko osobie trzeciej zarzuty, które mają wpływ na odpowiedzialność zakładu z tytułu umowy ubezpieczenia. Jeżeli nie umówiono się inaczej, osobie trzeciej przysługuje bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń odszkodowanie lub świadczenie należne z tytułu tej umowy. Odszkodowanie lub świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej zakład ubezpieczeń może wypłacić ubezpieczającemu za zgodą osoby, na rzecz której umowa ubezpieczenia została zawarta¹²².

Przy ubezpieczeniu na życie samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia zakładu ubezpieczeń od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie lat dwóch od zawarcia umowy ubezpieczenia. Po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie zakład ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczający podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności zataił chorobę osoby ubezpieczonej. Ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin¹²³.

¹²¹ Por. *Kodeks cywilny*, art. 826-828.

¹²² Por. Tamże, art. 808 .

¹²³ Por. Tamże, art. 831-834.

6.4. Odszkodowanie ubezpieczeniowe

Odszkodowanie ubezpieczeniowe przybiera ze swej natury postać pieniężną (tzw. **restytucja pieniężna**). Nie ma jednak przeszkód, aby, korzystając z zasady wolności umów, strony przyjęły inną formę odszkodowania (tzw. **restytucję naturalną**). Jest to często spotykaną praktyką, zwłaszcza przy ubezpieczaniu ryzyk związanych z ruchem pojazdów mechanicznych (w ramach ubezpieczenia autocasco likwidacja szkody może następować przez naprawę samochodu w zakładzie usługowym powiązany z zakładem ubezpieczeń stosowną umową; ubezpieczony nie otrzymuje wtedy odszkodowania w formie pieniężnej, a w formie rzeczowej).

W niektórych ubezpieczeniach odszkodowanie może obejmować utracone korzyści (np. ubezpieczenie tzw. utraty zysku; w istocie chodzi o ubezpieczenie ryzyka nieosiągnięcia zakładanego zysku; jest to jednak wyjątek od reguły) czy też obejmować wielkości odszkodowania według wartości nowej lub wartości odbudowy.

Jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest mienie, wtedy na wysokość odszkodowania ubezpieczeniowego wywiera wpływ tzw. **suma ubezpieczenia** (tj. kwota, na jaką zawarto ubezpieczenie; stanowi ona co najwyżej górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń). W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej górną granicę odpowiedzialności stanowi tzw. **suma gwarancyjna**. W odniesieniu do obowiązkowych (*sensu stricto*) ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej suma gwarancyjna jest minimalną sumą ubezpieczenia, określoną normami semiimperatywnymi (nie można jej ustalić na niższym poziomie, natomiast umownie można ją zwiększyć). Suma ubezpieczenia może być równa wartości ubezpieczonego mienia (stanowi wtedy tzw. **wartość ubezpieczeniową**), ale może też być od niego wyższa (tzw. **nadubezpieczenie**) lub niższa (**niedoubezpieczenie**).

Odszkodowanie ubezpieczeniowe może być ograniczone poprzez tzw. **udział własny poszkodowanego** (zmniejszenie odszkodowania o określony treścią stosunku ubezpieczenia procent, odpowiadający wysokości udziału) lub tzw. **franszyzę** (integralną lub redukcyjną). **Franszyza integralna** wyłącza odszkodowanie ubezpieczeniowe, gdy szkoda nie przekracza oznaczonego minimum, a **franszyza redukcyjna** powoduje zmniejszenie odszkodowania o oznaczoną sumę lub procent wartości przedmiotu ubezpieczenia¹²⁴.

Regres ubezpieczeniowy

Podstawowym założeniem ubezpieczenia majątkowego jest zasada, stanowiąca, że w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku losowego (ubezpieczeniowego), zakład ubezpieczeń wypłaci ubezpieczonemu określone odszkodowanie. Zasada ta zwana jest **zasadą odszkodowania**¹²⁵.

¹²⁴ J. Kufel, *Umowa ubezpieczenia i stosunek ubezpieczenia*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 136-137.

¹²⁵ W. Warkało, *Zasada odszkodowania w ubezpieczeniach*, „Studia Cywilistyczne” 1969, t. 13-14, s. 417 i nast.

Konsekwencją tej zasady jest pozbawienie ubezpieczającego, który otrzymał odszkodowanie ubezpieczeniowe, prawa do dochodzenia odszkodowania od sprawcy szkody (osoby trzeciej) – jest to regres ubezpieczeniowy. Stąd też z dniem zapłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na zakład ubezpieczeń do wysokości zapłaconego odszkodowania. Przejście wskazanego roszczenia następuje z mocy prawa.

W dwóch przypadkach (w odniesieniu do dwóch grup osób) zachodzą wyłączenia podmiotowe regresu ubezpieczeniowego. Na zakład ubezpieczeń nie przechodzą bowiem roszczenia ubezpieczającego przeciwko następującym osobom¹²⁶:

- a) z którymi ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- b) za które ponosi odpowiedzialność (przede wszystkim: małoletnie dzieci, osoby zatrudnione przez ubezpieczającego; osoby, którym ubezpieczający zlecił wykonanie określonych czynności).

Należy jednak podkreślić, że tak postanowienie umowy ubezpieczenia, jak i ogólne warunki mogą odmiennie określić krąg wskazanych wyżej osób.

6.5. Wygaśnięcie ubezpieczenia

Wygaśnięcie każdego stosunku zobowiązaniowego następuje bądź to z przyczyn ogólnych (mających zastosowanie do wszelkich stosunków zobowiązaniowych), bądź z przyczyn szczególnych (mających zastosowanie do konkretnego typu stosunku zobowiązaniowego, np. do stosunku ubezpieczenia).

Ogólnymi przyczynami powodującymi **wygaśnięcie zobowiązań** są przede wszystkim:

- spełnienie przez dłużnika świadczenia (zgodnie z treścią zobowiązania i sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu, zasadom współzycia społecznego oraz ustalonym zwyczajom);
- niemożność świadczenia, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności;
- umowa rozwiązująca.

Przyczynami szczególnymi wygaśnięcia prawnego stosunku ubezpieczenia są:

- upływ czasu, na jaki zawarto ubezpieczenie, jeżeli nie doszło do wyraźnego lub milczącego przedłużenia umowy;
- odstąpienie od umowy przez ubezpieczającego (w terminie określonym ogólnymi warunkami ubezpieczeń i ustawą o działalności ubezpieczeniowej);
- odstąpienie od umowy przez zakład ubezpieczeń (w przypadku zwłoki ubezpieczającego w zapłacie składki bądź w przypadku ujawnienia się okoliczności pociągającej za sobą nadzwyczajne zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego);

¹²⁶ Por. J. Kufel, *Umowa ubezpieczenia...*, dz. cyt., s. 138-139.

- wypowiedzenie umowy ubezpieczenia (w ubezpieczeniach majątkowych prawo wypowiedzenia może być umownie zawieszona na okres nie dłuższy niż dwa lata, a w ubezpieczeniach osobowych wypowiedzenie może być dokonane w każdym czasie, z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia);
- brak przyczyny umowy ubezpieczenia majątkowego wskutek okoliczności faktycznych (np. całkowite zniszczenie przedmiotu wskutek zdarzenia niemieszczącego się w zakresie objętym danym ubezpieczeniem) lub zdarzeń prawnych (np. wyrejestrowanie ubezpieczonego pojazdu mechanicznego);
- utrata praw z ubezpieczenia (z mocy prawa lub w związku z wystąpieniem przesłanek utraty praw przewidzianych w umownych klauzulach).

Utrata praw z ubezpieczenia ma miejsce w razie¹²⁷:

- zawinionego niedopełnienia przez ubezpieczającego obowiązku zgłoszenia okoliczności, o które zakład ubezpieczeń zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach;
- niepodjęcia działań w celu zmniejszenia szkody i zabezpieczenia mienia;
- gdy szkoda wynikła z winy umyślnej ubezpieczającego lub osoby pozostającej z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, albo za którą ponosi odpowiedzialność.

6.6. Przedawnienie roszczeń ubezpieczeniowych

Roszczenie poszkodowanego do zakładu ubezpieczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla danego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłą z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Roszczenia te ulegają przedawnieniu po upływie trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia; jednakże w każdym przypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni (przestępstwa zagrożonego karą nie niższą od trzech lat pozbawienia wolności) lub występku (przestępstwa zagrożonego karą poniżej trzech lat pozbawienia wolności), roszczenie ulega przedawnieniu z upływem lat dziesięciu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia¹²⁸.

¹²⁷ Tamże, s. 140-141.

¹²⁸ J. Kufel, *Umowa ubezpieczenia...*, dz. cyt., s. 142.

Jeżeli nie umówiono się inaczej, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

Przewidziane w umowie ubezpieczenia skutki niezawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku nie następują, jeżeli zakład ubezpieczeń otrzymał w terminie wyznaczonym do zawiadomienia urzędowo stwierdzoną wiadomość o okolicznościach, które należało podać do wiadomości zakładu¹²⁹.

Zadania kontrolne

1. Scharakteryzować rodzaje polis ubezpieczeniowych.
2. Podać strony umowy ubezpieczenia.
3. Wymienić elementy umowy ubezpieczenia.
4. Podać okres przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.
5. Scharakteryzować specyficzne cechy ubezpieczeniowego stosunku prawnego.
6. Podać kwalifikację prawną umowy ubezpieczenia.
7. Zdefiniować pojęcie regresu ubezpieczeniowego.

¹²⁹ Por. *Kodeks cywilny*, art. 817-818.

7. POJĘCIE I ISTOTA REASEKURACJI I KOASEKURACJI

7.1. Istota reasekuracji, retrocesji i koasekuracji

Przez reasekurację rozumie się umowę zawartą pomiędzy ubezpieczycielem a reasekuratorem, na mocy której następuje podział lub odstąpienie ryzyk w ten sposób, że ubezpieczyciel nadal pozostaje jedynie i wyłącznie odpowiedzialny bezpośrednio wobec ubezpieczonego.

Poza specyficznymi wyjątkami regulowanymi specjalnymi klauzulami, zobowiązania reasekuratora dotyczą wyłącznie ubezpieczyciela i tylko poprzez niego są przenoszone na wspólnotę ubezpieczonych. Reasekurator nie ma z reguły bezpośrednich relacji z ubezpieczonymi i nie uczestniczy zazwyczaj ani w procesie akwizycji ubezpieczeń, ani też w procesie likwidacji szkód i wypłaty świadczeń. Jest on swego rodzaju hurtownikiem ubezpieczeniowym, ubezpieczycielem wyspecjalizowanym w ubezpieczaniu towarzystw ubezpieczeniowych.

Zakład ubezpieczeń odstępujący (cedujący) część lub całość ryzyka nosi nazwę cedenta lub reasekurowanego, przyjmujący zaś ryzyko na swoją odpowiedzialność nazywany jest reasekuratorem lub cesjonariuszem.

Ryzyko przyjęte do reasekuracji może być przez pierwszego reasekuratora reasekurowane dalej. Mamy wówczas do czynienia z retrocesją, gdzie zakład odstępujący ryzyko nosi nazwę retrocedenta, a przyjmujący ryzyko – retrocesjonariusza.

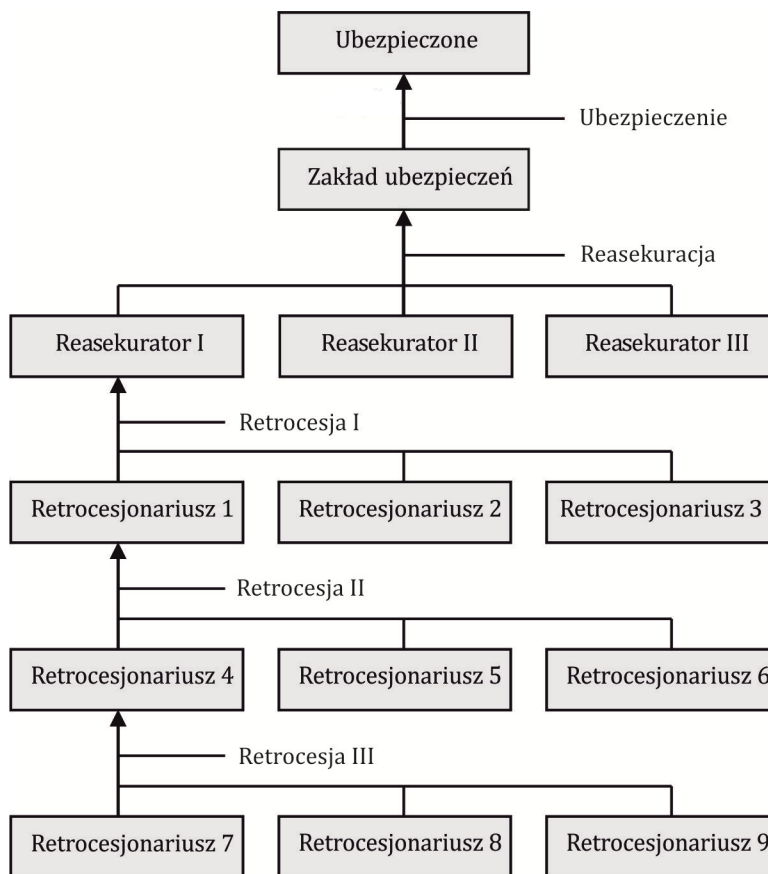
Retrocesja zachodzi wyłącznie między reasekuratorami i trwa tak długo, aż wyczerpane zostaną potrzeby wtórnego i dalszych podziałów ryzyka. Wtórne i dalsze podziały ryzyk, które dokonują się w procesie reasekuracji, związane są zasadniczo z niejednorodnością ubezpieczonych ryzyk znajdujących się w portfelu ubezpieczyciela. Niejednorodność ta może być dwojaka:

co do poziomu ryzyka (jakościowa),

co do wysokości sumy ubezpieczenia (ilościowa).

Reasekuracja nie jest jedyną techniką wyrównywania ryzyka poprzez jego podział. Można w tym celu posłużyć się koasekuracją (*coinsurance*), czyli techniką ubezpieczenia jednego ryzyka u wielu ubezpieczycieli. Koasekuracja, czyli współubezpieczenie jest techniką rozproszenia ryzyka, którego istota zawiera się wyłącznie w działalności ubezpieczeniowej.

Koasekuracja może występować w dwóch formach: jako koasekuracja zewnętrzna lub wewnętrzna. **Koasekuracja zewnętrzna** polega na tym, że każdy ubezpieczyciel ubezpiecza określoną część ryzyka i za tę część odpowiada bezpośrednio przed ubezpieczonym. Nie jest to dla ubezpieczonego forma wygodna, a to z uwagi na kłopoty związane z administracją takim programem ubezpieczeniowym, np. konieczność wpłaty składek do wielu ubezpieczycieli czy konieczność dochodzenia świadczeń i odszkodowań od każdego ubezpieczyciela oddzielnie. Z tego względu znacznie atrakcyjniejszą formą, ale tylko z uwagi na zmniejszenie uciążliwości administrowania, może być **koasekuracja wewnętrzna**. W tym przypadku tylko jeden ubezpieczyciel odpowiada za całe ryzyko wobec ubezpieczonego, pozostali zaś ubezpieczyciele odpowiadają wyłącznie wobec pierwszego ubezpieczyciela. Nawet jednak i w tym drugim przypadku ewentualne spory pomiędzy ubezpieczonym a jego ubezpieczycielami koasekurantami mogą być regulowane jedynie w drodze negocjacji bezpośrednich pomiędzy klientem i konkretnym koasekurantem.



Rysunek 28. Ubezpieczenie, reasekuracja, retrocesja

Źródło: J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 128

Z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń wyróżnia się reasekurację bierną i czynną. **Odstępowanie części lub całości ryzyka nazywane jest reasekuracją bierną, natomiast przejmowanie – reasekuracją czynną.** Zakład ubezpieczeń prowadzi zazwyczaj zarówno reasekurację bierną, jak i czynną. Wynika to z generalnej zasady działania reasekuracji, a mianowicie z chęci rozproszenia ryzyka i jednocześnie dążenia do stworzenia jednorodnych portfeli poszczególnych ryzyk¹³⁰.

Ubezpieczyciel z reguły przekazuje reasekuratorowi tylko część ponoszonego przez siebie ryzyka. Część ryzyka, którą ubezpieczyciel zdecyduje się sam ponieść, nazywa się retencją (udziałem własnym)¹³¹.

7.2. Metody reasekuracji

Przez metodę reasekuracji rozumie się charakter zobowiązań umownych łączących strony umowy reasekuracyjnej. W praktyce ukształtowały się cztery podstawowe metody reasekuracji:

- reasekuracja obligatoryjna lub obowiązkowa (treaty reinsurance),
- reasekuracja fakultatywna lub dobrowolna (facultative reinsurance),
- reasekuracja fakultatywno-obligatoryjna (facultative obligatory covers, open covers),
- poole reasekuracyjne (reinsurance pools).

Reasekuracja obligatoryjna, zwana inaczej automatyczną, stanowi ciągle jeszcze najbardziej rozpowszechnioną współcześnie metodę reasekuracji. Jej podstawą jest porozumienie pomiędzy ubezpieczycielami a reasekuratorem, w myśl którego cedent zobowiązuje się do przekazywania, a reasekurator do przyjmowania automatycznie każdego ryzyka objętego programem.

Reasekuracja fakultatywna jest historycznie najstarszą metodą reasekuracji. Jej istotą jest swoboda w zakresie indywidualnego podjęcia decyzji co do podziału ryzyka pomiędzy **cedentem a reasekuratorem**. Przy asekuracji fakultatywnej obie strony umowy mają pełną swobodę wyboru. Zakład ubezpieczeń – cedent – podejmuje decyzje, czy i w jakim zakresie reasekurować poszczególne ryzyka, natomiast reasekurator może decydować o tym, czy i w jakim zakresie przyjąć oferowane mu do ochrony ryzyka. Z tego względu reasekuracja ta nosi także nazwę opcyjnej.

Reasekuracja fakultatywno-obligatoryjna, zwana inaczej reasekuracją otwartej ochrony (*open cover*), jest metodą reasekuracji zawierającą zarówno pewne elementy reasekuracji dobrowolnej, jak i obligacyjnej. Stanowi ona w istocie rzeczy w języku rynku finansowego opcję sprzedaży (*put*), którą dysponuje cedent. Umowa

¹³⁰ Por. J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1, dz. cyt., s. 126-130.

¹³¹ K. Jajuga, *Reasekuracja*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 307.

o reasekuracji faktyczno-obligatoryjnej daje bowiem cedentowi prawo swobodnej decyzji co do tego, jakie rodzaje ryzyka i w jakiej części przekazać reasekuratorowi, który z kolei przyjmuje je automatycznie, nie mając prawa do odmowy.

Ostatnią z głównych metod reasekuracji są poole reasekuracyjne, zwane też reasekuracją syndykatową, a więc porozumieniem grup ubezpieczycieli, którzy łączą się w celu lepszego rozłożenia ryzyka. Uczestnicy porozumienia przekazują do poolu uzgodnioną część lub całość swoich portfeli ubezpieczeniowych, które następnie po wymieszaniu i podziale są umieszczane u nich z powrotem w przyjętych, określonych proporcjach. Niekiedy organizacje poolowe zawierają dodatkowo umowy, w tym np. nadwyżki szkody, reasekurujące cały ich portfel na zewnątrz. Porozumienia poolowe są zazwyczaj zarządzane na dwa alternatywne sposoby:

- przez powołanie do życia wyodrębnionego zakładu reasekuracyjnego, obsługującego wyłącznie członków porozumienia;
- przez wyznaczenie spośród sygnatariuszy umowy zakładu ubezpieczeń zarządzającego działalnością poolu.

Poole reasekuracyjne, podobnie zresztą jak identyczne w treści porozumienia ubezpieczeniowe, tworzone są dla specyficznych, najczęściej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa wydarzenia się ogromnych szkód, ryzyk czy nawet rodzajów ubezpieczeń, np. dla takich ryzyk, jak ryzyka lotnicze, nuklearne, związane z ochroną środowiska naturalnego, substandardowe ryzyka w ubezpieczeniach życiowych czy też katastrofy naturalne¹³².

7.3. Formy reasekuracji

Przez formę reasekuracji rozumie się sposób podziału ryzyka pomiędzy cedentem (ubezpieczycielem) a reasekuratorem. Reasekuracja może przybrać różne formy. Najczęściej ogół umów reasekuracyjnych dzieli się na dwie podstawowe grupy:

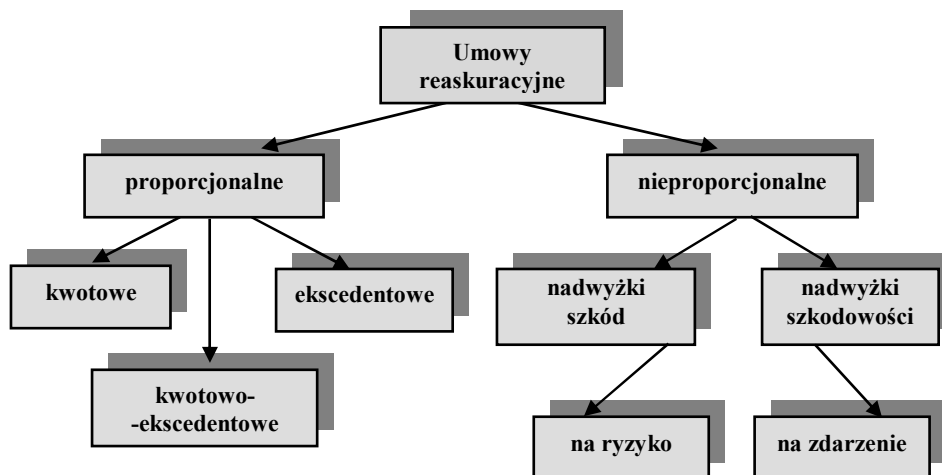
- reasekurację proporcjonalną,
- reasekurację nieproporcjonalną.

Reasekuracja proporcjonalna charakteryzuje się tym, że udział reasekuratora w każdym ryzyku jest ustalony w umówionym stosunku do cedenta, a więc reasekurowanego. W myśl tej umowy reasekurator przejmuje określoną część całej składki ubezpieczeniowej pomniejszonej o prowizję reasekuracyjną oraz uczestniczy w takim samym stopniu w pokryciu wszystkich szkód odnotowanych w reasekurowanym portfelu. W reasekuracji proporcjonalnej reasekurator jednoznacznie dzieli los reasekurowanego. Zasada ta nie ma zastosowania do umów reasekuracji nieproporcjonalnej.

¹³² J. Monkiewicz, *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1, dz. cyt., s. 135-138.

W skład umów reasekuracji proporcjonalnej wchodzi:

- umowy kwotowe (*quota share treaty*),
- umowy ekscedentowe lub nadwyżkowe (*surplus treaty*) oraz
- umowy kwotowo-ekscedentowe (*quota share and surplus treaty*).



Rysunek 29. Formy reasekuracji

Źródło: J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1, dz. cyt., s. 139

Reasekuracja proporcjonalna kwotowa (typu *quota share*)

Umowy kwotowe są najprostszą formą reasekuracji. Ich istota polega na odstępowaniu reasekuratorowi uzgodnionej części całego portfela ryzyk objętego umową. W tym kontrakcie reasekurator przejmuje ustalony procent każdej polisy ubezpieczeniowej sprzedanej przez ubezpieczyciela. Współczynnik ten nosi nazwę *quota*. Określa on proporcje podziału sumy ubezpieczenia, składki oraz strat między ubezpieczyciela i reasekuratora.

Reasekuracja proporcjonalna ekscedentowa (typu *surplus*)

W tym kontrakcie reasekurator również przejmuje jakiś procent polis ubezpieczeniowych ubezpieczyciela, ale jedynie powyżej pewnego limitu. Limit ten określa retencję ubezpieczyciela. Podobnie określony jest również pewien górny limit, powyżej którego reasekurator nie partycypuje w ryzyku. W ramach tych limitów są ustalone proporcje podziału sumy ubezpieczenia, składki oraz strat między ubezpieczyciela i reasekuratora.

Reasekuracja proporcjonalna kwotowo-ekscedentowa

Reasekuracja proporcjonalna kwotowo-ekscedentowa charakteryzuje się kompozytowym zastosowaniem zasad reasekuracji kwotowej oraz ekscedentowej, czyli cały portfel danego rodzaju ubezpieczeń reasekurowany jest kwotowo, a wybrane

ryzyka wychodzące poza zaakceptowany przez ubezpieczyciela poziom reasekurowany jest za pomocą reasekuracji ekscedentowej¹³³.

Umowy reasekuracji nieproporcjonalnej, które pojawiły się w praktyce znacznie później od proporcjonalnych, **polegają na tym, że przy podziale ryzyka pomiędzy reasekurowanego a reasekuratora nie obowiązują żadne z góry określone proporcje**. Reasekurator będzie zobowiązany do pokrycia szkody lub szkodowości tylko w tym przypadku, gdy przekroczy ona z góry określoną wielkość.

Reasekuracja nieproporcjonalna powstała wskutek pewnych mankamentów reasekuracji proporcjonalnej, która nie pozwalała na optymalną ochronę interesów ubezpieczyciela w przypadku pojawienia się ryzyka w danym okresie, jedynie maksymalnie kilku szczególnie wysokich szkód bądź w przypadku sporadycznego występowania szkód o przeciętnych rozmiarach, ale nader licznych (np. w efekcie klęski żywiołowej). Wśród umów reasekuracji nieproporcjonalnej wyróżniamy:

- umowy nadwyżki lub nadmiaru szkody (*excess of loss treaty*),
- umowy nadwyżki lub nadmiaru szkodowości (*stop loss aggregate excess of loss ratio treaty*).

Reasekuracja nieproporcjonalna nadwyżki szkody (typu *excess of loss*)

Istotę reasekuracji nadwyżki szkody stanowi zobowiązanie reasekuratora do pokrycia tej części szkody, która jest wyższa od przyjętej wielkości udziału cedenta w szkodzie, a niższa od sumy stanowiącej granicę odpowiedzialności reasekuratora. Wysokość szkody, do której odpowiedzialność za nią ponosi cedent i od której zaczyna się odpowiedzialność reasekuratora, nosi nazwę **priorytetu** lub **fransyzy** (*priority, excess point*). Granica odpowiedzialności reasekuratora z tytułu jednego zdarzenia losowego nosi nazwę **limitu pokrycia reasekuracyjnego**.

W tym kontrakcie, tak jak w każdej reasekuracji nieproporcjonalnej, podział ryzyka jest zależny od strat, które wystąpiły. Określa się limit strat (*deductible*). Strata, która nie przekracza tej wartości, jest w całości pokrywana przez ubezpieczyciela. Reasekurator pokrywa natomiast wszystkie straty powyżej tego limitu, lecz z reguły tylko do pewnego górnego limitu. Często wyróżnia się tutaj dwa typy kontraktów:

- pokrycia ryzyka (*covers per risk*), w skrócie WXL-R;
- pokrycia zdarzenia katastrofalnego (*covers per catastrophic event*), w skrócie Cat-XL.

W pierwszym typie kontraktów dowolna szkoda może spowodować przekroczenie limitu strat, co oznacza realizację kontraktu reasekuracyjnego. W drugim typie kontraktów tylko zdarzenie katastrofalne (np. trzęsienie ziemi na danym obszarze), wywołujące więcej szkód, może spowodować przekroczenie limitu strat¹³⁴.

¹³³ Por. J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1, dz. cyt., s. 143.

¹³⁴ Por. Tamże, s. 310-311.

Reasekuracja nieproporcjonalna nadwyżki szkodowości (typu *stop loss*)

Drugim rodzajem reasekuracji nieproporcjonalnej jest **reasekuracja nadwyżki (nadmiaru) szkodowości (*stop loss* lub *excess of loss ratio reinsurance treaty*)**. W reasekuracji tego rodzaju odpowiedzialność reasekuratora dotyczy sytuacji, w której wartość odnotowanych szkód w danym roku powoduje albo przekroczenie uzgodnionego wskaźnika szkodowości (tzn. stosunku wartości szkód do wartości zebranej składki ubezpieczeniowej), albo też ustalony poziom kwotowy. Reasekuracja ta dotyczy całego portfela ubezpieczeń danego rodzaju bądź wręcz całego portfela ubezpieczeń zakładu, chroniąc w ten sposób jego gospodarę finansową przed skutkami nadmiernej szkodowości¹³⁵.

Jest to kontrakt reasekuracyjny przeznaczony dla tych ubezpieczycieli, którzy chcą się zabezpieczyć przed wahaniami w długim okresie, np. przed znacznymi wahaniami współczynnika szkodowości. Kontrakt jest tak skonstruowany, że reasekurator płaci ubezpieczycielowi sumę będącą ustalonym procentem jego dochodów ze składek wtedy, gdy wielkości strat przekroczą pewien zadany poziom (tzw. *deductible*), zdefiniowany jako procent rocznych dochodów ze składek¹³⁶.

W reasekuracji wielkość ryzyka zatrzymanego na własnym rachunku cedenta określana jest mianem **zachowka (*retention*)**. Wielkość ta może być określana przez wartość procentową składki, jaką cedent postanawia i gwarantuje, że będzie trzymał na własnym rachunku lub też przez maksymalną wartość własnej odpowiedzialności wyrażonej w wielkościach liczbowych, którą cedent zapłaci w przypadku wydarzenia się maksymalnej szkody.

Pojęcie zachowka występuje głównie w reasekuracji proporcjonalnej. W umowach nieproporcjonalnych cedent również ponosi określoną wielkość szkody, ale z uwagi na inną konstrukcję tego rodzaju pokrycia używamy pojęcia **priorytetu (*priority*)** lub **punktu granicznego (*excess point*)**, do którego, w przypadku wystąpienia szkody, odpowiada cedent. Oczywiście, ponieważ jest to punkt graniczny, to od tej wartości rozpoczyna się również odpowiedzialność reasekuratora. Wysokość priorytetu, podobnie jak w umowie proporcjonalnej wartości zachowka, może być wyznaczona w wartości liczbowej lub w procentach.

W przypadku, kiedy wielkość priorytetu i limitu odpowiedzialności reasekuratora jest określana poprzez wartości procentowe, mówimy o **umowie nadwyżki szkodowości (*stop loss*)**. Wyznaczenia wartości zachowka dokonuje sam zakład ubezpieczeń, który w swoich procedurach akceptacji ryzyk powinien określić to przez przyjęcie limitów akceptacyjnych dla poszczególnych grup ubezpieczeń oraz w zależności od stopnia zagrożenia, również dla konkretnych rodzajów ryzyk.

¹³⁵ Por. K. Jajuga, *Reasekuracja...*, dz. cyt., s. 139-147.

¹³⁶ Por. Tamże, s. 312.

Przez wyznaczenie **limitu umowy reasekuracyjnej** rozumie się bezwarunkową granicę ograniczającą odpowiedzialność reasekuratora, wynikającą z jednego pojedynczego ryzyka lub ze szkody katastroficznej. Limit umowy służy także do uzgodnienia udziałów poszczególnych reasekuratorów w umowie reasekuracyjnej.

Maksymalna odpowiedzialność reasekuratora wyrażona limitem umowy reasekuracyjnej ma inny efekt finansowy w umowie proporcjonalnej niż w umowie nieproporcjonalnej. W pierwszej – jego jednostkowa odpowiedzialność nie przekroczy ustalonego limitu, ale liczba takich wydarzeń jest nieograniczona. Ilekroć cedent zanotuje w swoim portfelu szkodę, tylekroć reasekurator zobowiązany jest mu ją zrekompensować. Pokrycia nieproporcjonalne natomiast w treści umowy, wyraźnie wyznaczając maksymalny limit odpowiedzialności, określają również maksymalną liczbę wydarzeń o wartości równej limitowi pokrycia, za które odpowiada reasekurator¹³⁷.

Zadania kontrolne

1. Zdefiniować pojęcie reasekuracji.
2. Zdefiniować pojęcie cedenta.
3. Zdefiniować pojęcie reasekuratora.
4. Zdefiniować pojęcie retrocesji.
5. Zdefiniować pojęcie retro cedenta.
6. Zdefiniować pojęcie retro cesjonariusza.
7. Zdefiniować pojęcie koasekuracji.

¹³⁷ Por. R. Micyk, *Zarządzanie reasekuracją w zakładzie ubezpieczeń*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 3 – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 486-490.

8. FINANSE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

8.1. Zasady ustalania składki ubezpieczeniowej

Składki w ubezpieczeniach majątkowych

W literaturze przedmiotu określone są zasady ustalania składek ubezpieczeniowych i tzw. reguły finansowe ubezpieczeń. Do zasad ustalania składek ubezpieczeniowych należą:

- masowość transakcji,
- długoterminowość transakcji,
- odpowiednia kalkulacja składki.

Do „złoty” reguły finansowych ubezpieczeń zaliczamy¹³⁸:

- Regułę równowagi składek i świadczeń, która oznacza konieczność zagwarantowania równowagi pomiędzy funduszem ubezpieczeniowym a wypłatami świadczeń i odszkodowań. Reguła ta nie przesądza jednak o charakterze repartycji obciążeń na poszczególnych członków wspólnoty ryzyka.
- Regułę proporcjonalności składek i świadczeń, która oznacza konieczność zachowania odpowiedniej relacji pomiędzy składką a oczekiwanym świadczeniem ubezpieczeniowym. W praktyce oznacza to, że wysokość składki jest funkcją wysokości sumy ubezpieczenia. Im wyższa jest suma ubezpieczenia, tym wyższy powinien być poziom wnoszonej składki.
- Regułę równowartości składek i świadczeń, zwaną także „zasadą składki sprawiedliwej”, która oznacza konieczność zapewnienia odpowiedniej relacji pomiędzy obciążeniem finansowym poszczególnych członków wspólnoty ryzyka a rozmiarami ryzyka wniesionego do wspólnoty ubezpieczeniowej. Stąd wynika konieczność stosowania zasady indywidualizacji obciążeń w postaci składki. Pełna indywidualizacja składki następuje przy metodzie stawki zróżnicowanej, co zakłada przeprowadzenie ścisłej klasyfikacji ubezpieczonych ryzyk.

W ubezpieczeniach majątkowych podstawą kalkulacji składek jest przyjęcie założenia, że suma składek netto (S) za dany okres ubezpieczenia pewnego zbioru rodzajów ryzyka powinna być równa oczekiwanej sumie odszkodowań i świadczeń za szkody wynikłe w tym zbiorze (O), czyli $S = O$.

¹³⁸ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, dz. cyt., s. 17; *Kodeks cywilny*, art. 805-834.

Powyższe założenie jest wspomnianą wcześniej zasadą równowagi składek i odszkodowań. Przyjmijmy, że: a) wszystkie ryzyka są ubezpieczone na jednakową sumę, b) została zachowana zasada równowagi składek i odszkodowań, c) każdy wypadek ubezpieczeniowy powoduje szkodę całkowitą, d) 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).

Suma składki netto (S) za dany okres ubezpieczenia pewnego jednorodnego zbioru ryzyk będzie wtedy równa iloczynowi stopy składki netto (s), jednostkowej sumy ubezpieczenia (u) i liczby obiektów (N):

$$S = s \times u \times N$$

Natomiast oczekiwana suma odszkodowań i świadczeń za szkody wynikłe w tym zbiorze (O) będzie równa iloczynowi prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego (p), sumy ubezpieczenia (u) i liczby obiektów (N):

$$O = p \times u \times N$$

Zgodnie z zasadą równowagi składek i odszkodowań:

$$S = O$$

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

$$s = p$$

wniosujemy, że stopa składki netto od jednostki sumy ubezpieczenia w okresie jednego roku równa jest prawdopodobieństwu zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Wskaźnik szkodowości sumy ubezpieczenia i jego elementy

W kalkulacji stawek ubezpieczeniowych netto posługujemy się jednym uniwersalnym wskaźnikiem, mianowicie stosunkiem sumy odszkodowań wypłaconych w danym okresie (roku) do sumy ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych obiektów danej kategorii w danym okresie (roku). Wskaźnik ten nazywamy **szkodowością sumy ubezpieczenia** i oznaczamy literą t . Jest on zwykle wyrażony w promi-
lach lub procentach i można go przedstawić za pomocą następującego wzoru:

$$r = \frac{Q}{U_N},$$

gdzie:

Q = suma wszystkich wypłaconych odszkodowań i świadczeń danego okresu,

U_N = suma ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych obiektów danego okresu.

Wskaźnik t charakteryzuje ubytek ubezpieczonego majątku, powstały w danym okresie w danej grupie lub rodzaju ubezpieczeń wskutek określonych zdarzeń losowych. Z tego względu jest on nazywany również **stopą ubytku sumy ubezpieczenia**. W zależności od rodzaju ubezpieczeń, dla którego jest liczony, może być nazywany np. w ubezpieczeniach ogniowych – wskaźnikiem palności, w ubezpieczeniach gradowych – wskaźnikiem gradowości.

Wskaźnik ten jest wskaźnikiem syntetycznym i pozwala na obliczenie przeciętnej stopy składki (stawki) ubezpieczeniowej netto, niezbędnej do pokrycia zapotrzebowania na przyszłe odszkodowania i świadczenia. Nie określa on jednak czynników, które mają wpływ na jego wynik. Przy całej różnorodności czynników wpływających na wysokość odszkodowań i świadczeń z tytułu zawartych ubezpieczeń można je przedstawić za pomocą czterech wielkości matematycznych, zwanych elementami **szkodowości sum ubezpieczenia**.

Elementami tymi są:

1. **Częstość wypadków ubezpieczeniowych** (c), która wyraża się stosunkiem liczby faktycznie zaszłych wypadków (n) do liczby wszystkich ubezpieczonych obiektów (ryzyk – N). Wyraża się ona wzorem:

$$c = \frac{n}{N}$$

Wskaźnik ten informuje o tym, jak wiele z ubezpieczonych obiektów (ryzyk) uległo w danym okresie określonym wypadkom ubezpieczeniowym. W przypadku gdy liczba ubezpieczonych obiektów jest duża, wartość tę można przyjąć jako przybliżoną miarę prawdopodobieństwa następowania wypadku ubezpieczeniowego w danym zbiorze ubezpieczonych obiektów (ryzyk).

2. **Rozszerzalność wypadków ubezpieczeniowych** (r), tj. stosunek liczby obiektów zniszczonych i uszkodzonych przez wypadki ubezpieczeniowe (m) do ogólnej liczby wypadków ubezpieczeniowych powstałych w ubezpieczonych obiektach (n). Wyraża się on wzorem:

$$r = \frac{m}{n}$$

Wskaźnik ten informuje o tym, ile obiektów uległo przeciętnie zniszczeniu lub uszkodzeniu wskutek jednego wypadku ubezpieczeniowego. Znaczenie tego wskaźnika jest duże w takich rodzajach ubezpieczeń, w których ze względu na specyfikę zdarzenia losowego na szkody narażonych jest wiele obiektów (np. w ubezpieczeniach ogniowych, komunikacyjnych).

- 3. Intensywność działania wypadków ubezpieczeniowych** (stopień zniszczenia) (i), tj. stosunek sumy wypłaconych odszkodowań za zniszczone i uszkodzone obiekty (Q) do sumy ubezpieczenia obiektów dotkniętych przez wypadki ubezpieczeniowe (u_m). Wyraża się on wzorem:

$$i = \frac{Q}{u_m}$$

Wskaźnik ten informuje o tym, w jakim stopniu obiekty te zostają przeciętnie uszkodzone lub zniszczone.

- 4. Wskaźnik wartościowy (W)**, tj. stosunek przeciętnej sumy ubezpieczenia wszystkich zniszczonych lub uszkodzonych obiektów $\left(\frac{u_m}{m}\right)$ do przeciętnej sumy ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych obiektów $\left(\frac{U_N}{N}\right)$. Wyraża się on wzorem:

$$W = \frac{u_m}{m} : \frac{U_N}{N},$$

gdzie:

U_N – suma ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych obiektów.

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

Wskaźnik szkodowości sum ubezpieczenia t jest więc iloczynem czterech powyżej omówionych elementów, czyli:

$$t = c \cdot r \cdot i \cdot W = \frac{n}{N} \cdot \frac{m}{n} \cdot \frac{Q}{u_m} \cdot \left(\frac{u_m}{m} : \frac{U_N}{N}\right) = \frac{Q}{U_N}$$

Składki w ubezpieczeniach życiowych

Kalkulacja stopy składki netto w ubezpieczeniach na życie opiera się także na zasadzie równowagi składek i świadczeń. Jednak rozumiemy ją 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 uwzględniony w operacjach finansowych zakładu ubezpieczeń. Dlatego też zasadę równowagi składek i świadczeń będziemy rozumieli jako wartość, jaką posiadają składki i świadczenia płatne w przyszłości na określony dzień, najczęściej początek okresu ubezpieczenia (wartość terażniejsza).

Z uwagi na to, że ubezpieczenia na życie mają charakter długoterminowy, a wielkość wpłat rocznych świadczeń uzależniona jest od liczby wypadków śmierci w grupie ubezpieczonych osób, składki wpłacane przez ubezpieczających do zakładu ubezpieczeń na pokrycie przyszłych świadczeń tworzą czasowo wolny fundusz (rezerwy), który jest lokowany. Przyszłe dochody z lokat natomiast są uwzględniane w kalkulacji bieżących stawek ubezpieczeniowych przez odpowiednie ich zmniejszenie.

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

- prawdopodobieństwie śmierci ubezpieczonych osób w ciągu rocznego okresu,
- 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 wpłaconej 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.

Wskaźnikiem zmian wartości pieniądza w czasie jest **stopa procentowa** związana z pewną podstawową jednostką czasu. W dalszym ciągu przyjmujemy, podobnie jak robi się to w praktyce ubezpieczeniowej, że podstawowa jednostka czasu wynosi jeden rok. W naszych rozważaniach będziemy zajmowali się **procentem składanym**. W tym przypadku kwota, będąca wynikiem naliczenia procentu, jest dodawana po pewnym czasie (zwanym okresem kapitalizacji) do podstawowego kapitału i suma tych wielkości stanowi nową, powiększoną podstawę do oprocentowania w przyszłości. Okres kapitalizacji jest drugą obok podstawowej jednostki czasu wielkością określającą sposób zmiany wartości pieniądza w czasie. Jeśli jest on równy podstawowej jednostce czasu, tzn. wynosi jeden rok, to stopę procentową nazywamy **efektywną** i oznaczamy przez i . Jeśli natomiast kapitalizacja odbywa się kilka razy do roku (np. miesięcznie lub kwartalnie), stopę procentową nazywamy **nominalną**. Roczna nominalna stopę procentową przy kapitalizacji odbywającej się m razy do roku w równych odstępach czasowych oznaczamy przez $i^{(m)}$. Stwierdzenie, że „roczna nominalna stopa procentowa wynosi $i^{(m)}$ ” znaczy, że w każdej części roku o długości $\frac{1}{m}$ kapitał wzrasta $1 + \frac{i^{(m)}}{m}$ razy. Na przykład przy kapitalizacji miesięcznej i nominalnej stopie procentowej $i^{(12)} = 0,05$ wartość kapitału K po pierwszym miesiącu jest równa $K(1 + \frac{0,05}{12})$, po drugim miesiącu

$K(1 + \frac{0,05}{12})^2$ itd., wzrastając po roku do $K(1 + \frac{0,05}{12})^{12}$. Ogólnie, przy nominalnej stopie procentowej $i^{(m)}$ kapitał początkowy K wzrasta po upływie roku do wartości $K(1 + \frac{i^{(m)}}{m})^m$.

Przy kapitalizacji odbywającej się m razy do roku efektywną stopę procentową i wyliczamy z zależności:

$$1 + i = (1 + \frac{i^{(m)}}{m})^m.$$

Efektywna stopa procentowa jest więc ułamkiem, o jaki wzrósłby początkowy kapitał, gdyby kapitalizacja wystąpiła tylko raz na koniec roku. W powyższym przykładzie efektywną stopę procentową otrzymujemy ze wzoru:

$$1 + i = K(1 + \frac{0,05}{12})^{12},$$

skąd

$$i = 0,05116.$$

Obie stopy, efektywną i nominalną, podaje się zazwyczaj w procentach. Wielkość $1 + i$ jest równa wartości kapitału początkowego o wysokości 1 po upływie roku. Nazywamy ją **czynnikiem oprocentowującym**. Często wygodnie jest używać w obliczeniach **czynnika dyskontującego**

$$v = \frac{1}{1 + i}$$

mającego następującą interpretację: v jest kapitałem początkowym, który przy efektywnej stopie procentowej i wzrośnie po upływie roku do zakumulowanej wartości równej 1.

Z zasady obliczania wartości kapitału przy oprocentowaniu składanym z efektywną stopą procentową i wynika, że po upływie n lat zakumulowana wartość kapitału początkowego równego 1 wynosi $(1 + i)^n$. Używając pojęcia czynnika dyskontującego można powiedzieć¹³⁹, że kapitał zakumulowany po n latach do wartości 1 ma początkową wartość v^n .

Przy obliczaniu składek netto opieramy się na zasadzie matematycznego zrównoważenia oczekiwanych wartości świadczeń przewidywanych w umowie ubez-

¹³⁹ B. Kaciewicz, *Elementy rachunku aktuarialnego*, [w:] O. Doan (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996, s. 157-159.

pieczenia przez oczekiwany wpływ składki. Nie bierze się przy tym pod uwagę żadnych kosztów dodatkowych i narzutów. Składka, którą pobiera firma ubezpieczeniowa, tzw. składka brutto, jest kalkulowana na podstawie składki netto z uwzględnieniem kosztów dodatkowych. Przyjmijmy tu dla uproszczenia, że świadczenia są płatne rocznie. W praktyce wypłata świadczenia następuje zazwyczaj po krótszym czasie, np. w wypadku terminowego ubezpieczenia na życie może mieć miejsce na koniec miesiąca śmierci.

Kalkulacja składki netto

Zasadą obliczania składki netto jest postulat, aby w momencie początkowym wartość oczekiwana świadczeń była równa wartości oczekiwanej składek. W zależności od rodzaju umowy świadczenia i składki mogą być płacone jednorazowo lub w formie ciągu płatności.

Jednorazowa lub roczna składka netto równoważy wartość oczekiwaną świadczeń, nie uwzględniając innych kosztów związanych z obsługą polisy. Są to koszty początkowe, takie jak np. *underwriting*, prowizje agentów, koszty wystawienia dokumentów i koszty bieżące związane m.in. z administracją, obsługą przepływu składek i świadczeń, ponoszone w całym okresie trwania umowy. Te wszystkie koszty są uwzględniane w kalkulacji **składki brutto** *B*. Sposób jej obliczania jest różny w różnych firmach ubezpieczeniowych, zależnie od faktycznych kosztów ponoszonych przez firmę, organizacji pracy¹⁴⁰.

8.2. Analiza jakościowa i ilościowa sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń

Jednym z najważniejszych elementów analizy finansowej zakładu ubezpieczeń jest analiza wskaźnikowa. Istota analizy wskaźnikowej polega na odpowiednim obliczaniu i wykorzystaniu wskaźników finansowych na podstawie danych ze sprawozdania finansowego¹⁴¹.

Analiza wskaźnikowa umożliwia ocenę przeszłej i teraźniejszej sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń, może być także podstawą przewidywania przyszłej. Służy identyfikacji tych obszarów jego działalności, które są niewłaściwie zarządzane i stanowią zagrożenie dla funkcjonowania danego zakładu ubezpieczeń.

W literaturze funkcjonuje kilka sposobów klasyfikacji wskaźników ekonomicznych, które najczęściej dzielone są na główne grupy:

- wskaźniki płynności i wypłacalności,
- wskaźniki rentowności (zyskowności),

¹⁴⁰ Por. tamże, s. 165-170.

¹⁴¹ L. Bednarski, T. Wiśniewski (red.), *Analiza finansowa w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, t. 1, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996, s. 315.

- wskaźniki aktywności (sprawności działania),
- wskaźniki zasilania finansowego (struktury kapitału),
- wskaźniki techniczno-ubezpieczeniowe (które są związane ze specyfiką działalności ubezpieczeniowej).

WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI I WYPŁACALNOŚCI

1. Wskaźniki płynności finansowej (W_{PF}):

$$W_{PF} = \frac{\text{płynne środki finansowe}}{Z+FU}$$

gdzie:

Z – zobowiązanie krótkoterminowe,

FU – fundusz ubezpieczeniowy.

Wskaźnik ten określa zdolność zakładu ubezpieczeń do regulowania bieżących zobowiązań płynnymi środkami finansowymi.

2. Wskaźnik pokrycia marginesu wypłacalności środkami własnymi (W_{PMW})

$$W_{PMW} = \frac{\text{wysokość środków własnych}}{\text{margines wypłacalności}} \times 100\%$$

Wartość tego wskaźnika jest różnie przyjmowana w zależności od stanu rozwoju rynku ubezpieczeniowego. W związku ze znacznym niedokapitalizowaniem polskich zakładów ubezpieczeń można przyjąć, że sytuacja finansowa jest bardzo dobra, gdy $W \geq 300\%$, dobra, gdy $300\% > W \geq 200\%$, dostateczna, gdy $200\% > W \geq 100\%$ (inaczej, gdy środki własne pokrywają tylko margines wypłacalności), zagrożona, gdy $100\% > W \geq 33,3\%$ (inaczej, gdy środki własne są niższe od marginesu wypłacalności, ale wyższe (lub równe) od wymaganego kapitału gwarancyjnego ($MW > \acute{S}W \geq KG$)) i niedostateczna (zła), gdy $W < 33,3\%$ (inaczej, gdy środki własne są niższe od wymaganego kapitału gwarancyjnego ($\acute{S}W < KG$)).

Przez określenie „margines wypłacalności” rozumie się najniższą wysokość środków własnych, jaką powinien posiadać zakład ubezpieczeń na danym etapie swojej działalności.

Wysokość marginesu wypłacalności zależy od następujących wielkości:

- w ubezpieczeniach na życie (dział I) – wysokości rezerwy ubezpieczeń na życie, rezerwy składki, rezerwy na pokrycie ryzyka niewygaśniętego, wysokości sumy ubezpieczenia i współczynnika reasekuracyjnego;

- w pozostałych ubezpieczeniach (dział II) – albo od wysokości zbioru składek, albo od wysokości wypłaconych odszkodowań i świadczeń (decyduje wyższa wysokość) i współczynnika reasekuracyjnego.

Sposób obliczania marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w dziale ubezpieczeń na życie zależy od tego, czy mamy do czynienia z ubezpieczeniami na życie związanymi z funduszem inwestycyjnym (grupa 3), z pozostałymi ubezpieczeniami na życie (grupa 1 – ubezpieczenia na życie, grupa 2 – ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci, grupa 4 – ubezpieczenia rentowe) czy z ubezpieczeniami wypadkowymi i chorobowymi (grupa 5). Dla każdej z tych grup ubezpieczeń stosowana jest inna metoda obliczania marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń. W związku z tym, że w przypadku ubezpieczeń na życie (grupy 1-4) podstawą obliczenia marginesu wypłacalności jest wysokość rezerw, których wyliczenie wymaga zastosowania specjalnych metod aktuarialnych, wyliczeniem marginesu wypłacalności zajmuje się wyłącznie aktuariusz.

W przypadku prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w dziale II margines wypłacalności stanowi większą z kwot, tj. około 17% zbioru składki lub około 25% przeciętnej rocznej sumy odszkodowań. Tak obliczoną kwotę obniża się o odpowiedni procent wynikający ze współczynnika reasekuracyjnego (nie więcej niż 50%).

Margines wypłacalności ma zastosowanie tylko wtedy, gdy jego wysokość jest wyższa od minimalnego kapitału gwarancyjnego. Jeżeli środki własne zakładu ubezpieczeń są niższe od wymaganego marginesu wypłacalności, zakład ubezpieczeń jest obowiązany przedłożyć na żądanie organu nadzoru plan przywrócenia prawidłowych stosunków finansowych (tzw. plan finansowy).

Rezerwa składek stanowi składkę przypisaną, pomniejszoną o koszty akwizycji zakładu ubezpieczeń, przypadającą na przyszłe okresy sprawozdawcze proporcjonalnie do okresu, na jaki składka jest przypisana lub w relacji do stopnia ryzyka przewidywanego w następnych okresach sprawozdawczych. Rezerwa ta zwana jest także przeniesieniem składek lub składką nie zarobioną i ma zastosowanie wówczas, gdy okres zawartego ubezpieczenia (umowy ubezpieczenia) nie mieści się lub nie pokrywa się z okresem sprawozdawczym, a przypisana składka ubezpieczeniowa dotyczy dwóch lub więcej okresów sprawozdawczych. W takim przypadku zbiór składki przypisanej nie reprezentuje funduszu ubezpieczeniowego tego samego okresu sprawozdawczego i nie odpowiada prawdopodobieństwu za potrzebowania tego okresu.

Rezerwę na pokrycie ryzyka niewygasłego tworzy się jako uzupełnienie rezerwy składek. Służy ona pokryciu odszkodowań, świadczeń i innych kosztów, jakie mogą powstać z tytułu zawartych umów ubezpieczenia, które nie wygasają z ostatnim dniem okresu sprawozdawczego, a wysokość rezerwy składek jest niewystarczająca na pokrycie zobowiązań zakładu ubezpieczeń.

Rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie, zwane rezerwami ubezpieczeń na życie, stanowią wyodrębnioną część składki brutto, tzw. składkę oszczędnościową. Mogą one być liczone dwoma podstawowymi metodami: prospektywną i retrospektywną. Rezerwa obliczona metodą prospektywną jest równa różnicy między wartością przyszłych świadczeń a wartością przyszłych składek netto, natomiast metodą retrospektywną jest równa różnicy między zakumulowaną wartością ubiegłych składek netto i zakumulowaną wartością ubiegłych świadczeń. Rezerwy te nie są własnością zakładu ubezpieczeń, ale własnością ubezpieczonych, stanowią ich oszczędności na rzecz przyszłych świadczeń.

Reasekuracja odgrywa dużą rolę w obliczaniu wysokości marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Im większa wysokość cedowanego na reasekuratora ryzyka, tym niższa jest wysokość marginesu wypłacalności, który musi posiadać zakład ubezpieczeń. Ponadto określono dolną granicę wysokości wskaźnika reasekuracyjnego na 50%, co powoduje, że przekraczająca tę wielkość cedowana na reasekuratora część ryzyka nie obniża już wysokości marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Jest to zamierzone uregulowanie ustawodawcy, mające na celu spowodowanie większego zainteresowania wśród zakładów ubezpieczeń posiadaniem środków własnych w większej wysokości, a tym samym wzmacniających zabezpieczenie ich wypłacalności¹⁴².

3. Wskaźnik pokrycia funduszu ubezpieczeniowego lokatami (W_{PFUL})

$$W_{PFUL} = \frac{\text{wysokość środków własnych}}{\text{margines wypłacalności}} \times 100\%$$

Określa on pokrycie funduszu ubezpieczeniowego lokatami i powinien być wyższy od 100%.

4. Wskaźnik przychodowości kapitałów własnych (W_{PKW})

$$W_{PKW} = \frac{\text{składka przypisana na udziale własnym}}{\text{kapitały własne}} \times 100\%$$

Wskaźnik ten stosowany jest dla zakładów ubezpieczeń działu II i określa adekwatność wysokości posiadanych przez zakład kapitałów własnych do wielkości (skali) prowadzonej działalności. Jednocześnie wskazuje sprawność działania władz zakładu ubezpieczeń w zakresie możliwości uzyskania przypisu składki przy

¹⁴² J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 274-275, 280-281, 287.

określonej wysokości kapitałów własnych. W krajach rozwiniętych zaleca się, aby wskaźnik ten nie przekraczał 330%. Wysokość wskaźnika większa niż 330% może oznaczać, że zakład ubezpieczeń nie posiada w stosunku do skali prowadzonej działalności ubezpieczeniowej odpowiedniej wysokości kapitałów własnych.

5. Wskaźnik pieniężnego pokrycia funduszu ubezpieczeniowego (W_{PPFU})

$$W_{PPFU} = \frac{OP_N}{FU},$$

gdzie:

OP_N – operacyjne przepływy pieniężne netto pomniejszone o dywidendy ogółem,

FU – fundusz ubezpieczeniowy.

Wskaźnik ten przedstawia zdolność zakładu ubezpieczeń do spłaty zobowiązań wobec ubezpieczonych przy danej wartości zatrzymanej nadwyżki pieniężnej. Zatrzymaną nadwyżką pieniężną można określić operacyjne przepływy pieniężne netto pomniejszone o wypłacone dywidendy. Nadwyżka ta oznacza wygenerowany przez działalność operacyjną wzrost zasobów pieniężnych pozostających do dyspozycji zakładu ubezpieczeń. Informuje o utrzymywaniu przez zakład ubezpieczeń „pogotowia kasowego”.

WSKAŹNIKI RENTOWNOŚCI (ZYSKOWNOŚCI)

1. Wskaźniki rentowności sprzedaży (W_{RS})

$$W_{RS} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Informuje o udziale zysku w wartości składki przypisanej brutto, czyli jaką marżę zysku przynosi dana wartość składki przypisanej brutto.

2. Wskaźnik rentowności sprzedaży ogółem (W_{RSO})

$$W_{RSO} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{przychody ogółem}} \times 100\%$$

Informuje o udziale zysku w wartości przychodów ogółem.

3. Wskaźnik rentowności działalności technicznej (W_{RDT})

$$W_{RDT} = \frac{\text{wynik techniczny}}{\text{składka zarobiona}} \times 100\%$$

Wskaźnik ten pokazuje stopę zysku, jaką daje działalność techniczna zakładu ubezpieczeń.

4. Wskaźnik rentowności działalności lokacyjnej (W_{RDL})

$$W_{RDL} = \frac{\text{dochód z lokat}}{L_{sr}} \times 100\%,$$

gdzie:

L_{sr} – średnia wartość lokat liczona jako suma lokat na koniec i początek badanego okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten określa rentowność działalności lokacyjnej, która jest istotna dla sytuacji zakładu, gdyż wpływa na ostateczny wynik finansowy.

5. Wskaźnik rentowności kapitałów własnych (W_{RKW})

$$W_{RKW} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{kapitały własne}} \times 100\%$$

Określa on stopę zysku, jaką przynosi inwestycja w działalności ubezpieczeniowej. Wyższa efektywność kapitału własnego daje możliwość uzyskania wyższych dywidend i dalszego rozwoju zakładu. Im wartość wskaźnika jest wyższa, tym korzystniejsza jest jego sytuacja finansowa.

6. Wskaźnik rentowności majątku (aktywów) (W_{RM})

$$W_{RM} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{aktywa}} \times 100\%,$$

Wskaźnik ten informuje o wielkości zysku (straty) netto przypadającego na jednostkę wartości zaangażowanego w zakład ubezpieczeń majątku.

WSKAŹNIKI AKTYWNOŚCI (SPRAWNOŚCI DZIAŁANIA)

1. Wskaźnik dynamiki wzrostu składki

Określa wzrost składki przypisanej w ujęciu brutto lub na udziale własnym w określonym przedziale czasowym. Pozwala ocenić poziom rozwoju zakładu ubezpieczeń w sensie ilościowym. Krótko funkcjonujące zakłady ubezpieczeń mają zazwyczaj bardzo wysoką dynamikę wzrostu przypisu składki. Bardzo wysoka dynamika przypisu składki powinna skłonić do dokładnego przeanalizowania wskaźników wypłacalności, gdyż wysokość marginesu wypłacalności zależy proporcjonalnie od wzrostu przypisu składki. Na rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych dynamika wzrostu przypisu składki jest dosyć stabilna.

2. Wskaźnik rotacji majątku (obracalności aktywów) (W_{RMO})

$$W_{RMO} = \frac{\textit{składka przypisana brutto}}{A_{sr}},$$

gdzie:

A_{sr} – średnia wartość majątku liczona jako suma aktywów na koniec i początek badanego okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten określa, ile razy składka przypisana brutto (sprzedaż) jest większa od średniej wartości majątku zakładu ubezpieczeń. Wskaźnik ten jest szczególnie pożyteczny przy porównaniach aktywności gospodarczej (sprawności działania) dwóch różnych zakładów ubezpieczeń.

3a. Wskaźnik poziomu kosztów akwizycji (W_{PKAK})

$$W_{PKAK} = \frac{\textit{koszty akwizycji}}{\textit{składka przypisana brutto}} \times 100\%,$$

3b. Wskaźnik poziomu kosztów administracyjnych (W_{PKA})

$$W_{PKA} = \frac{\textit{koszty administracyjne}}{\textit{składka przypisana brutto}} \times 100\%,$$

3c. Wskaźnik poziomu kosztów działalności ubezpieczeniowej brutto (W_{PKDU})

$$W_{PKDU} = \frac{\textit{koszty działalności brutto}}{\textit{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Licznik liczony jako suma kosztów akwizycji i administracyjnych bez uwzględnienia prowizji reasekuracyjnych i udziału w zyskach reasekuratorów.

3d. Wskaźnik poziomu kosztów działalności ubezpieczeniowej na udziale własnym (W_{PKDUW})

$$W_{PKDUW} = \frac{\textit{koszty działalności na udz. wł.}}{\textit{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Licznik liczony jako suma kosztów akwizycji i administracyjnych z uwzględnieniem prowizji reasekuracyjnych i udziału w zyskach reasekuratorów.

Powyższe wskaźniki mówią nam o tym, ile groszy zakład ubezpieczeń wydaje na poszczególne koszty swojego funkcjonowania z każdej zebranej jednej złotówki składki ubezpieczeniowej.

3e. Wskaźnik poziomu kosztów ogółem (W_{PKO})

$$W_{PKO} = \frac{\text{całkowite koszty działalności}}{\text{przychody ogółem}} \times 100\%,$$

Wskaźnik ten mówi nam o tym, ile groszy zakład ubezpieczeń wydaje na całkowite koszty swojego funkcjonowania z każdej zebranej jednej złotówki przychodów ogółem.

4. Wskaźnik cyklu należności (w dniach) (W_{CN})

$$W_{CN} = \frac{N_{\text{śr}}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 360,$$

gdzie:

$N_{\text{śr}}$ – średni stan należności liczony jako suma stanów należności na początek i koniec badanego okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten określa, w jakim stopniu zakład ubezpieczeń kredytuje swoich klientów. W zależności od tego, jaką kategorię należności weźmiemy pod uwagę (np. należności od ubezpieczających, od pośredników, z tytułu reasekuracji), możemy określić, jak długo zakład ubezpieczeń musi czekać (zamrażać) na otrzymanie składki.

5. Wskaźnik płacenia zobowiązań (w dniach) (W_{PZ})

$$W_{PZ} = \frac{Z_{\text{śr}}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 360,$$

gdzie:

$Z_{\text{śr}}$ – średni stan zobowiązań liczony jako suma stanów zobowiązań na początek i koniec okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten wskazuje na średni czas regulowania zobowiązań przez zakład ubezpieczeń wobec wierzycieli. W zależności od tego, jaką kategorię zobowiązań weźmiemy pod uwagę (np. zobowiązania wobec ubezpieczających, wobec pośredników, z tytułu reasekuracji), możemy określić, jak długo wierzyciel zakładu ubezpieczeń musi czekać na otrzymanie od niego zapłaty.

 WSKAŹNIKI ZASILANIA FINANSOWEGO (STRUKTURY KAPITAŁU)
1. Wskaźnik udziału funduszu ubezpieczeniowego w majątku ogółem (W_{UFU})

$$W_{UFU} = \frac{\text{fundusz ubezpieczeniowy}}{\text{aktywa}} \times 100\%$$

Charakteryzuje udział funduszu ubezpieczeniowego w finansowaniu majątku zakładu ubezpieczeń.

2. Wskaźnik zadłużenia technicznego (W_{ZT})

$$W_{ZT} = \frac{\text{fundusz ubezpieczeniowy}}{\text{kapitał własny}} \times 100\%$$

Przedstawia relacje funduszu ubezpieczeniowego do kapitału własnego. W krajach o rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych jego wartość nie powinna przekraczać 350%.

WSKAŹNIKI TECHNICZNO-UBEZPIECZENIOWE

1. Wskaźnik szkodowości składki (W_{SS})

$$W_{SS} = \frac{Q \pm R_{sz}}{S_z} \times 100\%$$

gdzie:

Q – suma wypłaconych odszkodowań i świadczeń,

R_{sz} – zmiana stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia,

S_z – składka zarobiona.

Wskaźnik ten informuje o tym, jaką część składek zarobionych zakład ubezpieczeń przeznaczył na wypłatę odszkodowań i świadczeń skorygowanych o zmianę stanu rezerw szkodowych w danym okresie sprawozdawczym.

2. Wskaźnik pieniężnej wydajności składni brutto (W_{PWS})

$$W_{PWS} = \frac{WP}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

gdzie:

WP – wpływy – pieniężne z tytułu składki netto; oznaczają wszelkie wpływy z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich i pośrednich po potrąceniu kwot wypłaconych prowizji dla pośredników ubezpieczeniowych.

Wskaźnik ten określa stopień realizacji składki przypisanej brutto w formie pieniężnej. Informuje, ile środków pieniężnych otrzymano z każdej jednostki składki przypisanej.

3. Wskaźnik zatrzymania (retencji):

a) składki (W_{zs})

$$W_{zs} = \frac{\text{składka przypisana na udz. wł.}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

b) odszkodowań (W_{zo})

$$W_{zo} = \frac{\text{odszkodowania wypłacone na udz. wł.}}{\text{odszkodowania wypłacone brutto}} \times 100\%$$

Powyższe wskaźniki przedstawiają stopień reasekurowania portfela ubezpieczeniowego, uwzględniając udział reasekuratorów w składce lub w odszkodowaniach wypłaconych. Im wyższy ten wskaźnik, tym mniejszy stopień, w którym zakład ubezpieczeń korzysta z reasekuracji biernej.

4a. Wskaźnik zabezpieczenia wypłat odszkodowań 1 (W_{zw-1})

$$W_{zw-1} = \frac{FU+KW}{\text{składka przypisana na udz. wł.}} \times 100\%,$$

gdzie:

FU – fundusz ubezpieczeniowy,

KW – kapitały własne.

4b. Wskaźnik zabezpieczenia wypłat odszkodowań 2 (W_{zw-2})¹⁴³

$$W_{zw-2} = \frac{FU}{\text{składka przypisana na udz. wł.}} \times 100\%,$$

gdzie:

FU – fundusz ubezpieczeniowy.

Wskaźniki 4a i 4b wyrażają zdolność zakładu ubezpieczeń do regulowania szkód dużych i nietypowych co do wielkości (r) zagrażających jego egzystencji. Stanowią także wskaźniki „ukrytych rezerw”.

¹⁴³ Por. J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe...*, dz. cyt., s. 288-296.

8.3. Pasywa zakładu ubezpieczeń

Do głównych pozycji pasywów zakładu ubezpieczeń należą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym i kapitały własne.

Kapitały własne stanowią zasadniczą substancję każdego zakładu ubezpieczeń i znajdują się w jego bezterminowej dyspozycji. Pochodzą przede wszystkim z wkładów akcjonariuszy (członków T UW) oraz z części przeznaczonego na ten cel zysku.

Kapitały te stanowią zabezpieczenie wykonywania wszelkich zobowiązań zakładu ubezpieczeń, a zwłaszcza pokrycia ujemnych wyników finansowych roku obrachunkowego.

Za kapitały własne uznaje się generalnie wszelkie środki będące własnością danego przedsiębiorcy.

Na kapitały własne zakładu ubezpieczeń składają się:

- kapitał podstawowy (akcyjny lub zakładowy), pomniejszony o należne, lecz niewniesione wkłady na poczet kapitału podstawowego (wielkość ujemna);
- kapitał zapasowy (tworzony ze sprzedaży akcji powyżej wartości nominalnej, odpisów z zysku, z oprocentowania lokat tego kapitału i innych);
- kapitał rezerwowy z aktualizacji wyceny;
- kapitał rezerwowy pozostały;
- niepodzielony wynik finansowy z lat ubiegłych;
- wynik finansowy netto roku obrotowego.

Kapitał podstawowy (akcyjny lub zakładowy) jest kapitałem, który musi występować nie tylko w chwili powstania zakładu ubezpieczeń, ale powinien być utrzymywany przez cały czas prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Z tego względu kapitał ten, zgodnie z zasadą jego nienaruszalności, powinien być ostatnią z pozycji kapitałów własnych, z której pokrywane są straty bilansowe każdego zakładu ubezpieczeń. W pierwszej kolejności na pokrycie strat z działalności ubezpieczeniowej powinien służyć kapitał zapasowy. Stąd kapitał ten powinien stanowić największą część kapitałów własnych zakładu ubezpieczeń.

Kapitały obce zakładu ubezpieczeń

Do podstawowych kapitałów obcych zakładu ubezpieczeń zaliczamy: rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe;

- pozostałe rezerwy (rezerwy na podatek dochodowy od osób prawnych i inne rezerwy);
- zobowiązania depozytowe wobec reasekuratorów;
- pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne (np. zobowiązania z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich, zobowiązania z tytułu reasekuracji, fundusz mieszkaniowy).

Szczególnie ważną rolę wśród kapitałów obcych zakładu ubezpieczeń odgrywa ją **rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe**. Jednym z podstawowych zadań zakładu ubezpieczeń jest tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz ustalenie ich wysokości, które wystarczyłyby na normalne pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań zakładu ubezpieczeń, powstałych w następnych okresach sprawozdawczych lub obrachunkowych, za które składka ubezpieczeniowa została już przypisana w danym okresie sprawozdawczym. Dlatego też najważniejszą pozycją kapitałów obcych zakładu ubezpieczeń są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe.

Celem tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jest osiągnięcie przez zakład ubezpieczeń rzeczywistej wysokości wyniku finansowego w danym okresie sprawozdawczym (obrachunkowym). Tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i ich wysokość ma wpływ na:

- zapewnienie realności ochrony ubezpieczeniowej;
- zapewnienie ciągłości i płynności prowadzonych przez zakład ubezpieczeń operacji ubezpieczeniowych;
- kalkulację stopy składek (posiadanie wysokich rezerw może skłonić zakład ubezpieczeń do obniżenia wysokości składek lub podniesienia prowizji pośrednikom, co przyczyni się do wzrostu obrotu);
- wewnętrzną kontrolę operacji finansowych;
- obliczanie wskaźnika szkodowości składki;
- wynik techniczny i margines wypłacalności;
- obliczanie zysku na potrzeby podatkowe;
- sprawozdawczość dla akcjonariuszy;
- wykazanie wypłacalności i siły finansowej zakładu ubezpieczeń.

Znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wynika zarówno z faktu, że tworzenie ich stanowi ciężar kosztów operacyjnych okresu sprawozdawczego (obrachunkowego), co rzutuje nie tylko na rozmiary wyniku finansowego, ale również na zabezpieczenie w przyszłości realności zobowiązań zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonych.

Wyżej wymienione względy powodują, że rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe stanowią istotny instrument zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń. W zależności od sytuacji zakładu ubezpieczeń oraz jego wybranej strategii działania mogą pojawić się tendencje do zaniżania bądź zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Zaniżanie rezerw prowadzi doraźnie do poprawy wyniku finansowego zakładu ubezpieczeń kosztem realności (pewności) wywiązania się zakładu ubezpieczeń z bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą pojawić się w kolejnych okresach sprawozdawczych (obrachunkowych). Zawyżanie rezerw powoduje zaniżenie zysku na potrzeby podatkowe i obniża bieżącą rentowność inwestycji akcjonariuszy.

W zakładach ubezpieczeń może być tworzonych, zgodnie z przepisami prawa, osiem rodzajów rezerw techniczno-ubezpieczeniowych¹⁴⁴:

- rezerwa składek;
- rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego;
- rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia, w tym rezerwa na skapitalizowaną wartość rent;
- rezerwy na wyrównywanie szkodowości (ryzyka);
- rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie;
- rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający;
- rezerwa na premie i rabaty (bonifikaty) dla ubezpieczonych;
- pozostałe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe określone w statucie zakładu ubezpieczeń.

8.4. Aktywa zakładu ubezpieczeń

Prowadzenie działalności ubezpieczeniowej przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe wymaga posiadania odpowiedniej bazy materialnej. W majątku przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego wyróżnia się następujące grupy: wartości niematerialne i prawne,

- lokaty,
- lokaty funduszy ubezpieczeń na życie na rachunek i ryzyko ubezpieczającego,
- należności i roszczenia,
- inne składniki majątku,
- rozliczenia międzyokresowe czynne.

Wartości niematerialne i prawne obejmują nabyte przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe prawa majątkowe, nadające się do gospodarczego wykorzystania. Zalicza się do nich:

- koszty organizacji poniesione przy założeniu lub późniejszym rozszerzeniu działalności spółki akcyjnej;
- wartość firmy;
- inne wartości niematerialne i prawne;
- zaliczki na poczet wartości niematerialnych i prawnych.

Wartości niematerialne i prawne amortyzują się w czasie, co w konsekwencji oznacza, że są wykazywane w sprawozdawczości finansowej według wartości netto, a więc po uwzględnieniu dotychczas dokonanych odpisów ich wartości początkowej. Odpisów amortyzacyjnych od wartości niematerialnych i prawnych dokonuje się zgodnie z opracowanym w przedsiębiorstwie planem odpisów amortyzacyjnych. Zaprzestaje się dokonywać odpisów w końcu tego miesiąca, w którym następuje

¹⁴⁴ Por. J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe...*, dz. cyt., s. 269-274.

zrównanie wartości odpisów amortyzacyjnych (umorzeniowych) z wartością początkową lub w którym wartość niematerialną i prawną przeznaczono do likwidacji albo ją sprzedano.

Drugą grupą majątku są **lokaty przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego**, które mogą mieć charakter:

- udziałowy, polegający na udostępnianiu kapitału przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego w zamian za prawo własności podmiotu emitującego instrument finansowy i wynikającego z tego tytułu prawa do udziału w dochodach;
- wierzycielski, polegający na czasowym, długookresowym udostępnieniu jednostkom środków finansowych przedsiębiorstwa w zamian za korzyści określone w umowie.

Ogół lokat przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w sprawozdawczości tych przedsiębiorstw ujmuje się w podziale na:

- lokaty,
- lokaty funduszy ubezpieczeń na życie na rachunek i na ryzyko ubezpieczającego.

Następną grupę majątku przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego stanowią **należności i roszczenia**. **Należności** to środki przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego czasowo (przejściowo) znajdujące się w dyspozycji kontrahentów (do momentu spłaty należności). Z kolei **roszczenia** (zwane także należnościami wątpliwymi) stanowią specyficzną grupę rozrachunków powstającą w przypadku:

- kwestionowania przez kontrahentów całości lub części należności,
- ujawnienia niedoborów w składnikach majątkowych przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego.

Kolejną grupą majątku przedsiębiorstwa są **inne składniki majątku**, do których zalicza się:

- rzeczowe składniki majątku,
- środki pieniężne,
- akcje własne do zbycia,
- pozostałe składniki majątku.

Ostatnią grupą majątku są **rozliczenia międzyokresowe czynne**, które występują w przypadku ponoszenia przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe kosztów dotyczących przyszłych okresów¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Por. L. Gąsioriewicz, *Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 217-220.

Zadania kontrolne

1. Podać zasady ustalania składek ubezpieczeniowych i złote reguły ubezpieczeń.
2. Scharakteryzować wskaźnik szkodowości sumy ubezpieczenia.
3. Scharakteryzować wskaźniki techniczno-ubezpieczeniowe.
4. Scharakteryzować wskaźniki płynności i wypłacalności.
5. Scharakteryzować wskaźniki rentowności (zyskowności).
6. Scharakteryzować wskaźniki aktywności (sprawności działania).
7. Scharakteryzować wskaźniki zasilania finansowego (struktury kapitału).
8. Scharakteryzować aktywa zakładu ubezpieczeń.
9. Scharakteryzować pasywa zakładu ubezpieczeń.

9. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

9.1. Zakres przedmiotowy i podmiotowy ubezpieczeń zdrowotnych¹⁴⁶

Ubezpieczonymi w ubezpieczeniu zdrowotnym są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub posiadające status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium;
- 3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie;
- 4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym niezamiesz-

¹⁴⁶ Zob. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 3-4.

kujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

- a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi,
- b) ubezpieczeniem społecznym rolników.

Ubezpieczonymi są także:

- 1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- 2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub posiadający status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystający z ochrony czasowej na jej terytorium;
- 3) odbywający staż adaptacyjny;
- 4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie;
- 5) członkowie rodzin ww. osób, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 6) członkowie rodzin ww. osób, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.

Do członków rodziny zaliczamy następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku;
- małżonka;
- wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte na zasadach:

- równego traktowania oraz solidarności społecznej;
- zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
 - a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi,
 - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
 - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub osobami z nimi współpracującymi,
 - f) osobami duchownymi,
 - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
 - h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
 - i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;

- 2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych;
- 3) poborowi odbywający służbę zastępczą;
- 4) poborowi pełniący służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;
- 5) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
- 6) policjanci;
- 7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- 8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;
 - 8a) funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego;
 - 8b) funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego;
 - 8c) funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego;
- 9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
- 10) funkcjonariusze Straży Granicznej;
- 11) funkcjonariusze Służby Celnej;
- 12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
- 13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
- 14) posłowie pobierający uposażenia poselskie, posłowie do Parlamentu Europejskiego wybrani w Rzeczypospolitej Polskiej, pobierający z tego tytułu uposażenie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;
- 15) sędziowie i prokuratorzy;
- 16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
- 17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego;
- 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników;

- 22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
- 23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu piętnastego roku życia, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 24a) osoby pobierające stypendium w okresie odbywania stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 27) uchodźcy objęci indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 31) kombatancki i osoby represjonowane, niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
 - 31a) cywilne niewidome ofiary działań wojennych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 33) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniom społecznym rolników na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 35) członkowie rad nadzorczych pobierający z tego tytułu świadczenia pieniężne.

Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w punktach 17-20, 24, 24a, 26-28, 30 i 33.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Utrata prawa do świadczeń

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.

Osoba, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób powstaje i wygasa w terminach analogicznych jak w ubezpieczeniu społecznym¹⁴⁷.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Osoba niepodlegająca obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zostaje ona objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek. Objęcie osoby ubezpieczeniem dobrowolnym zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Funduszu.

Wysokość opłaty jest uzależniona od okresu, w którym osoba nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:

- 1) 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;

¹⁴⁷ Zob. tamże, art. 65-67, 69.

- 2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;
- 3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;
- 4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;
- 5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.

Przy obliczaniu opłaty do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była ubezpieczona, dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubezpieczającej się dobrowolnie i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu¹⁴⁸.

9.2. Składki na ubezpieczenia zdrowotne

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne i opłacana jest raz w miesiącu. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego. Rolnik prowadzący działalność w zakresie działań specjalnych produkcji rolnej opłaca ponadto składki na ubezpieczenie zdrowotne od deklarowanej podstawy wymiaru składki:

- odpowiadającej dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych w kwocie nie niższej niż kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- odpowiadającej wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych w przypadku prowadzenia działalności niepodlegającej opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

¹⁴⁸ Zob. tamże, art. 68.

Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny. W przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. W przypadku, gdy w ramach jednego z tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego rodzaju działalności. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest odrębnie od każdej prowadzonej spółki. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu¹⁴⁹.

Od 2022 roku zasady ustalania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zależą od formy opodatkowania osoby prowadzącej pozarolniczą działalność. Dla przedsiębiorców opodatkowanych na zasadach ogólnych (według skali podatkowej oraz podatkiem liniowym) oraz opodatkowanych ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych oprócz miesięcznej podstawy wymiaru składki zdrowotnej wprowadzono roczną podstawę wymiaru. Umożliwi ona rozliczenie składki po zakończeniu danego roku. W przypadku przedsiębiorców opodatkowanych na zasadach ogólnych roczna podstawa wymiaru jest ustalana za okres roku składkowego, który będzie trwał od 1 lutego do 31 stycznia roku następnego.

Od 1 stycznia 2022 r. dla przedsiębiorców opodatkowanych wyłącznie podatkiem liniowym składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosić będzie 4,9%, przy czym miesięczna wysokość składki nie może być niższa niż kwota ustalona jako 9% minimalnego wynagrodzenia. Natomiast składka ustalana od podstawy rocznej nie może być niższa niż kwota odpowiadająca 9% iloczynu liczby miesięcy podlegania ubezpieczeniu i minimalnego wynagrodzenia.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą albo korzystające z ulgi na start, wyłącznie opodatkowane podatkiem liniowym

Dla osób prowadzących działalność pozarolniczą albo korzystających z ulgi na start, wyłącznie opodatkowanych podatkiem liniowym, składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosić będzie 4,9%, przy czym miesięczna wysokość składki nie może być niższa niż kwota ustalona jako 9% minimalnego wynagrodzenia. Natomiast składka ustalana od podstawy rocznej nie może być niższa niż kwota odpowiadająca 9% iloczynu liczby miesięcy podlegania ubezpieczeniu i minimalnego wynagrodzenia.

¹⁴⁹ Zob. tamże, art. 79-84.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność albo korzystające z ulgi na start, opłacające podatek dochodowy na zasadach ogólnych

Roczną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne **osób prowadzących pozarolniczą działalność albo korzystających z ulgi na start, opłacających podatek dochodowy na zasadach ogólnych**, stanowić będzie dochód z działalności gospodarczej ustalony za rok kalendarzowy jako różnica między osiągniętymi przychodami a poniesionymi kosztami uzyskania tych przychodów (przychodami i kosztami w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych). Różnicę tę trzeba będzie jeszcze pomniejszyć o kwotę opłaconych w tym roku składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, jeżeli nie zostały zaliczone do kosztów uzyskania przychodów. Jeśli roczna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne **osób prowadzących pozarolniczą działalność albo korzystających z ulgi na start, opłacających podatek dochodowy na zasadach ogólnych**, będzie niższa od kwoty stanowiącej iloczyn liczby miesięcy w roku składkowym podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w pierwszym dniu roku składkowego, roczną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowić będzie kwota odpowiadająca temu iloczynowi. Za miesiąc podlegania ubezpieczeniu osoby prowadzącej pozarolniczą działalność albo korzystającej z ulgi na start, opłacającej podatek dochodowy na zasadach ogólnych, podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne będzie stanowił dochód z działalności gospodarczej uzyskany w miesiącu przed tym, za który będzie opłacana składka. Dochód będzie ustalany jako różnica między osiągniętymi przychodami a poniesionymi kosztami uzyskania tych przychodów (w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych). Różnicę tę trzeba będzie jeszcze pomniejszyć o kwotę składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe opłacone w tym miesiącu, jeżeli nie zostały zaliczone do kosztów uzyskania przychodów. Jeśli miesięczna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osoby prowadzącej pozarolniczą działalność albo korzystającej z ulgi na start, opłacającej podatek dochodowy na zasadach ogólnych, będzie niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia obowiązującego 1 stycznia danego roku, podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowić będzie kwota minimalnego wynagrodzenia.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą albo korzystające z ulgi na start, które są opodatkowane w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych

Roczną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne **osób prowadzących działalność pozarolniczą albo korzystających z ulgi na start, które są opodatkowane w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych** (zgodnie z przepisami ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym), stanowić będzie:

- iloczyn liczby miesięcy w roku kalendarzowym podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i kwoty odpowiadającej 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, jeżeli osiągnięte przychody z działalności gospodarczej (w rozumieniu ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne) nie przekroczą w tym okresie kwoty 60 000 zł;
- iloczyn liczby miesięcy w roku kalendarzowym podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, jeżeli osiągnięte przychody z działalności gospodarczej (w rozumieniu ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne) przekroczą w tym okresie kwotę 60 000 zł i nie przekroczą kwoty 300 000 zł;
- iloczyn liczby miesięcy w roku kalendarzowym podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i kwoty odpowiadającej 180% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, jeżeli osiągnięte przychody z działalności gospodarczej (w rozumieniu ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne) przekroczą w tym okresie kwotę 300 000 zł.
Przychody trzeba będzie pomniejszyć o kwoty opłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, jeżeli nie zostały zaliczone do kosztów uzyskania przychodów lub odliczone od dochodu na podstawie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Za każdy miesiąc podlegania ubezpieczeniu prowadzący działalność pozarolniczą albo korzystający z ulgi na start, który stosuje opodatkowanie w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, będzie wpłacać składkę na ubezpieczenie zdrowotne od miesięcznej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, którą stanowić będzie:

- kwota odpowiadająca 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, jeżeli przychody z działalności gospodarczej (w rozumieniu ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne), osiągnięte od początku roku kalendarzowego, nie przekroczą kwoty 60 000 zł,
- kwota przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, jeżeli przychody z działalności gospodarczej (w rozumieniu ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne), osiągnięte od początku roku kalendarzowego, przekroczą kwotę 60 000 zł i nie przekroczą kwoty 300 000 zł;

- kwota odpowiadająca 180% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, jeżeli przychody z działalności gospodarczej (w rozumieniu ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne), osiągnięte od początku roku kalendarzowego, przekroczą kwotę 300 000 zł.

Przychody trzeba będzie pomniejszyć o kwoty opłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, jeżeli nie zostały zaliczone do kosztów uzyskania przychodów lub odliczone od dochodu na podstawie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Osoby opłacające podatek w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych w poprzednim roku kalendarzowym i prowadzące działalność gospodarczą, gdy przychody z tej działalności były opodatkowane na zasadach ogólnych

Ubezpieczony **prowadzący działalność pozarolniczą albo korzystający z ulgi na start**, który spełnia łącznie następujące warunki:

- opłaca podatek w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych;
- przez cały poprzedni rok kalendarzowy prowadził działalność gospodarczą i przychody z tej działalności były opodatkowane na zasadach ogólnych (ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych) lub ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych (ustawa o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne),

będzie mógł przy określaniu miesięcznej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne przyjąć kwotę przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym. Przychody należy pomniejszyć o kwotę opłaconych w poprzednim roku kalendarzowym składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, jeżeli nie zostały zaliczone do kosztów uzyskania przychodów lub odliczone od dochodu na podstawie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Tak ustaloną miesięczną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczony będzie stosował przez cały rok kalendarzowy.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą albo korzystające z ulgi na start, które są opodatkowane w formie karty podatkowej

Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność pozarolniczą albo korzystających z ulgi na start, które są opodatkowane w formie karty podatkowej (zgodnie z przepisami ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne), stanowić będzie kwota minimalnego wynagrodzenia obowiązującego 1 stycznia danego roku.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą, które nie osiągają przychodów ani dochodów z działalności gospodarczej i które nie są opodatkowane w formie karty podatkowej, ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych czy nie opłacają podatku na zasadach ogólnych, oraz osoby współpracujące z osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą oraz osobami korzystającymi z ulgi na start

Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- osób prowadzących działalność pozarolniczą, które nie osiągają przychodów ani dochodów z działalności gospodarczej i które nie są opodatkowane w formie karty podatkowej, ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych czy nie opłacają podatku na zasadach ogólnych oraz
- osób współpracujących z osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą oraz osobami korzystającymi z ulgi na start,

stanowiąc będzie kwota przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku. Składka w nowej wysokości obowiązywać będzie od 1 stycznia do 31 grudnia danego roku kalendarzowego.

Przypadki braku danych do oskładkowania dla niektórych grup ubezpieczonych

Jeśli ubezpieczony prowadzący pozarolniczą działalność albo korzystający z ulgi na start, który opłaca podatek na zasadach ogólnych albo stosuje opodatkowanie w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, nie przekaze informacji o miesięcznym przychodzie lub dochodzie z działalności gospodarczej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustali za ten miesiąc podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie minimalnego wynagrodzenia.

Prowadzenie więcej niż jednej działalności gospodarczej

Jeżeli **osoba rozliczająca podatek dochodowy na zasadach ogólnych** będzie prowadziła więcej niż jedną pozarolniczą działalność, roczną podstawę wymiaru składek będzie stanowiła suma dochodów. Podstawa ta nie będzie mogła być niższa niż iloczyn liczby miesięcy w roku składkowym i minimalnego wynagrodzenia.

Jeżeli **osoba opodatkowana w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych** będzie prowadziła więcej niż jedną pozarolniczą działalność, to przy określaniu rocznej i miesięcznej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne do limitów przychodów trzeba będzie przyjmować sumę przychodów z tych działalności.

Jeśli ubezpieczony **prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą nie jest opodatkowany w formie karty podatkowej ani formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, ani nie rozlicza podatku na zasadach ogólnych**, będzie prowadził więcej niż jeden rodzaj działalności, to będzie musiał opłacać

składkę na ubezpieczenie zdrowotne odrębnie od każdego rodzaju działalności. Rodzajami działalności będzie jedynie działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej, jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki jawnej, spółki komandytowej, spółki partnerskiej.

Jeśli **osoba prowadząca działalność pozarolniczą oraz korzystająca z ulgi na start dodatkowo jest pracownikiem** (w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) i z tego tytułu podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne jest niższa niż minimalne wynagrodzenie obowiązujące w danym roku, zwolniona jest z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne z działalności, gdy spełni następujące warunki: z wykonywanej działalności uzyskuje przychody nie wyższe niż 50% minimalnego wynagrodzenia, oraz opłaca z działalności podatek dochodowy w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych.

Sankcje dla pracodawcy z tytułu nielegalnego zatrudnienia

W przypadku stwierdzenia nielegalnego zatrudnienia (w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) lub zaniżenia podstawy wymiaru składek pracowników, składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne od wynagrodzenia z tytułu nielegalnego zatrudnienia oraz od części nieujawnionego wynagrodzenia nie będą obciążać pracownika.

Terminy opłacania składek na ubezpieczenia zdrowotne

Składki opłaca pracodawca w całości z własnych środków, obowiązują trzy terminy płatności składek i przekazywania dokumentów rozliczeniowych:

- do 5. dnia następnego miesiąca – dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych;
- do 15. dnia następnego miesiąca – dla płatników składek posiadających osobowość prawną;
- do 20. dnia następnego miesiąca – dla pozostałych płatników składek.

Osoby prowadzące działalność gospodarczą opłacające składki na własne ubezpieczenia lub osoby z nimi współpracujące będą musiały składać co miesiąc dokumenty rozliczeniowe¹⁵⁰.

Nowe zasady obliczania podatku dochodowego

Nie można odliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Oznacza to, że kwota składki na ubezpieczenie zdrowotne nie będzie już wpływać na wysokość zaliczki i podatku dochodowego

¹⁵⁰ Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach..., art. 66, 73, 75, 79, 81, 82, 83, 86; ZUS, *Zmiany dotyczące składki zdrowotnej od 2022 r.*, <https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/programy-transformacji-cyfrowej-zus/zmiany-od-2022-r./zmiany-w-skladce-zdrowotnej> (dostęp: 29.12.2021).

od osób fizycznych obliczanego od dochodów uzyskanych od 1 stycznia 2022 r. Składka na ubezpieczenie zdrowotne (9% podstawy wymiaru) wypłacana świadczeniobiorcom będzie pomniejszała świadczenie wypłacane przez ZUS¹⁵¹.

9.3. Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W skład Funduszu wchodzi:

- centrala Funduszu,
- oddziały wojewódzkie Funduszu.

Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:

- 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
- 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe;
 - 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
- 4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
- 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
- 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 7) promocja zdrowia;
- 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- 9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

Fundusz nie może być właścicielem zakładów opieki zdrowotnej ani nie może posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej.

Organami Funduszu są:

- Rada Funduszu,
- Prezes Funduszu,
- rady oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

¹⁵¹ Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach..., art. 79-82; ZUS, *Zmiany dotyczące...* dz. cyt.

Gospodarka finansowa Funduszu

Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Funduszu. Fundusz zapasowy zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy. Fundusz zapasowy zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

Przychodami Funduszu są:

- należne składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- darowizny i zapisy;
- środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- dotacje, w tym dotacje celowe;
- środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
- przychody z lokat;
- inne przychody.

Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Kosztami Funduszu są:

- koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
- koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwrotu kosztów podróży;
- koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- koszt wypłaty odszkodowań;
- inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.

Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek¹⁵².

9.4. Zakres bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo:

- osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;

¹⁵² Zob. Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach..., art. 113-117.

- osoby inne niż ubezpieczeni, posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej.

Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych¹⁵³.

Świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni, którzy:

- nie ukończyli 18. roku życia,
- są w okresie ciąży, porodu i połogu,

mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom są finansowane z:

- budżetu państwa – w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni,
- Funduszu – w przypadku ubezpieczonych.

Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, na zasadach i w zakresie określonym w ustawie, są właściwi ministrowie lub Fundusz.

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie¹⁵⁴:

- badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
- podstawową opiekę zdrowotną;
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- rehabilitację leczniczą;
- świadczenia stomatologiczne;
- leczenie szpitalne;
- świadczenia wysokospecjalistyczne;
- leczenie w domu chorego;
- badanie i terapię psychologiczną;
- badanie i terapię logopedyczną;
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną;
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;

¹⁵³ Zob. tamże, art. 2.

¹⁵⁴ Zob. tamże, art. 13-16.

- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
- opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią;
- opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
- leczenie uzdrowiskowe;
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
- transport sanitarny;
- ratownictwo medyczne.

Świadczeniobiorcy nie przysługuje bezpłatnie:

- orzeczenie o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- świadczenia opieki zdrowotnej nie zakwalifikowane jako gwarantowane.

Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie¹⁵⁵.

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁵⁵ Zob. tamże art.16-19.

Świadczeniodawca:

- ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
- informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru.

Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa powyżej, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.

W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.

W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym wcześniej lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisów powyższych nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji. Minister właściwy do spraw

zdrowia może, na wniosek podmiotu uprawnionego, skierować świadczeniobiorcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia świadczeniobiorcy, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.

Koszty leczenia lub badań diagnostycznych świadczeniobiorcy poza granicami kraju¹⁵⁶:

- wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub członkami Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu świadczeniobiorcy do miejsca leczenia za granicą i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – są finansowane z budżetu państwa.

Prawo wyboru świadczenioborców

Świadczenioborca ma prawo do wyboru¹⁵⁷:

Lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.

Świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenioborca ma prawo wyboru lekarza dentystry spośród lekarzy dentyistów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane. Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.

¹⁵⁶ Zob. tamże, art. 20-26.

¹⁵⁷ Zob. tamże, art. 28-31.

Zakres innych świadczeń opieki zdrowotnej

Badania diagnostyczne i leczenie uzdrowiskowe

Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty żywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów żywienia i zakwaterowania ubezpieczonego.

Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej, nie ponoszą odpłatności za koszty żywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym¹⁵⁸.

Leki, wyroby medyczne i prawo do przejazdów środkami do transportu medycznego

Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Leki podstawowe, leki uzupełniające oraz leki recepturowe są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnością:

- ryczałtową – za leki podstawowe i recepturowe przygotowywane z surowców farmaceutycznych, pod warunkiem że przepisana dawka leku recepturowego jest mniejsza od najmniejszej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie;
- w wysokości 30% albo 50% ceny leku – za leki uzupełniające.

¹⁵⁸ Zob. tamże, art. 32-33.

Świadczeniobiorcom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie.

Udział środków publicznych w cenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu ceny określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 dla wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem. W innych przypadkach na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością¹⁵⁹.

9.5. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologa i położnika;
- dentysty;
- onkologa;
- psychiatry;

¹⁵⁹ Zob. tamże, art. 34-41.

- dla osób chorych na gruźlicę;
- dla osób zakażonych wirusem HIV;
- dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych;
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.

Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca¹⁶⁰.

Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej jest elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego. Karta ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego za wydanie nowej karty pobiera się opłatę w wysokości 1,5% minimalnego wynagrodzenia.

Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:

- kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego;
- inny dokument (decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca prawo do świadczeń – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony).

W przypadku stanu nagłego wymagany dokument może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu. Jeżeli przedstawienie wymaganego dokumentu w terminie 30 dni nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W razie nieprzedstawienia wymaganego dokumentu w obowiązujących terminach świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.

¹⁶⁰ Zob. tamże, art. 57-61.

W razie nieodprowadzenia przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc składki na ubezpieczenie zdrowotne za ubezpieczonego, Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami udzielonych ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej.

Późniejsze niż w wymaganym terminie przedstawienie dokumentu nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu. Również opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej¹⁶¹.

Zadania kontrolne

1. Podać definicję osoby ubezpieczonej w ubezpieczeniu zdrowotnym.
2. Podać zasady podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu.
3. Podać termin utraty prawa do świadczeń zdrowotnych.
4. Podać wysokość podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne przy dobrowolnym ubezpieczeniu.
5. Wymienić rodzaje specjalności lekarskich, do których nie ma potrzeby uzyskania skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
6. Podać wysokość opłaty za pozostawanie poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Podać wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne.

¹⁶¹ Zob. tamże, art. 49-50.

BIBLIOGRAFIA

1. Bednarski L., Wiśniewski T. (red.), *Analiza finansowa w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, t. 1, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1996.
2. Biuro prasowe UBEA, *Rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, <https://ubea.pl/Rodzaje-ubezpieczen-obowiazkowych-w-Polsce,artykul,935/> (dostęp: 21.10.2019).
3. Denek E., Sobiech J., Wolniak J., Wierzbiński J., *Finanse publiczne*, PWN, Warszawa 1995.
4. Gąsioriewicz L., *Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
5. Hadyniak B., *Ubezpieczenia jako urządzenie gospodarcze*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
6. Hadyniak B., *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
7. Handschke J., *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
8. Holly R. (red.), *Ubezpieczenie finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, Poltext, Warszawa 2003.
9. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Bancassurance> (dostęp: 21.10.2016).
10. Hyski M., *Ubezpieczenie jako instrument finansowej kontroli ryzyka*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias” 2017, z. 11.
11. Jajuga K., *Reasekuracja*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
12. Jedynak P., *Ubezpieczenia gospodarcze. Wybrane elementy teorii i praktyki*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2001.
13. Kaciewicz B., *Elementy rachunku aktuarialnego*, [w:] Doan O. (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996.
14. Knight F.H., *Risk, Uncertainty and Profit*, Kelley & Millman, New York 1957.
15. Kopeć K., Wanat-Poleć E., *Rola ubezpieczeń w systemie finansowym państwa*, „Prawo Asekuracyjne” 1996, nr 8.
16. Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, [w:] Wąsiewicz A. (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 1994.
17. Kowalewski E., *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.

18. Kowalewski E., *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2013.
19. Kubański K.W., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, PDW „Ławica”, Poznań 1994.
20. Kufel J., *Regulacja prawnej działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa ubezpieczeniowego*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
21. Kufel J., *Umowa ubezpieczenia i stosunek ubezpieczenia*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
22. Kufel J., Siuda W., *Prawo gospodarcze dla ekonomistów*, Scriptus, Poznań 1998.
23. Kufel-Siemiąńska A., *Podział ubezpieczeń*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
24. Kwiecień I., *Istota i rola ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
25. Kwiecień I., *Rynek ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
26. Lemkowska M., *Funkcje ubezpieczeń gospodarczych a zrównoważony rozwój*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2020, nr 2.
27. Lisowski J., *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
28. Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1998.
29. Mowbray A.H., Blanchard R.H., *Insurance. It's Theory and Practice in the United States*, McGraw-Hill, New York 1961.
30. Michalski T., *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
31. Micyk R., *Zarządzanie reasekuracją w zakładzie ubezpieczeń*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, t. 3 – *Przedsiębiorstwo*, Monkiewicz J. (red.), Poltext, Warszawa 2003.
32. Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
33. Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 3 – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003.
34. Muszalski W., *Prawo socjalne*, PWN, Warszawa 1996.
35. Ortyński K., *Zarządzanie selekcją i oceną ryzyka ubezpieczeniowego (underwriting)*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 3 – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003.
36. Pajewska R., *Podstawy prawne ubezpieczeń*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1 – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
37. Pietroń R., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wroclawska, Wrocław 2013.
38. Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.

39. Ronka-Chmielowec W. (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
40. Skory M., *Bancassurance jako forma kooperacji gospodarczej*, http://www.biblioteka.cyfrowa.pl/Content/40584/06_Maciej_Skory.pdf (dostęp: 21.10.2016).
41. Vaughan E.J., *Fundamental of Risk and Insurance*, Nowy Jork 1982.
42. Warkało W., *Zasada odszkodowania w ubezpieczeniach*, „Studia Cywilistyczne” 1969, t. 13-14.
43. Warkało W., Marek W., Mogilski W., *Prawo ubezpieczeniowe*, PWN, Warszawa 1983.
44. Wąsiewicz A. (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 1997.
45. Kucka E. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2009.
46. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1740).
47. Ustawa z dnia 18 września 2001 r. *Kodeks morski* (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2175).
48. Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (t.j. Dz.U. 2022 poz. 660).
49. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 854).
50. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1285).
51. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1130).
52. Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeniowej (Dz.U. 2022 poz. 905).
53. Rajcher W.K., *Społeczno-historyczne typy ubezpieczeń*, Warszawa 1951.
54. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej organizatorów imprez masowych (Dz.U. 2010 nr 54 poz. 323).
55. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządcy nieruchomości (Dz.U. 2019 poz. 802).
56. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866).
57. Szpunar J., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 1972.
58. ZUS, *Zmiany dotyczące składki zdrowotnej od 2022 r.*, <https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/programy-transformacji-cyfrowej-zus/zmiany-od-2022-r./zmiany-w-skladce-zdrowotnej> (dostęp: 29.12.2021).