

BEATA MROZOWSKA-BARTKIEWICZ
ANNA TARASIUK-FLODROWSKA

Grupowa umowa ubezpieczenia na życie a ocena ryzyka ubezpieczeniowego – problemy praktyczne

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego stanowi niezwykle istotne zagadnienie związane z funkcjonowaniem zakładów ubezpieczeń. Pojawiają się wątpliwości praktyczne co do stosowanej oceny ryzyka przy zawieraniu grupowych umów ubezpieczenia na życie, w szczególności w kontekście praktykowanych przez zakłady ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności. Kwestia sposobu dokonywania oceny ryzyka stanowi przedmiot decyzji ubezpieczyciela. Z uwagi na szczególny charakter grupowej umowy ubezpieczenia, ocena ryzyka przez ubezpieczyciela musi obejmować daną grupę jako całość, a ryzyko nie jest oceniane indywidualnie. Ocena ryzyka przeprowadzana jest w oparciu o określone założenia, gdy grupa osób przystępujących do ubezpieczenia (ubezpieczonych) nie jest jeszcze znana. Nie mają na nią wpływu informacje przekazane ubezpieczycielowi przez osoby przystępujące do ubezpieczenia (np. na temat ich stanu zdrowia). Brak przyjęcia takich założeń uniemożliwiłby ubezpieczycielowi obliczenie wysokości składki. Zawarte w treści ogólnych warunków wyłączenia odpowiedzialności stanowią odzwierciedlenie przeprowadzonej przez ubezpieczyciela oceny ryzyka. Ponadto wyłączenia odpowiedzialności mają na celu ochronę interesów ubezpieczyciela (ograniczenie odpowiedzialności), jak również osób przystępujących do ubezpieczenia (np. ograniczenie możliwości wzrostu wysokości składki).

Słowa kluczowe: grupowe ubezpieczenia na życie, ocena ryzyka ubezpieczeniowego, wyłączenia odpowiedzialności, ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej, deklaracja przystąpienia.

Wprowadzenie

Prawidłowa ocena ryzyka ubezpieczeniowego stanowi fundament funkcjonowania każdego zakładu ubezpieczeń.¹ Jako kompleksowa dziedzina wiedzy obejmuje ona szerokie spektrum zagadnień, także te o charakterze prawnym i ekonomicznym. Literatura ekonomiczna dotycząca tej kwestii

1. A. Śliwiński, *Ryzyko Ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, s. 10.

jest niezwykle ciekawa i obszerna, jednakże w niniejszym artykule skoncentrujemy się wyłącznie na analizie regulacji prawnych. W szczególności analizie poddana zostanie treść obowiązku oceny ryzyka i formy jej przeprowadzania na tle problemów praktycznych, aktualizujących się w przypadku zawierania grupowej umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wpływu tych regulacji na mechanizmy rynkowe. Temat jest o tyle istotny, że wzrastająca liczba umów ubezpieczeń na życie zawieranych w ramach grupowych umów ubezpieczenia oraz ich zwiększająca się różnorodność spowodowała wzrost liczby pytań i wątpliwości dotyczących zakresu ubezpieczeń oferowanych w tej formie, a w szczególności zasad i założeń stosowanych przez zakłady ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności.

Co ciekawe, zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie ubezpieczeniowym, brak szczegółowych wskazówek oraz ograniczeń dotyczących kształtowania tego rodzaju postanowień umownych w grupowej umowie ubezpieczenia. Chociaż bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa² wprowadziły pewne regulacje w tym zakresie, to w praktyce okazują się one często niepełne. Jako podstawową wątpliwość wskazuje się zakres stosowania art. 815 § 1 Kodeksu cywilnego, który stanowi, że ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Zastrzeżenia sformułowane w świetle brzmienia ostatniego zdania omawianego przepisu, zgodnie z którym w razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Zgłaszane wątpliwości dotyczyły zatem efektu zaniechania skierowania zapytania przez ubezpieczyciela na etapie przed przystąpieniem do grupowej umowy ubezpieczenia, oraz wyjaśnienia, czy brak takiego zapytania może skutecznie wpływać na zakres ubezpieczenia, uzasadniając potencjalną odmowę wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela. Przedmiotem analiz w świetle art. 815 Kodeksu cywilnego jest także charakter zapytania skierowanego do ubezpieczonego (ubezpieczającego), tj. czy jest ono niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego w grupowych umowach ubezpieczenia na życie, warunkując zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w każdym przypadku.³ Nie ulega wątpliwości, że tematyka ta nabrała ostatnio szczególnego praktycznego znaczenia także ze względu na wzrost popularności bancassurance.

Z powyższego względu warto zwrócić bliższą uwagę na problematykę stosowanych w praktyce metod określania zakresu ubezpieczenia w kontekście oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych na życie. Szczegółnej analizy, jak się wydaje, wymaga zagadnienie zasadności i uprawnienia do stosowania postanowień wyłączających odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w przypadku, gdy tego rodzaju postanowienia są sformułowane wyłącznie w treści ogólnych warunków ubezpieczenia, a ubezpieczyciel na etapie przedsprzedażowym nie kieruje do potencjalnego ubezpieczonego pytań mających związek z zakresem ubezpieczenia i stosowanych wyłączeń odpowiedzialności.

2. Por. art. 833 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) dotyczący odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku samobójstwa ubezpieczonego.

3. Zob. np. A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie, Zawieranie umowy. Dochodzenie roszczeń. Wzory*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2000, s. 65.

1. Ubezpieczenia grupowe a ocena ryzyka

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego została przez ustawodawcę jednoznacznie uznana za czynność ubezpieczeniową.⁴ Jako taka podlega szczególnym regulacjom prawnym. Podstawowe zasady dotyczące wykonywania tego rodzaju czynności zostały określone w art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej⁵ („UDU”), zgodnie z którym wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Dalsza część tego przepisu zawiera kolejne wytyczne dotyczące sposobu ustalania składki ubezpieczeniowej. Ustala się ją bowiem w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń.

Przepisy prawa wskazują zatem na konieczność dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego jeszcze przed ustaleniem wysokości składki. Jej określenie jest bowiem naturalną konsekwencją analizy danych zebranych przez zakład ubezpieczeń. Ustawodawca nie formułuje jednak żadnych szczegółowych wytycznych ani dyrektyw, które odnosiłyby się do szczegółowej formuły i sposobu dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Należy więc przyjmując, że zakładowi ubezpieczeń przysługuje samodzielne uprawnienie do podjęcia decyzji, w oparciu o jakie kryteria, dane i informacje zamierza dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz kalkulacji składki.

Regulacje prawne nie różnicują także sposobu dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego dla ubezpieczeń indywidualnych i grupowych. Jednak zasady zawierania i wykonywania obu rodzaju umów różnią się nieco od siebie. Dlatego można się zastanowić, czy zasady przeprowadzania oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych mogą lub muszą opierać się na takiej samej metodologii i zasadach co w przypadku ubezpieczeń indywidualnych, czy też należy przyjmując, że z uwagi na swoją specyfikę będą one odmienne.⁶

Warto podkreślić, że z cywilnoprawnego punktu widzenia umowa ubezpieczenia grupowego jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek uregulowaną w art. 808 Kodeksu cywilnego. W ramach tej umowy ubezpieczony nie występuje jako strona umowy ubezpieczenia. Mimo to z umowy mogą wynikać dla niego określone rodzaje uprawnień lub obowiązków. Najbardziej popularna obecnie na rynku konstrukcja grupowego ubezpieczenia występuje w bancassurance⁷ i w ubezpieczeniach

4. Art. 3 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.).

5. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.).

6. Por. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2007, nr 7/8, s. 7: Przy przyjęciu jednej metodyki dla ubezpieczeń indywidualnych i grupowych, „pominięto zupełnie istotę i specyfikę umów ubezpieczenia grupowego w obecnej postaci. Wystarczy wskazać, że w ww. konstrukcja prowadzi do przekształcenia umów ubezpieczenia grupowego w umowy zawierane indywidualnie z każdą osobą ubezpieczoną. Przy tym założeniu składka powinna być kalkulowana nie na grupę, tylko na indywidualną osobę, co w konsekwencji doprowadziłoby do wzrostu składki. Może się okazać, że klienci masowi, którzy korzystali z tego, że składka była liczona na grupę czyli niższa, nie będą w stanie zapłacić składki skalkulowanej wg odmiennych zasad typowych dla umów ubezpieczenia indywidualnego”.

7. Por. wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK, RU/CO/11, http://dziennikubebezpieczeniowy.pl/pub/110422_wystapienie_bancassurance_m.pdf [4 kwietnia 2013 r.]: „Zdedycowana większość umów ubezpieczeń typu bancassurance występujących w praktyce obrotu na rynku

pracowniczych. Chociaż charakter i konstrukcja obu tych rodzajów umów są takie same, mogą mieć one nieco odmienne cele. W przypadku umów ubezpieczenia zawieranych przez bank grupa obejmowana ochroną ubezpieczeniową może, chociaż nie musi, stanowić zbiorowość tworzoną *de facto* w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Natomiast w ubezpieczeniach pracowniczych istnieje bezpośredni, pierwotny, formalny i stały związek między ubezpieczającym a ubezpieczonymi. Niezależnie jednak od celu zawarcia takiej umowy, przy założeniu, że można do niej przystępować w czasie jej trwania, a nie tylko w momencie jej zawarcia, funkcjonowanie otwartej grupy ubezpieczonych oznacza możliwość obejmowania ubezpieczeniem osób, które łączy z ubezpieczającym określona cecha wspólna [stosunek podstawowy, cel].

W przypadku grupowej umowy ubezpieczenia objęcie ubezpieczeniem najczęściej następuje z chwilą złożenia deklaracji (oświadczenia) przystąpienia do ubezpieczenia. Jednocześnie, zgodnie z art. 13 UDU oraz art. 808 § 4 Kodeksu cywilnego, zarówno ubezpieczający, jak i ubezpieczyciel zobowiązani są do przekazania ubezpieczonemu – przystępującemu do ubezpieczenia – określonych informacji. Przyjmując, że przedstawiony powyżej schemat obejmowania ubezpieczonych ochroną z chwilą złożenia przez nich deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia jest najbardziej powszechny⁸, należy wskazać, iż informacje, których przekazania ubezpieczonemu wymaga ustawodawca, z reguły umieszczane są w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Te z kolei ubezpieczony zwykle otrzymuje przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Warto wskazać, że przepisy prawa nie wykluczają przekazania wymaganych informacji w innej formie niż ogólne warunki ubezpieczenia. W praktyce jednak inne rozwiązania spotyka się stosunkowo rzadko. Niezależnie od formy przekazania wymaganych prawem informacji dotyczących obowiązków i uprawnień ubezpieczonego, należy przyjąć, że ma on możliwość zapoznania się z warunkami ochrony ubezpieczeniowej przed przystąpieniem do umowy. Oczywiście, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową, osobie przystępującej do ubezpieczenia przysługuje szereg dodatkowych uprawnień⁹, jednak ich szczegółowe omówienie pozostaje poza zakresem niniejszego artykułu.

Kwestią podstawową w ubezpieczeniach grupowych jest konieczność ustalenia grupy ubezpieczonych, czyli osób, które mogą zostać objęte ubezpieczeniem. Chociaż samo utworzenie grupy ubezpieczonych to decyzja ubezpieczającego, to już warunki i zasady przystąpienia do ubezpieczenia będą podlegały ustaleniom obu stron umowy. Z punktu widzenia ubezpieczyciela konieczność dokonania takich ustaleń wynika z obowiązku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach

ubezpieczeniowym należy do umów ubezpieczenia grupowego, czyli klasycznej umowy na rzecz osoby trzeciej wynikającej z art. 808 k.c. w zw. z art. 393 k.c.”.

8. W zależności od uzgodnień pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym mogą w tej mierze zostać przyjęte różne rozwiązania: automatyczne obejmowanie ochroną, przystąpienie wobec braku wyraźnego sprzeciwu ze strony ubezpieczyciela w określonym czasie, przystąpienie dopiero z chwilą wyraźnego potwierdzenia tego faktu przez ubezpieczyciela czy też przystąpienie za potwierdzeniem ubezpieczającego.
9. Przede wszystkim chodzi tu o uprawnienie do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela na podstawie art. 808 § 3 Kodeksu cywilnego, a także uprawnienie do żądania informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia zgodnie z art. 808 § 4 Kodeksu cywilnego. Poza tym wynikające z następnego paragrafu odpowiednie stosowanie regulacji dotyczącej ochrony konsumenta, o której mowa w art. 385¹–385³ Kodeksu cywilnego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w której przedmiot ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby czy w odniesieniu do ubezpieczeń na życie analogiczna do zgody ubezpieczonego na ustanowienie ochrony ubezpieczeniowej – zgoda ubezpieczonego na zmianę treści umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego.

której musi on uwzględnić zarówno warunki przystąpienia do ubezpieczenia, jak i dotychczasowy lub potencjalny skład grupy osób, które tym ubezpieczeniem zostaną objęte.

Warto zwrócić uwagę, że w przypadku indywidualnego ubezpieczenia na życie ocena ryzyka polega zwykle na ocenie stanu zdrowia danej osoby lub też na ocenie indywidualnych, z góry określonych cech, które mogą mieć wpływ na ryzyko zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ocenia się zatem potencjalną możliwość wystąpienia określonego zdarzenia w oparciu o szczegółowe dane jednostki, m.in. jej wiek, stan zdrowia, skłonność do określonych zachowań czy podejmowania szczególnej działalności. Między innymi w oparciu o te dane ubezpieczyciel dokonuje kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

Z racji szczególnego charakteru grupowej umowy ubezpieczenia, ocena ryzyka musi obejmować daną grupę jako całość. Skoro w przypadku tego typu umów ryzyko ubezpieczeniowe nie jest oceniane indywidualnie, lecz w odniesieniu do całej grupy potencjalnych ubezpieczonych, to nie wydaje się możliwe zastosowanie tych samych kryteriów i warunków oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Uniemożliwia to, między innymi, potencjalna możliwość przystępowania do grupowej umowy ubezpieczenia dodatkowych osób już w trakcie jej obowiązywania.¹⁰ O ile bowiem można sobie wyobrazić dokonanie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego w grupowej umowie ubezpieczenia o charakterze zamkniętym, czyli ocenę grupy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, oraz dokonanie kalkulacji składki dla całej grupy z uwzględnieniem indywidualnych cech każdego z jej członków, o tyle nie można tego zastosować w odniesieniu do umowy o charakterze otwartym. Dokonywanie oceny ryzyka w trakcie obowiązywania grupowej umowy ubezpieczenia oznaczałoby bowiem, że składka z tytułu ubezpieczenia w stosunku do niektórych osób przystępujących do ochrony ubezpieczeniowej będzie ulegać zmianie. To natomiast, poza sytuacją występowania wielości grup w ramach danej umowy, byłoby nie tylko nie do pogodzenia z grupowym charakterem umowy ubezpieczenia, ale także, jak się wydaje, z bezwzględnym zakazem jednostronnej zmiany wysokości składki w umowie ubezpieczenia na życie w trakcie jej trwania.

W świetle powyższego, chociaż w praktyce ubezpieczeniowej występuje możliwość przeprowadzenia indywidualnej oceny ryzyka poszczególnych ubezpieczonych w grupowych umowach ubezpieczenia, to „mówiąc o ubezpieczeniach grupowych mamy jednak przede wszystkim na myśli ubezpieczenia grupowe w ścisłym tego słowa znaczeniu, przy których występuje łączna ocena ryzyka całej grupy”¹¹. Należy też podzielić stanowisko, że „w ubezpieczeniach grupowych indywidualna ocena ryzyka poszczególnych ubezpieczonych jest wyjątkiem, natomiast regułą jest łączna ocena ryzyka całej grupy”¹². Oczywiście, w przypadku wystąpienia nietypowych sytuacji, na przykład mocno zróżnicowanej grupy ubezpieczonych, w ramach której niewielka jej część, np. zarząd spółki, została ubezpieczona na bardzo wysokie sumy¹³, co może w sposób znaczący wpływać na warunki ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń zamiast uproszczonej procedury może być skłonny do przeprowadzenia pełnej, indywidualnej oceny ryzyka. Chociażby z tego powodu, że nie odpowiada ona specyfice jednolitej

10. W przypadku tzw. otwartej grupy.

11. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 284.

12. Por. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2007, nr 7/8, s. 4.

13. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 284: „W przypadku znacznych różnic w wysokości sum ubezpieczenia poszczególnych osób i gdy sumy te są wysokie”.

grupy. Jak się jednak wydaje, dokonanie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego będzie, co do zasady, skutkować wyłączeniem jednostki z grupy lub zakwalifikowaniem jej do innej grupy (podgrupy) w ramach danej umowy ubezpieczenia.

Omawiając warunki dokonywania oceny ryzyka w grupowych umowach ubezpieczenia, można wskazać jedynie przykładowo na następujące okoliczności, które mogą być brane pod uwagę przez ubezpieczyciela:

- a) rozmiar grupy,
- b) zawody wykonywane przez osoby wchodzące w skład grupy,
- c) rodzaj i charakter wykonywanej pracy (i związane z tym choroby zawodowe),
- d) wiek osób wchodzących w skład grupy,
- e) proporcje płci¹⁴,
- f) poziom przychodów, sposób zatrudnienia,
- g) dodatkowe informacje dotyczące stosunku podstawowego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, związane z celem przystąpienia do ubezpieczenia.

Powyższe wyliczenie jest jedynie przykładowe, a kryteria ocenne mogą zależeć od charakteru, funkcji lub celu grupowej umowy ubezpieczenia. Ponadto nie w każdym przypadku wszystkie ze wskazanych powyżej informacji będą wymagane przez ubezpieczyciela lub znane ubezpieczonym.

Jak wskazano, w przypadku grupowych umów ubezpieczenia o charakterze otwartym w momencie zawierania umowy nie są znane wszystkie osoby, które zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową. To najczęstsza sytuacja w umowach bancassurance. Chociaż, co wcześniej zasygnalizowano, możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia, w której grupa osób objętych ubezpieczeniem jest znana od początku, a w stosunku do tych osób przeprowadzona została semi-indywidualna ocena ryzyka ubezpieczeniowego, to wydaje się, że tego rodzaju umowa będzie miała raczej charakter umowy ubezpieczenia zbiorowego,¹⁵ a nie grupowej umowy ubezpieczenia. W tej ostatniej bowiem, co do zasady, ocena ryzyka dokonywana jest grupowo, przy przyjęciu pewnych założeń. Podstawowym powodem takiego podejścia jest okoliczność, iż **w momencie zawierania grupowej umowy ubezpieczenia osoby, które przystąpią do umowy (jako ubezpieczeni), nie są znane**. W przypadku bancassurance będą to zwykle klienci banku, którzy złożą oświadczenie (deklarację) o przystąpieniu do ubezpieczenia.¹⁶ Z tego powodu trudno ocenić, czy będą to przyszli klienci banku oraz jaka część obecnych klientów banku, a w szczególności jaka ich kategoria przystąpi do ubezpieczenia.

14. W przedmiocie oceny ryzyka można zauważyć, iż od 28 stycznia 2013 r. w związku z uchwaleniem w dniu 14 grudnia 2012 r. ustawy o zmianie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 53) w prawie polskim obowiązują nowe zasady kalkulacji składek ubezpieczeniowych i świadczeń, dotyczące ich nieróżnicowania z zastosowaniem kryterium płci. Jest to argument przemawiający za tym, aby nie traktować zasady indywidualizacji jako warunku *sine qua non* ochrony ubezpieczeniowej.

15. Uproszczony *underwriting* grupowy na podstawie <http://praceubezpieczenia.wordpress.com/tag/narzedzia-wspomagajace-w-poszczegolnych-etapach-underwritingu/> [08.04.2013].

16. Por. K. Malinowska, *Ubezpieczenia grupowe na życie – niebył w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 2, 2008, s. 37: „Inną cechą charakterystyczną i bardzo istotną dla ubezpieczeń grupowych jest możliwość zmienności grupy podczas trwania umowy. Oznacza to, że grupa objęta ochroną nie jest zamknięta na dzień zawierania umowy ubezpieczenia, lecz istnieje możliwość przystępowania i występowania z grupy w razie odpowiednio: nabycia lub utraty przymiotów wyznaczających grupę ubezpieczonych. Co więcej, ubezpieczycielowi może nie być znana tożsamość ubezpieczonych przez cały okres trwania ubezpieczenia, a wiedzę taką zyskuje dopiero przy zgłoszeniu roszczenia ubezpieczeniowego. Taką praktykę można obserwować w przypadku ubezpieczeń oferowanych w związku z usługami bankowymi”.

Najczęstszym celem grupowej umowy ubezpieczenia o charakterze bancassurance jest zabezpieczenie spłaty kredytu lub pożyczki.¹⁷ Teoretycznie można byłoby przyjąć, że każda informacja, która pozwoliłaby zakładowi ubezpieczeń dokładniej ocenić ryzyko ubezpieczeniowe w stosunku do wszystkich ubezpieczonych, jest istotna, więc zebranie tych informacji w dużej ilości pozwala na prawidłową kalkulację składki. Skoro jednak nie jest możliwe zebranie danych dotyczących „przyszłych” ubezpieczonych, wykorzystuje się inne kryteria i czynniki. Przy łącznej ocenie ryzyka grupy ubezpieczonych „musi być zagwarantowane, ażeby wśród członków grupy była zapewniona należyta proporcja osób zdrowych. Jeżeli członkostwo jest dobrowolne, istnieje niebezpieczeństwo, że osoby o słabszym zdrowiu będą silniej umotywowane do uczestnictwa w ubezpieczeniu niż ich zdrowsi koledzy”¹⁸. Dlatego w doktrynie podkreśla się, że obie strony grupowej umowy ubezpieczenia, czyli ubezpieczyciel i ubezpieczający (kredytodawca), są z reguły tak samo zainteresowane ustaleniem, aby osoby przystępujące do ubezpieczenia cieszyły się dobrym zdrowiem, co znacząco ogranicza zarówno ryzyko kredytowe, jak i ubezpieczeniowe.¹⁹ Biorąc za przykład bancassurance, można dojść do wniosku, że do podstawowych zadań banku należy skrupulatna analiza sytuacji klientów, ponieważ wpływa to na ich zdolność kredytową. Z punktu widzenia objęcia ubezpieczeniem, taka analiza ma pewne znaczenie w kontekście oceny „warunków zakwalifikowania do członkostwa w grupie”²⁰. Z punktu widzenia ubezpieczyciela nie jest niezbędne uzyskanie większej ilości informacji niż „warunki umowy (...) określające kto kwalifikuje się do członkostwa w grupie”²¹. Dlatego ocena ryzyka musi opierać się głównie na określonych założeniach dotyczących potencjalnych uczestników danej grupy, ale w kategoriach globalnych, zbiorczych.

Zatem, skoro ocena ryzyka musi nastąpić przy określaniu warunków ubezpieczenia, nie ma potrzeby zadawania potencjalnemu ubezpieczonemu pytań dotyczących okoliczności takich jak stan zdrowia, przebyte choroby czy przeprowadzone leczenie, czy jakichkolwiek innych, które, co do zasady, w ubezpieczeniach indywidualnych mogłyby mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Uzyskane w ten sposób informacje w grupowej umowie ubezpieczenia będą zawsze postrzegane jako otrzymane zbyt późno – nie będą bowiem mogły wpływać na wysokość składki, która jako uśredniona dla całej grupy z założenia została ustalona już na samym początku ubezpieczenia. Taki sposób ustalenia składki poprzedzonej oceną ryzyka ubezpieczeniowego przy przyjęciu określonych założeń w zasadzie zastępuje konieczność zadawania pytań potencjalnym ubezpieczonym na etapie obejmowania ich ubezpieczeniem. Niezależnie bowiem od udzielonych odpowiedzi, żaden parametr umowy ubezpieczenia nie ulegnie zmianie. Dane te oczywiście mogą zostać wykorzystane przy konstruowaniu kolejnej grupowej umowy ubezpieczenia lub kolejnej grupy ubezpieczonych, natomiast ubezpieczyciel nie będzie mógł jednostronnie dokonać zmiany umowy w stosunku do tych ubezpieczonych, którzy należą już do określonej grupy. Pominąć należy tutaj wspomniane wcześniej sytuacje nietypowe, chociażby na przykładzie bancassurance,

17. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 292: „Z dość specyficzną, niemniej popularną, formą konstrukcji grupy mamy do czynienia przy grupowym ubezpieczeniu kredytobiorców (...). Kredytodawca to zwykle bank”.

18. Ibidem, s. 285.

19. Ibidem, s. 293.

20. Ibidem, s. 285.

21. Ibidem, s. 287.

gdy ze względu na wiek danej osoby lub kwotę kredytu wyważanie proporcji między „dobrym” a „złym ryzykiem” może wpłynąć na decyzję o poddaniu potencjalnego ubezpieczonego badaniom medycznym bądź o nieprzyjęciu danej osoby do ubezpieczenia.

Zatem, w dokumentacji grupowej umowy ubezpieczenia **określone zostają jedynie pewne kryteria odnoszące się do osób, które mogą przystąpić do umowy ubezpieczenia**. Jest to powszechna praktyka na polskim rynku, akceptowana zarówno przez doktrynę, jak i organ nadzoru. Odmienne stanowisko oznaczałoby, że skoro nie jest możliwa grupowa ocena ryzyka, niemożliwe jest zawieranie grupowych umów ubezpieczenia, czyli stanowiłoby zaprzeczenie dopuszczalności konstrukcji dozwolonej na mocy przepisów prawa.

Należy zauważyć, iż przyjęcie uproszczonej procedury oceny ryzyka nie narusza także uprawnień ubezpieczonych. Takiej oceny należy dokonać także w kontekście postanowień umownych, w tym wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela, które *de facto* stanowią właściwe założenia konstrukcji grupy ubezpieczonych, w oparciu o które dokonano oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz określono składkę.

2. Status wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej

Kwestia sposobu dokonywania oceny ryzyka należy do decyzji zakładu ubezpieczeń. Jej efekt stanowi element stosunku umownego łączącego ubezpieczyciela z ubezpieczającym. O ile sposób dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego różni się znacznie od sposobu zastosowania wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, o tyle może on bezpośrednio wpływać na charakter i status wyłączeń. Analizując wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, należy się zgodzić z twierdzeniem, że strony grupowej umowy ubezpieczenia mogą postanowić, iż ochrona ubezpieczeniowa będzie świadczona wyłącznie osobom, których stan zdrowia został określony w umowie ubezpieczenia. W praktyce zdarza się, że grupowa umowa ubezpieczenia umożliwia świadczenie ochrony ubezpieczeniowej jedynie osobom o określonych cechach. Cechą tą może być na przykład stan zdrowia w momencie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej. Kryterium to, jak się wydaje, może zostać sformułowane ogólnie albo bardziej szczegółowo, na przykład przy wyłączeniu z ubezpieczenia osób cierpiących na określone schorzenia. Dokonanie tego typu założenia pozwala na ocenę ryzyka i ustalenie wysokości składki. Indywidualna ocena ryzyka nie jest zatem w takiej sytuacji niezbędna.

Szczególnym przykładem produktu ubezpieczeniowego, w którym trudno byłoby dokonać indywidualnej oceny ryzyka, jest tzw. ubezpieczenie PPI [ang. *payment protection insurances*], oferowane w ramach bancassurance. Natura tego typu ubezpieczenia wymaga, by okres ubezpieczenia rozpoczynał się w momencie udzielenia ubezpieczonemu kredytu lub pożyczki. W przypadku indywidualnej oceny ryzyka (czasem wymagającej przeprowadzenia dodatkowych badań medycznych) trudno byłoby uzyskać oczekiwany rezultat, czyli rozpoczęcie okresu ubezpieczenia w momencie zawarcia umowy kredytu lub pożyczki.

Z powyższych względów, uzasadnioną praktyką, której celem jest nie tylko ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do określonych zdarzeń, ale także w konsekwencji ochrona interesów pozostałych ubezpieczonych, chociażby przed uzyskaniem świadczeń przez osobę do nich nieuprawnioną, jest zawieranie w warunkach ubezpieczenia **postanowień dotyczących wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela**. Teoretycznie można pokusić się o twierdzenie,

że w niektórych przypadkach stanowi to konsekwencję przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonaną przez ubezpieczyciela i jest zarazem jej odzwierciedleniem. Nie jest ona jednak dokonywana w momencie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej danego ubezpieczonego, ale w momencie zawarcia grupowej umowy ubezpieczenia na określonych warunkach.

Jak wspomniano, wskazany powyżej mechanizm chroni również pozostałych ubezpieczonych przed podwyższaniem składek. Podobnie w pozytywny sposób wpływa także na ochronę interesów osób już objętych ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel jest bowiem zmuszony do obliczenia składek na podstawie oceny ryzyka w sposób zabezpieczający wykonanie swoich zobowiązań. Brak przyjęcia pewnych założeń i ograniczeń odpowiedzialności z kolei uniemożliwiłoby obliczenie składki, a w efekcie wykonanie obowiązków ubezpieczyciela nałożonych przez prawo i związanych z koniecznością prowadzenia przez ubezpieczyciela racjonalnej gospodarki finansowej, z poszanowaniem interesów ubezpieczonych, ubezpieczających i uprawnionych z umów ubezpieczenia.

3. Szczegółowe zagadnienia związane z grupową oceną ryzyka ubezpieczeniowego w kontekście stosowanych wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela

Podczas dokonywania analizy regulacji i praktyki związanej z oceną ryzyka ubezpieczeniowego w grupowych umowach ubezpieczenia nie sposób pominąć wskazanego już wcześniej art. 815 § 1 w związku z art. 815 § 2¹ Kodeksu cywilnego. Ostatnie zdanie przepisu art. 815 § 1 Kodeksu cywilnego wskazuje, że w razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Jednocześnie w ubezpieczeniach grupowych, zwłaszcza w ubezpieczeniach na życie, powszechną praktyką jest, że ubezpieczyciel przed udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu nie przeprowadza indywidualnych badań medycznych.²² Często nie wymaga nawet wypełnienia kwestionariusza medycznego dotyczącego obecnego stanu zdrowia przy wyrażaniu przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.²³ Bardzo często pytania skierowane do osoby przystępującej do grupowej umowy ubezpieczenia mają wyłącznie charakter oświadczeń woli, a nie wiedzy. Dotyczyć mogą m.in. wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz oświadczeń wymaganych przez art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego, zgód na przetwarzanie danych osobowych dla celów marketingowych lub też uzyskiwania informacji z zakładów opieki zdrowotnej. Trudno jednak przyjąć, że brak skierowania zapytania do ubezpieczonego sam w sobie powoduje wystąpienie konsekwencji wymienionych w art. 815 § 1 (ostatnie zdanie). To ubezpieczyciel bowiem decyduje o tym, w jaki sposób i w oparciu o jakie kryteria dokonuje oceny ryzyka. Zadanie przez ubezpieczyciela pytania dotyczącego określonej okoliczności wskazuje jedynie na jej istotę z punktu widzenia ryzyka ubezpieczeniowego²⁴ oraz na konieczność dokonania odpowiedniej weryfikacji z punktu widzenia danej umowy ubezpieczenia i jej warunków. Nie ulega wątpliwości, że ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do zadawania pytań ubezpieczającemu (ubezpieczonemu) w zakresie okoliczności, które mogłyby wpłynąć na ocenę ryzyka, jeżeli da się jej dokonać w oparciu o inne czynniki lub

22. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, Przedsiębiorstwo wydawnicze LAM, Warszawa 1996, s. 223 [12/233].

23. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 401.

24. Zob. Z. Gawlik, Komentarz do art. 815 Kodeksu cywilnego, LEX [stan prawny 01.08.2010].

założenia. Inne stanowisko byłoby zaprzeczeniem zasady swobody decyzyjnej ubezpieczyciela co do sposobu przeprowadzenia oceny ryzyka. Przepisy art. 815 § 1 i 815 § 2¹ Kodeksu cywilnego nakładają obowiązki w zakresie tzw. deklaracji ryzyka jedynie na ubezpieczającego (ubezpieczonego) i tylko wówczas, gdy ubezpieczyciel będzie wymagał przekazania określonych informacji. Należy przyjąć zatem, że skierowanie zapytania do ubezpieczającego (ubezpieczonego) w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie nie jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Konsekwencją braku skierowania takiego zapytania będzie jedynie uznanie, że ocena ryzyka została dokonana przez ubezpieczyciela w inny sposób niż poprzez uzyskanie informacji w ramach deklaracji ryzyka.

W tej sytuacji warto także zwrócić uwagę na zgłaszane w praktyce wątpliwości o stosunek deklaracji ryzyka do zastosowanych w ramach ogólnych warunków ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Wskazane wątpliwości pojawiły się w kontekście zaskakującego, jak się wydaje, uznania, że brak zadania pytań przez ubezpieczyciela na etapie przed przystąpieniem do grupowej umowy ubezpieczenia może oznaczać, że wszelkie okoliczności związane z ryzykiem ubezpieczeniowym ubezpieczyciel uznaje za nieistotne. Skutkiem takiego stanowiska miałyby być zakwestionowanie niektórych wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które mogłyby być związane z okolicznościami, zaistniałymi przed objęciem danej osoby ochroną ubezpieczeniową (tzw. *preexisting conditions*). Nie ulega jednak wątpliwości, że treść art. 815 § 1 Kodeksu cywilnego bezpośrednio wskazuje, iż uznanie przez ubezpieczyciela danych okoliczności za nieistotne następuje wyłącznie w przypadku, gdy sformułował on zapytanie w tym zakresie, a następnie zdecydował się zawrzeć umowę (objąć ubezpieczeniem) z osobą, która na zadane pytania nie odpowiedziała. Nie można takiej sytuacji uznać za tożsamą z brakiem zadania pytań. Jednocześnie bezsporne jest, że o ile obowiązek złożenia deklaracji ryzyka wynikający z art. 815 § 1 w związku z art. 815 § 2 (1) wiąże się z samą oceną ryzyka przez ubezpieczyciela, o tyle wyłączenia odpowiedzialności służą *de facto* określeniu granic ochrony oferowanej przez ubezpieczyciela w danym produkcie. Ubezpieczyciel przez wskazanie okoliczności, które nie są objęte ochroną w ramach danego ubezpieczenia, doprecyzowuje zakres ochrony ubezpieczeniowej. Przykładowo, jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczeń ubezpieczyciel wskazuje, że wyłączeniem z ochrony jest objęty przypadek, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku choroby zdiagnozowanej u niego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, oznacza to, że zakresem ochrony objęte jest ryzyko wystąpienia śmierci w wyniku innych chorób. Tym samym ubezpieczony jest poinformowany o zakresie ubezpieczenia, tj. jeżeli zdiagnozowano u niego daną chorobę przed przystąpieniem do ubezpieczenia – zakres ubezpieczenia nie obejmie zdarzenia śmierci spowodowanej tą chorobą.

Naturalną konsekwencją uznania, że wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wpływają na zakres ubezpieczenia, czyli stanowią o zakresie świadczenia ubezpieczyciela, byłoby uznanie, że postanowienia te należy zakwalifikować do postanowień określających główne świadczenia stron. O ile zostały one sformułowane w sposób jednoznaczny, będą wyłączone spod oceny pod kątem niedozwolonych postanowień umownych zgodnie z art. 385 (1) Kodeksu cywilnego. Tak może się stać jedynie wówczas, gdy postanowienie to będzie sformułowane zgodnie z wytycznymi określonymi w tym przepisie. Jednak w przypadku wątpliwości co do zapisu wyłączeń, można także pokusić się o ocenę skutku uznania danego wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela za niedozwolone postanowienie umowne.²⁵ Skutek uznania postanowienia stanowiącego

25. Art. 384 §1 Kodeksu cywilnego.

postanowienie o wyłączeniu odpowiedzialności ubezpieczyciela jest oczywisty – nie będzie ono obowiązywało w stosunku do konsumenta.²⁶ W zależności od tego, czy zakwestionowane i uznane za niedozwolone zostanie całe postanowienie umowne, czy też jego część, konsekwencje będą różne dla obu stron umowy ubezpieczenia oraz ubezpieczonego. Z punktu widzenia ubezpieczonego postanowienie polegające na wyłączeniu określonych sytuacji z ochrony ubezpieczeniowej spowodują niemożność ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zaistnienia sytuacji objętej wyłączeniem. Z punktu widzenia ubezpieczyciela *de facto* może okazać się, że szacowana na podstawie dokonanej uprzednio, za pomocą przyjętych założeń, oceny ryzyka składka została ustalona na zbyt niskim poziomie. Dlatego konsekwencje w przypadku uznania postanowienia dotyczącego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, zwłaszcza w kontekście grupowych umów ubezpieczenia, mogą być bardzo poważne. Znajdą też zastosowanie do wszystkich członków danej grupy.

Występujący czasem w praktyce wymóg składania przez ubezpieczonych oświadczeń o przystąpieniu do grupowej umowy ubezpieczenia, w ramach których są oni zobowiązani wskazać, czy podlegają hospitalizacji, czy też leczeniu, poza standardowymi kontrolami lekarskimi, ma, jak się wydaje, charakter czysto informacyjny. Zwraca bowiem uwagę na to, jak istotny w ramach danego ubezpieczenia może być stan zdrowia ubezpieczonego i w jaki sposób może wpływać na zakres ubezpieczenia. Skoro bowiem warunki ubezpieczenia przewidziane dla określonej grupy nie podlegają negocjacji, a ocena ryzyka ubezpieczeniowego i ocena wysokości składki zostały dokonane uprzednio, to trudno wskazać na inny cel takich oświadczeń. Chodzi zatem wyłącznie o skierowanie uwagi ubezpieczonego lub potencjalnego ubezpieczonego na fakt, że tego typu informacje mogą mieć znaczenie z punktu widzenia ubezpieczonego i ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób ubezpieczony może zwrócić szczególną uwagę na informacje, które w sytuacji braku powyższego rozwiązania mogłyby przez niego zostać uznane za nieistotne. Ubezpieczony otrzymuje bowiem, warunki ubezpieczenia, zanim przystąpi do ubezpieczenia, i po zapoznaniu się z nimi podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z danego zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Wskazanie na stan zdrowia lub podejmowane leczenie z punktu widzenia ubezpieczenia mogą być także wskazówką dotyczącą stosowania wyłączeń odpowiedzialności, z pełnymi konsekwencjami dla ubezpieczonego, w postaci odmowy wypłaty świadczenia w całości lub części.

Na zakończenie powyższych analiz szczegółowych warto też podkreślić, że „Regułą polskiego prawa dotyczącego umowy ubezpieczenia jest wymóg zgodności OWU z bezwzględnie obowiązującymi przepisami k.c. o umowie ubezpieczenia [art. 805–834 k.c.]”²⁷, które nie przewidują ograniczeń dotyczących rozmieszczenia zapisów stosujących się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej w różnych miejscach ogólnych warunków ubezpieczenia, przez jaki należy rozumieć także wyłączenia w ramach ochrony ubezpieczeniowej.²⁸ Te ostatnie, wchodząc w skład zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiąc będąc o pierwotnie dokonanej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego,

26. Jak wyżej wspomniano, dotyczy to także ubezpieczonych w ramach grupowych umów ubezpieczenia na podstawie art. 808 § 5 Kodeksu cywilnego.

27. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, wydanie trzecie, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 105.

28. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II CKN 531/98, niepublikowany: „Ogólne warunki ubezpieczenia muszą w szczególności określać m.in. zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Oznacza to, że mogą one przewidywać konkretne wyłączenia odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela”.

zresztą nie tylko w grupowych umowach ubezpieczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że w każdym wypadku powinny być formułowane ze szczególną uwagą.

Podsumowanie

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do dokonania kalkulacji składki ubezpieczeniowej w oparciu o uprzednią ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Składka jest obliczana z uwzględnieniem zakresu odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń, jak i ograniczeń tej odpowiedzialności, które powinny określać ogólne warunki ubezpieczenia.²⁹ Przepisy prawa nie przewidują szczegółowych regulacji dotyczących sposobu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Nakładają na ubezpieczyciela taki obowiązek, jednak nie formułują żadnych szczegółowych dyrektyw w tym temacie. Zatem ubezpieczycielowi przysługuje dozwolona w granicach prawa i ograniczona przez konieczność poszanowania interesów ubezpieczonych, ubezpieczających i uprawnionych z umów ubezpieczenia swoboda do użycia instrumentów, za pomocą których takiej oceny dokona. Może to być zarówno wykorzystanie tzw. deklaracji ryzyka, jak i przyjęcie określonych założeń, których skutek może mieć również swój wymiar w formułowaniu zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Będzie zatem dotyczył także wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. To właśnie one staną się konsekwencją pierwotnie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W świetle powyższych analiz nie wydaje się uzasadnione kwestionowanie istnienia wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego, czy też traktowanie ich jako naruszenia zasady dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Taka ocena dokonywana jest przy pewnych założeniach i prowadzi do określenia wysokości składki.

Warto podkreślić, że także z ekonomicznego punktu widzenia twierdzenie, iż stosowanie indywidualnej oceny ryzyka w grupowych umowach ubezpieczenia jest niezbędne, może pogorszyć sytuację osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, skutkując koniecznością opłacania wyższej składki i wydłużeniem czasu zawierania umów, co może się wiązać zarówno z niedogodnościami dla obejmowanych ubezpieczeniem, jak i kolejnymi kosztami. Może się także okazać, że w przypadku, gdy ubezpieczenie stanowi zabezpieczenie należności, w tym kredytu, określony ubezpieczony nie będzie się kwalifikował do ubezpieczenia indywidualnego, z pełnymi konsekwencjami braku posiadania odpowiedniego zabezpieczenia, jeżeli taki był cel grupowej umowy ubezpieczenia.

Wykaz źródeł

Gawlik Z., Komentarz do art. 815 Kodeksu cywilnego, LEX [stan prawny 01.08.2010].

Handschenke J., Kęszycka B., Kowalewski E., *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2007, nr 7/8, s. 4.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, wydanie trzecie, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 105.

29. Por. A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia w: Ubezpieczenia gospodarcze w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1997, s. 1.

Malinowska K., *Ubezpieczenia grupowe na życie – niebył w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 2, 2008, s. 37.

Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie*, Przedsiębiorstwo wydawnicze LAM, Warszawa 1996, s. 223 [12/233].

Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003.

Śliwiński A., *Ryzyko Ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, s. 10.

Tadla A., *Umowa ubezpieczenia na życie, Zawieranie umowy. Dochodzenie roszczeń. Wzory*, Wydawnictwo C.H. BECK, Warszawa 2000, s. 65.

Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1997, s. 101.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II CKN 531/98, niepublikowany. Wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK, RU/CO/11.

Group life insurance contract vs. insurance risk assessment – practical problems

Insurance risk assessment is an extremely important issue connected with operation of insurance undertakings. Practical doubts arise as to the risk assessment used when group life insurance contracts are concluded, in particular in the context of liability exclusions used by insurance undertakings. The manner in which the risk is assessed is decided by the insurer. Due to the specific nature of the group insurance contract, risk assessment conducted by the insurer needs to cover a given group as a whole, and the risk is not assessed individually. Risk assessment is conducted on the basis of certain assumptions when a group of people which is to join the insurance (insured persons) is still unknown. It is not affected by information provided to the insurer by those who join the insurance (e.g. related to their health). If such assumptions had not been made, the insurer would not be able to calculate the premium amount. The liability exclusions included in the general terms and conditions of insurance reflect the risk assessment carried out by the insurer. Furthermore, liability exclusions aim at protecting interests of the insurer (liability limitations) and those who join the insurance (e.g. limited extent to which the premium amount can be increased).

Key words: group life insurance, insurance risk assessment, liability exclusions, calculation of insurance premium amount, insurance acceptance form.

BEATA MROZOWSKA-BARTKIEWICZ – radca prawny.

ANNA TARASIUK-FLODROWSKA – radca prawny, kancelaria Hogan Lovells.