

MAŁGORZATA PUTO

Wykluczenie z ubezpieczenia na życie osób dotkniętych określonymi chorobami przewlekłymi

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na problem wykluczenia z ubezpieczenia na życie osób chorujących na choroby przewlekłe, w szczególności choroby nowotworowe, choroby układu krążenia oraz zaburzenia psychiczne. Mimo że od wystąpienia takich chorób wiele osób chciałoby się ubezpieczyć, zwykle ogólne warunki ubezpieczeń na życie zawierają wyłączenia obejmujące choroby przewlekłe.

Ubezpieczenie na życie uregulowane jest w Kodeksie cywilnym (art. 829–834)¹ oraz w Ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej². Art. 23 tej ustawy nakłada na ubezpieczyciela między innymi obowiązek określenia wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom. Wymaga to przeprowadzenia tzw. underwritingu. Jednym z czynników determinujących wysokość składki jest stan zdrowia wnioskodawcy. Osoby chore na choroby przewlekłe mają mniejsze szanse na uzyskanie adekwatnego ubezpieczenia, a przebyta choroba może dyskwalifikować osobę wnioskującą o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, szczególnie w przypadku zaburzeń psychicznych.

Niniejszy artykuł traktuje więc o problemach z uzyskaniem ochrony ubezpieczeniowej przez osoby cierpiące na określone kategorie chorób. Na tle analizy obecnej regulacji prawnej zwracam uwagę na kwestie budzące wątpliwości. Proponuję także rozwiązania stanowiące alternatywę dla standardowych ubezpieczeń na życie.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie na życie, wykluczenia, choroby przewlekłe, ryzyko ubezpieczeniowe, underwriting medyczny.

Wprowadzenie

Obecnie dostęp do świadczeń ubezpieczeniowych stał się elementem niezbędnym do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym i gospodarczym. Zwykle żeby wykupić ubezpieczenie na życie bez konieczności ograniczenia sumy ubezpieczenia z powodu wysokiego ryzyka należy cieszyć

1. Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm.

2. Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151, ze zm.

się względnie dobrym zdrowiem, przy czym nie chodzi tylko o zdrowie fizyczne. Nie bez znaczenia jest również stan zdrowia psychicznego ubezpieczonego.

W ubezpieczeniach życiowych, tak jak we wszystkich innych rodzajach ubezpieczeń, kluczowy jest aspekt ryzyka, związany z prawdopodobieństwem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, którym w przypadku ubezpieczeń na życie jest śmierć osoby ubezpieczonej. Jest więc zrozumiałe, że takie czynniki jak zły stan zdrowia wpływają na wysokość ryzyka związanego z osobą ubezpieczonego.

Mimo ogromnego postępu w rozwoju medycyny problem wykluczenia z ubezpieczeń osób chorych jest wciąż aktualny, choć może mniej rzuca się w oczy. Dlatego celowe wydało się zwrócenie uwagi na sytuację osób chorujących przewlekłe oraz na możliwości jakie dają im przepisy prawa, a z drugiej strony – na bariery stawiane często przez ubezpieczycieli.

1. Deklaracja ryzyka jako warunek skutecznej ochrony ubezpieczeniowej

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający (także jego przedstawiciel) jest zobowiązany podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, które ubezpieczyciel uzna za istotne, pytając o nie we wzorcu umownym. Stanowi to tzw. obowiązek deklaracji ryzyka (*vide* art. 815 k.c.), niezbędny do określenia ryzyka ubezpieczeniowego³. Wynika z tego, że obowiązek ubezpieczającego ogranicza się do udzielenia prawdziwych odpowiedzi na pytania ubezpieczyciela. Niekiedy wymaga się również przedstawienia dokumentacji poświadczającej stan zdrowia ubezpieczonego. W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta mimo braku informacji, uznaje się je za nieistotne i niemające wpływu na odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Zatajanie przebytych chorób może mieć negatywne skutki dla ubezpieczonego. W razie wykazania, że ubezpieczający udzielił nieprawdziwych informacji, ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności za wynikłą szkodę, oczywiście jeżeli istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zatajoną okolicznością a konkretnym zdarzeniem ubezpieczeniowym (*vide* art. 815 § 3 k.c.). W praktyce jeden z ubezpieczycieli przyjął odmienną interpretację przepisu twierdząc, że traktuje on o związku między wiadomościami a zdarzeniami objętymi ochroną na podstawie umowy (stanowisko uznane za chybione)⁴. Ubezpieczyciel nie poniesie odpowiedzialności tylko w przypadku, gdy okoliczności, które zostały podane z naruszeniem § 1 i 2 art. 815 k.c., spowodowały zajście zdarzenia i gdy ubezpieczający udowodni związek. Uregulowanie to dotyczy takich sytuacji, gdy ubezpieczający nie podał informacji nieumyślnie. Natomiast ciężar udowodnienia winy umyślnej spoczywa na ubezpieczycielu⁵.

Podnosi się również, iż w przypadku ubezpieczeń osobowych możliwe jest nawet bezprzyczynowe ubezpieczenie danego zdarzenia, tzw. niekausalna postać wypadku ubezpieczeniowego. Przyczyną miałyby być brak szkody na skutek wypadku ubezpieczeniowego⁶.

3. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, OW Branta, Bydgoszcz–Toruń 2002, s. 89; por. B. Kucharski, *Naruszenie powinności deklaracji jako podstawa odmowy wypłaty odszkodowania ubezpieczeniowego*, Acta Universitatis Lodzianensis 2013.
4. S. Rogowski, *Granice zwolnienia ubezpieczyciela od odpowiedzialności. Naruszenie zasady obowiązku informowania przez ubezpieczającego*, PUSiG 1999, Nr 10, s. 34 i nast.; por. A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie: zawieranie umowy, dochodzenie roszczeń, wzory*, C.H. Beck, Warszawa 2000, s. 65.
5. H. Cieplą [w:] G. Bieniek (red.), *Komentarz do Kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Zobowiązania, t. 2*, Lexis-Nexis, Warszawa 2011, s. 775.
6. M. Orlicki, *Umowa ubezpieczeniowa*, C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 9 i nast.

Należy także zaznaczyć, że ustawodawca uprzywilejował ubezpieczonych na życie w stosunku do osób podlegających innym rodzajom ubezpieczeń ograniczając czas, w którym ubezpieczyciel może powołać się na podanie nieprawdziwych informacji na temat zdrowia do trzech lat od zawarcia umowy (w przypadku ubezpieczeń grupowych od chwili przystąpienia ubezpieczonego do umowy w stosunku do danego ubezpieczonego). Oznacza to, iż jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy, to fakt, że ubezpieczony podał nieprawdziwe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia, zataił choroby, o które ubezpieczyciel pytał, nie zwalnia ubezpieczyciela z wypłacenia odszkodowania. Takie uregulowanie w pewien sposób sprzyja osobom, które z różnych przyczyn, m.in. zdrowotnych, mogłyby mieć problemy z zawarciem umowy z towarzysztem ubezpieczeniowym. Sytuację tę reguluje art. 834 k.c. stanowiący ograniczenie zakresu stosowania art. 815 § 3 k.c.

Weryfikacja danych podanych przez ubezpieczającego nie jest trudna, wystarczy choćby porównać z zapisanymi w historii choroby ubezpieczonego prowadzonej przez placówki lecznicze. Warto zwrócić uwagę, iż na podstawie ust. 1 art. 22 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń ma prawo do uzyskania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia pacjenta, celem oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Ust. 2 przytoczonego przepisu stanowi o obowiązku uzyskania uprzedniej zgody ubezpieczonego na pozyskanie odpowiednich informacji. Jednakże w praktyce zgoda taka przeważnie jest wyrażana już przy podpisywaniu umowy ubezpieczenia i stanowi warunek konieczny jej zawarcia. Według Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie „[...] zgoda taka powinna być konkretna. Osoba, od której uzyskano zgodę, powinna wiedzieć, jaki jest zakres udzielanej zgody, jakie zatem jej dane będą przetwarzane, przez kogo i w jakim celu. [...]”⁷. W świetle takiej interpretacji warto się zastanowić nad formą i sposobem wyrażania zgody przez ubezpieczonych. Po pierwsze, zgoda taka często wyrażana jest nie do końca świadomie, gdyż przeważnie klauzula umieszczana jest w umowie ubezpieczenia. W takiej sytuacji zakład ubezpieczeń nie ma obowiązku ponownego zwracania się do ubezpieczonego o wyrażenie zgody w razie zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto zgoda często jest ogólnikowa, gdyż nie precyzuje zakresu, w jakim ubezpieczony udostępni swoją dokumentację. Nasuwa się pytanie, czy ubezpieczyciel rości sobie w takiej sytuacji prawo do wglądu w całą dokumentację medyczną ubezpieczonego.

Warto jeszcze zwrócić uwagę, że zezwolenie ubezpieczycielowi na przeprowadzenie dochodzeń i oględzin stanowi obowiązek informacyjny ubezpieczonego (ubezpieczającego). Obowiązkiem ubocznym może być np. poddanie się badaniu ambulatoryjnemu przez lekarzy wskazanych przez zakład ubezpieczeń⁸.

Należy zwrócić również uwagę na często występujące błędne sformułowania pytań, które uniemożliwiają ubezpieczającemu udzielenie odpowiedzi zgodnej z prawdą. Konstrukcja pytań zadawanych przez zakład ubezpieczeń powinna mieć charakter jednoczłonowy, gdyż wieloczłonowość może prowadzić do udzielenia odpowiedzi wbrew woli ubezpieczającego, np. odpowiedź na pytanie: *Czy w ostatnim czasie u ubezpieczonego rozpoznano i czy leczyl się na którąś ze wskazanych chorób?*, może sprawić problem, jeżeli rozpoznano u niego chorobę, ale nie podjął

7. Wyrok NSA w Warszawie z 13 VII 2006 r., I OSK 1083/05, LEX nr 275431; M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych* [w:] M. Nesterowicz [red.], *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009, s. 195–196.

8. A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie...*, op. cit., s. 87–88.

leczenia. W takiej sytuacji ubezpieczony nie ponosi konsekwencji złego sformułowania pytania przez ubezpieczyciela⁹.

Obowiązek deklaracji ryzyka należy odróżnić od obowiązku notyfikacji zmian ryzyka w całym okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej. Należy jednak zastrzec, że w ubezpieczeniu na życie obowiązek zgłaszania ubezpieczycielowi istotnych zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia jest wyłączony (*vide* art. 815 § 2 k.c.), m.in. ze względu na charakter takich czynników, jak wiek czy płeć.

2. Wpływ stanu zdrowia na wysokość składki ubezpieczeniowej

W obszarze ubezpieczeń na życie występuje wiele skomplikowanych ryzyk, które mogą być objęte zakresem ochrony. Ubezpieczyciele, ustalając stopę składki, muszą rozważyć te ryzyka w każdym konkretnym przypadku, gdyż zawsze chodzi o ryzyko subiektywne, które łączy się z indywidualną oceną szansy wystąpienia określonego rezultatu.

Na wysokość składki za ubezpieczenia na życie wpływa szereg czynników ryzyka ubezpieczeniowego, takich jak: 1) wiek, 2) płeć, 3) wzrost i waga, 4) spożycie alkoholu i tytoniu, 5) ciśnienie krwi, 6) poszczególne schorzenia narządów, 7) uwarunkowania rodzinne, 8) zawód, 9) sposób spędzania wolnego czasu¹⁰.

Aspekt stanu zdrowia w istotny sposób wpływa na procedurę oceny ryzyka. Ryzyko jest składową kilku czynników: niebezpieczeństwa (*peril*), niepewności (*uncertainty*), prawdopodobieństwa (*probability*) oraz możliwości (*possibility*). Oceniając ryzyko ubezpieczeniowe należy brać pod uwagę prawdopodobieństwo wyniku innego niż oczekiwany, dyspersję rezultatów rzeczywistych i oczekiwanych¹¹. Ryzyko jest rozumiane jako prawdopodobieństwo odchylenia wyniku rzeczywistego od zakładanego w skali zagrożeń zbiorowych. Innymi słowy, miernikiem ryzyka jest zróżnicowanie wyników w danej zbiorowości.

Do ryzyk obejmowanych ubezpieczeniem życiowym należą między innymi ryzyko śmierci, również śmierci w wyniku wypadku, ryzyko trwałego inwalidztwa oraz ryzyko zachorowania na ciężkie choroby. Na wielkość i nasilenie ryzyka wpływają pewne warunki i okoliczności, tzw. hazardy. Jednym z nich jest hazard fizyczny, jako warunek zwiększający ryzyko dotyczące przedmiotu ubezpieczenia, np. choroba zagrażająca życiu. Innym jest hazard moralny, który wiąże się z nieuczciwością ubezpieczonego, między innymi dotyczy kwestii podawania nieprawdziwych informacji w ankiecie medycznej.

Czynniki wpływające na ryzyko ubezpieczeniowe można podzielić na medyczne i pozamedyczne. Do interesujących nas czynników medycznych można zaliczyć wiek, płeć, ogólny stan zdrowia, nałogi, ciśnienie krwi, schorzenia itp.¹²

9. W. Kamieński, *Deklaracja ryzyka w umowie ubezpieczenia na życie* [w:] T. Szumlicz (red.), *Problemy ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeń*, Warszawa 2006, s. 105.

10. Z. Guzeli-Szczeplińska, J. Visan, *Ocena ryzyka w ubezpieczeniach życiowych* [w:] O. Doan (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1995, s. 121 i nast.

11. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia...*, op. cit., s. 82.

12. D. Sadurska, *Wpływ palenia tytoniu na wysokość składki w ubezpieczeniach na życie w Polsce*, Fundacja „Warta”, Warszawa 2005, s. 20.

System oceny ryzyka oparty został na doświadczeniach wywodzących się z trzech dziedzin: medycyny klinicznej, medycyny ubezpieczeniowej oraz statystyki ubezpieczeniowej¹³. Dla oceny ryzyka medycznego konieczny jest tzw. *underwriting* medyczny, czyli proces szacowania ryzyka medycznego, który polega na ocenie informacji związanych ze stanem zdrowia i wykonywanym zawodem. Szacowanie ryzyka związanego ze stanem zdrowia może wiązać się z wykonaniem odpowiednich badań. Wiek, od którego wymagane są dodatkowe badania, wynosi zwykle 40 lat. Przy wyższych sumach ubezpieczenia zostały przewidziane badania laboratoryjne krwi, RTG klatki piersiowej, a także test na obecność wirusa HIV¹⁴. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia jest bardzo wysoka, dodatkowo może być wykonane EKG wysiłkowe¹⁵. Przed wystawieniem polisy bywa oferowana ochrona tymczasowa (okres karencji mający na celu ujawnienie się czynników, które potencjalnie mogły istnieć przed zawarciem ubezpieczenia)¹⁶, od czasu wypełnienia wniosku i wpłacenia pierwszej składki – do dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Underwriting, powinien poprzedzać każdą umowę ubezpieczenia. Służy on nie tylko ochronie ubezpieczyciela przed wzięciem na siebie zbyt dużego ryzyka, ale ma także na względzie bezpieczeństwo ubezpieczonego. Brak ankiet czy badań wstępnych może być sygnałem ostrzegawczym przed zawarciem umowy z ubezpieczycielem.

Najważniejszym zadaniem *underwritingu* jest ograniczenie zjawiska antyselekcji, czyli selekcji negatywnej wnioskodawców. Jest to związane z naturalnym prawdopodobieństwem, że częściej chcą się ubezpieczać ludzie bardziej narażeni na wystąpienie określonego ryzyka.

Z punktu widzenia klienta chorującego na chorobę przewlekłą uzyskanie pożądanej umowy ubezpieczenia może nastroczać poważnych trudności. Przede wszystkim wnioskodawca obciążony chorobą przewlekłą może być skierowany na konsultacje medyczne, których rezultatem najprawdopodobniej będzie zwiększenie składki o dodatkowy współczynnik – tzw. ubezpieczenie substandardowe, dla ryzyka wyższego niż przeciętne. Niewykluczone jest również, że ubezpieczyciel obwaruje umowę indywidualnymi wyłączeniami. Zdarza się także, że w przypadku bardzo wysokiego ryzyka zakład ubezpieczeń odmawia zawarcia umowy ubezpieczenia.

3. Relewantność poszczególnych chorób przewlekłych w ubezpieczeniu na życie

Towarzystwa ubezpieczeniowe różnie definiują pojęcie choroby przewlekłej. Najczęściej jest ona określana jako stan chorobowy, który charakteryzuje się powolnym rozwojem i długookresowym przebiegiem. Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia określa chorobę przewlekłą jako *wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania*

13. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie: aspekty prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 53.

14. Szerzej o problemie nosicieli wirusa HIV oraz chorych na AIDS w kontekście prawa ubezpieczeniowego – zob. E. Kowalewski, *AIDS a prawo ubezpieczeniowe* [w:] A. Szwarz (red.), *Prawne problemy AIDS*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1990, s. 175–197.

15. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia...*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 60.

16. H. Ciepla, *Komentarz...*, s. 342.

rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki¹⁷. Do chorób przewlekłych zalicza się przykładowo: epilepsję, nowotwory, cukrzycę, astmę, schorzenia układu krążenia, choroby serca. W wielu ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie za chorobę przewlekłą uznaje się taką, która była przyczyną hospitalizacji w okresie dwunastu miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Standardowo, umowy wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela za leczenie skutków takich chorób lub komplikacji powstałych na ich tle. W dalszym ciągu artykułu zostaną omówione poszczególne kategorie tych chorób.

a. Choroby nowotworowe

W krajach rozwiniętych nowotwór, obok chorób układu krążenia i nagłych wypadków, stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów. Od 2003 r. co roku stwierdza się w Polsce ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w 2010 r. stwierdzono ich już ponad 138 tys., tj. prawie 2,5 tys. więcej niż w roku 2009. Najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz w narządach płciowych – tam umiejscowione stanowiły prawie 55 proc. wszystkich nowotworów wykrytych w 2010 r. Rosnącą liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe odzwierciedla wskaźnik zachorowalności. W 2010 r. stwierdzono blisko 359 nowych zachorowań na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 60 przypadków mniej. Wzrost liczby zachorowań odnotowano prawie na terenie całego kraju, z wyjątkiem województwa dolnośląskiego, śląskiego i małopolskiego¹⁸.

W 2010 r. Krajowy Rejestr Nowotworów otrzymał zgłoszenia 70 024 nowych nowotworów złośliwych u mężczyzn i 70 540 u kobiet. Według Światowej Organizacji Zdrowia liczba zachorowań na nowotwory w 2025 r. wzrośnie z 14 do 19 mln rocznie, w 2030 – do 22 mln, a w 2035 – aż do 24 mln¹⁹.

Na rynku ubezpieczeń przybywa ofert, które pozwalają ubezpieczyć się od nowotworu. Towarzystwa ubezpieczeniowe prześcigają się w ofertach kuszących niskimi składkami. Warto jednak przeanalizować, co tak naprawdę ubezpieczyciele mają nam do zaoferowania. Ubezpieczenia od nowotworów mają przeważnie charakter dodatku do podstawowego ubezpieczenia na życie, z licznymi wyłączeniami. Najczęściej ubezpieczenie obejmuje tylko przypadki zachorowania na nowotwór złośliwy. Mimo że, jak wiadomo, niezwykle ważne jest wczesne wykrycie nowotworu, ubezpieczyciele oferują ochronę głównie w zaawansowanym stadium choroby. Przyczyną są oczywiście względy ekonomiczne, gdyż ubezpieczenie wczesnych stadiów nowotworu byłoby nieopłacalne. Nawet gdy istnieje możliwość takiego ubezpieczenia, zwykle jest ono obwarowane długim okresem karencji. W tym czasie ubezpieczony objęty jest ochroną tymczasową. Takie oferty należą jednak do rzadkości.

Jeśli chodzi o śmierć w wyniku zachorowania na nowotwór, to wypłata odszkodowania nigdy nie jest pewna. Jeżeli ubezpieczyciel wykaże, że nowotwór występował już w chwili zawierania umowy, może odstąpić od wypłaty sumy ubezpieczenia, jeżeli we wzorcu zawarte było stosowne wyłączenie. W rzeczywistości zawarcie umowy przez uczciwą osobę cierpiącą na nowotwór jest

17. F.C. Shontz: *Ciężkie choroby przewlekłe* [w:] J.F. Garrett (red.), E.S. Levine (red.), *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, tłum. Z. Obniski, PZWL, Warszawa 1972, s. 300.

18. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2013, www.stat.gov.pl.

19. B. Stewart, C. Wild, *World Cancer Report 2014*, IARC, WHO Press, 2014.

bardzo trudne. Dlatego ważne jest, by zabezpieczyć się wcześniej, jeszcze zanim choroba nastąpi. Szanse na ubezpieczenie mają osoby, które zakończyły leczenie. Trzeba mieć jednak na uwadze, że underwriterzy mogą w takim przypadku w wyłączeniach zawrzeć śmierć z powodu nowotworu ze względu na zwiększone ryzyko. Jednakże każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie, poprzez analizę rodzaju nowotworu, wyników badań, czasu jaki upłynął od zakończenia leczenia. Należy oczywiście brać pod uwagę, że w przypadkach wskazanych składka ubezpieczeniowa będzie prawdopodobnie wyższa, odpowiednio do zwiększonego ryzyka.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej zdarzenie losowe jest to zdarzenie niezależne od woli ubezpieczającego, zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Definicja ta wyrosła z poglądów doktryny, według której zdarzenie losowe to obiektywne (realne) stany świata zewnętrznego, będące skutkiem urzeczywistnienia się określonych ryzyk, powodujące straty bądź zwiększone potrzeby finansowe u osoby, w stosunku do której dane zdarzenie się realizuje. Cechami zdarzenia losowego mają być masowość oraz statystyczna prawidłowość. Zdarzenia te muszą być możliwe (*vide* art. 806 k.c.), ale niekonieczne muszą nastąpić. Zdarzenia losowe mają charakter nadzwyczajny, stanowią odstępstwo od normalnego stanu. Losowość ma charakter subiektywny, jeżeli chodzi o wystąpienie zdarzenia w życiu konkretnej osoby. Ważna jest również niezależność od woli poszkodowanego. Innymi słowy, nie może wynikać ze świadomego działania osoby, której się przydarzyło²⁰. Na marginesie warto zwrócić uwagę, że powyższa definicja odnosi się do woli poszkodowanego, a nie woli jakiegokolwiek osoby. Rozróżnienie to jest istotne, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił wskutek działania osoby innej niż ubezpieczony²¹. Definicja ta wydaje się zbieżna z brytyjskim pojęciem wypadku ubezpieczeniowego, które przewiduje dla takiego zdarzenia następujące kryteria: niepewność, brak świadomego spowodowania przez ubezpieczonego lub osobę, za którą jest odpowiedzialny, a także to, że nie może być zdarzeniem, za które otrzymanie odszkodowania naruszałoby przepisy prawa²².

W doktrynie reprezentowane jest stanowisko, zgodnie z którym pojęcie zdarzenia losowego nie ogranicza się wyłącznie do skutków ujemnych. Zdarzeniem losowym może być zarówno zdarzenie, którego następstwa oceniane są dodatnio, jak i o następstwach ocenianych jako niepomyślne²³.

Na gruncie tak ukształtowanego pojęcia zdarzenia losowego nowotwór, jako choroba, na którą nie mamy wpływu, powinien zawierać się w powyższym jego rozumieniu. Niemniej jednak towarzystwa ubezpieczeniowe zwalniają się od odpowiedzialności, zaprzeczając jego losowemu charakterowi. Dochodzi do sytuacji, w których ubezpieczeni, płacący odpowiednio wysokie składki, w konsekwencji nie uzyskują sumy ubezpieczenia po wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego.

W doktrynie występuje jednak rozbieżność co do przymiotu losowości ubezpieczenia na życie. Należy zwrócić uwagę na pogląd, zgodnie z którym umowa ubezpieczenia na życie nie jest umową losową,

20. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, OW Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 54.

21. Uzasadnienie do uchwały SN z dnia 12 października 1995 r., III AZP 19/95, OSNIAPiUS 1996/10/133; por. K. Malinowska [w:] *Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach; komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, Zakamycze 2010, s. 149.

22. K. Malinowska, *Prawo...*, op. cit., s. 152–153.

23. A. Wąsiewicz, *Prawne zagadnienia działalności ubezpieczeniowej*, cz. I, Warszawa 1996, s. 48.

czyli zależną od zdarzenia losowego²⁴. Zwolennicy tego poglądu podkreślają, że w przypadku umowy ubezpieczenia na życie nie wystarcza zagrożenie jakimkolwiek zdarzeniem przyszłym i niepewnym, lecz tylko takim, które jest wypadkiem ubezpieczeniowym²⁵. Fakt nastąpienia zgonu ubezpieczonego jest zdarzeniem pewnym. Niepewność może dotyczyć tylko kwestii czasu wystąpienia wypadku²⁶.

b. Choroby układu krążenia

Mimo że umieralność z powodu chorób serca i układu krążenia w ostatnich latach maleje, to jednak schorzenia te wciąż stanowią najczęstsze przyczyny zgonów w Polsce. W 2010 r. choroby te spowodowały ok. 46 proc. wszystkich zgonów, na początku tego stulecia prawie 48 proc., podczas gdy w pierwszej połowie lat 90. – ok. 52 proc.. Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa niż wśród mężczyzn – w 2010 r. wyniosła blisko 52 proc. (w 2000 r. – 53 proc., a w 1990 r. ok. 57 proc.), gdy tymczasem wśród mężczyzn: w 2011 r. – ok. 41 proc., w 2000 r. – 43 proc. oraz 48 proc. w 1990 r.²⁷ Maksymalne natężenie zgonów z tej przyczyny w latach 1980–2001 wystąpiło w 1991 r., kiedy to na 100 tys. ludności zmarło z tej przyczyny 625 osób²⁸. Spadek liczby zgonów z powodu chorób serca w przedziale wiekowym 0–64 lat został odnotowany w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, lecz w 1999 roku wciąż była ona wyższa niż w krajach członkowskich Unii Europejskiej²⁹. Według norm WHO za prawidłowe wartości ciśnienia przyjęto 140/90 mm Hg, a wartości 160/95 mm Hg są uznane za tzw. nadciśnienie. Wartości te mogą się różnić, w zależności od wielu czynników, np. wieku.

Nadciśnienie jest parametrem najczęściej stosowanym w *underwritingu* ubezpieczeniowym. Do jego wykrycia w ankietach medycznych stosuje się odpowiednio ukierunkowane pytania do wnioskodawcy. Kwestionariusz medyczny (z reguły zamieszczony we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia) zawiera pytania dotyczące stanu zdrowia, wśród których pytania dotyczące chorób układu krążenia często stanowią pierwsze pozycje. Wpływa to na znaczenie tego czynnika w *underwritingu* i jego oddziaływanie na wysokość składki oraz sumy ubezpieczenia. Należy zaznaczyć, że choroby układu krążenia, w tym przebyty zawał serca, *ipso facto* nie dyskwalifikują wnioskodawcy, ale musi się on jednak liczyć z dłuższym okresem karencji oraz wyższą składką. Ponadto towarzystwo ubezpieczeniowe może wezwać go do przedłożenia odpowiednich wyników badań.

W kontekście ochrony ubezpieczeniowej zawał serca stanowi wypadek, który uprawnia osoby uposażone do odszkodowania za śmierć ubezpieczonego. Potwierdza to wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 2 grudnia 2013 r. (XVII Ama 33/12)³⁰, podtrzymujący decyzję Prezesa UOKiK³¹, iż przyjęta przez ubezpieczyciela definicja zawału serca mogła uniemożliwiać ubezpie-

24. W. Warkała, *Kodyfikacja prawa cywilnego a ubezpieczenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 1965 nr 1, s. 5.; A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia* [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Bydgoszcz 1997.

25. A. Wąsiewicz, *Umowa...*, op. cit., s. 29 i nast.

26. A. Tadla, *Ubezpieczenia na życie...*, op. cit., s. 51.

27. GUS, *Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku*, www.stat.gov.pl.

28. D. Sadurska, *Wpływ...*, op. cit., s. 25.

29. M. Nesterowicz (red.), *Medical law in Poland*, Wolters Kluwer, Law & Business, 2011, s. 18.

30. Niepubl.

31. Zob. http://www.uokik.gov.pl/decyzje_prezesa_uokik3.php.

czonym wypłatę odszkodowania, oraz stwierdzający, iż zapis uzależniający uznanie jednostki chorobowej za zawał serca od pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG narusza art. 5 ust. 1 Ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym³², gdyż może wprowadzać konsumentów w błąd *poprzez stosowanie definicji zawału serca sprzecznej z aktualnym stanem wiedzy medycznej*. Ubezpieczyciel, o którym mowa w wyroku, zawarł w ogólnych warunkach ubezpieczenia definicję zawału mięśnia sercowego nieodpowiadającą obowiązującej wiedzy medycznej, co skutkowało odmową wypłacenia uprawnionym sumy ubezpieczenia. Kara nałożona na ubezpieczyciela wyniosła blisko 4 miliony złotych.

Warto zwrócić uwagę na związek pomiędzy chorobami układu krążenia a inną chorobą przewlekłą, jaką jest depresja. Osoby cierpiące na zespoły depresyjne wykazują skłonności do przeżywania przewlekłego stresu (*distress*), charakteryzującego się m.in. podwyższeniem stężenia kortyzolu w osoczu krwi³³, co może prowadzić do chorób serca i naczyń. Trzeba dodać, że związki pomiędzy tymi schorzeniami nie są jeszcze do końca zbadane.

c. Zaburzenia psychiczne

O ile w przypadku chorób nowotworowych i chorób układu krążenia problem leży głównie w wysokości składek ubezpieczeniowych i wysokości sumy ubezpieczenia, to w przypadku chorób o podłożu psychicznym sytuacja jest bardziej złożona. Zaburzenia psychiczne stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wykluczenia osób nimi dotkniętych z zakresu ubezpieczeń na życie. Wynika to prawdopodobnie ze zwiększonego ryzyka, jakie pociąga za sobą stan psychiczny osób borykających się z tego typu zaburzeniami.

Należałoby oczekiwać, że wyłączenia zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia będą w tym zakresie bardzo precyzyjne. W przypadku, gdy wyłączenie sformułowane jest w sposób niejasny, wątpliwość należy rozstrzygnąć na korzyść ubezpieczonego, zgodnie z brzmieniem art. 385 § 2 k.c.³⁴ Gdy dane pojęcie może być różnie rozumiane, obowiązkiem ubezpieczyciela jest ścisłe jego zdefiniowanie. Niedookreślenie pojęć nie może prowadzić do sytuacji, że wypłata sumy ubezpieczenia zależy od poglądów określonych specjalistów. W wypadku wątpliwości co do treści umowy, to na ubezpieczyciela spoczywa ciężar dowodu, że umowa została zawarta zgodnie z o.w.u.³⁵

Depresja (*depressio*)³⁶, jest uznawana za jedną z chorób przewlekłych, a więc może utrudniać zawarcie umowy ubezpieczenia na życie. Do podstawowych objawów depresji należą: obniżenie nastroju, zahamowanie procesów psychicznych i ruchowych, objawy somatyczne, zaburzenia rytmów biologicznych oraz lęk³⁷. Należy zauważyć, że w ostatnich dziesięcioleciach występuje tendencja

32. Dz. U. z 2007 r., Nr 171 poz. 1206.

33. J. Landowski, *Biologiczne mechanizmy stresu* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. T. 1, Podstawy psychiatrii*, Urban & Partner, Wrocław 2002, s. 188.

34. Zob. wyr. SA w Łodzi z 28.02.1996 r., I ACr 37/96, Wokanda 1996, nr 10, s. 52 i nast.; wyr. SA w Warszawie z 9.07.1997 r., I Aca 181/97, Apelacja. Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych, Sąd Apelacyjny w Warszawie 1998, nr 1, s. 33 i nast.

35. orz. GKA z 13.12.1982 r., OT-7233/82, OSPiKA 1984, poz. 197a z glosą E. Łętowskiej.

36. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób „ICD-10” definiuje depresję jako chorobę afektywną, objawiającą się obniżonym nastrojem, utratą zainteresowań, zwiększoną męczliwością, osłabieniem koncentracji i uwagi, niską samooceną oraz małą wiarą w siebie.

37. A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria: Podręcznik dla studentów medycyny*, WL PZWL, Warszawa 2004, s.328.

wzrostowa w zakresie zachorowań na choroby afektywne. Badania nad rolą zaburzeń psychicznych wskazują na duży udział osób z zaburzeniami psychicznymi w populacji odbierających sobie życie. Z badań wynika, że ponad połowa osób dokonujących skutecznego zamachu samobójczego wykazuje cechy poważnych zaburzeń psychicznych. Ryzyko samobójstw wśród osób z rozpoznaniem depresji, schizofrenii czy alkoholizmu jest kilkadziesiąt razy większe niż w populacji ogólnej. Dotyczy to zwłaszcza chorych z rozpoznaniem depresji endogennej³⁸, chociaż tendencje samobójcze mogą występować w każdej postaci klinicznej depresji³⁹. U osób z zaburzeniami psychicznymi istnieje więc zdecydowanie większe zagrożenie próbami samobójczymi lub innymi czynnościami narażającymi ich życie.

Nie oznacza to, że osoby chorujące psychicznie są zupełnie pozbawione możliwości ubezpieczenia życia. Dla ubezpieczyciela istotne jest, aby stan psychiczny potencjalnego ubezpieczonego był na tyle stabilny, żeby ryzyko narażenia życia było zminimalizowane. Dlatego tak istotne jest dostarczenie ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej wykazującej, że ubezpieczony pozostaje pod opieką lekarską, a leczenie farmakologiczne przynosi spodziewane efekty. Z tego powodu na zawarcie umowy ubezpieczenia większą szansę mają leczeni za pomocą jednego leku niż wieloma. Zwykle ubezpieczyciel nie chce zawierać umowy w okresie rozpoczęcia farmakoterapii, gdyż pierwsze tygodnie wiążą się z największym ryzykiem, m.in. samobójstwa.

Z reguły ubezpieczyciele wyłączają możliwość wypłaty odszkodowania za następstwa chorób istniejących w chwili podpisania umowy. Otwiera to jednak furtkę do nadużywania tej okoliczności dla uwolnienia się od odpowiedzialności gwarancyjnej.

Jak będzie jeszcze o tym mowa, wyłączenie takie nie wydaje się dopuszczalne w przypadku pozbawienia się życia przez ubezpieczonego, a to z powodu bezwzględnego charakteru przepisu art. 833 k.c. zd. 1. W przepisie tym regułą jest zakaz zwalniania się przez ubezpieczyciela z odpowiedzialności ze względu na samobójczy charakter śmierci. Należy zwrócić również uwagę na bardzo rozpowszechnione wśród ubezpieczycieli wyłączenie ich odpowiedzialności z tytułu śmierci (również samobójczej) pod wpływem alkoholu lub środków odurzających. Wyłączenie takie wydaje się niedopuszczalne nie tylko ze względu na charakter kogentny art. 833 k.c., ale również ze względów humanitarnych.

d. Samobójstwo jako konsekwencja choroby psychicznej

Zgodnie z art. 833 Kodeksu cywilnego, w przypadku ubezpieczenia na życie samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić ten termin, nie bardziej jednak niż do 6 miesięcy. Przepis ten stanowi wyjątek od zasady, że zdarzenie będące wynikiem umyślnego działania ubezpieczonego nie rodzi uprawnień z umowy ubezpieczenia, z uwagi na brak losowości. Aby uniknąć zawierania umów ubezpieczenia na życie przez osoby, które powzięły zamiar samobójczy, i aby ubezpieczenie na życie nie stanowiło „motywacji” do samobójstwa, śmierć samobójcza w ciągu dwóch lat od zawarcia umowy nie rodzi odpowiedzialności ubezpieczyciela. W wyniku nowelizacji Kodeksu cywilnego w 2007 r.

38. Depresja endogenna (*depressio endogens*), czyli jednobiegunowa (w piśmiennictwie amerykańskim nazywana wielką depresją), występuje w chorobach afektywnych, psychozie schizoafektywnej; jest uwarunkowana biologicznie i silniejsza w przebiegu od depresji egzogennej.

39. S. Pużyński (red.), *Leksykon psychiatrii*, WL PZWL, Warszawa 1993, s. 417.

rozstrzygnięto o możliwości skracania terminu, po którego upływie samobójczy charakter śmierci ubezpieczonego nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie. Przyjęto, że minimalnym okresem, w którym ubezpieczyciel jest uprawniony do podniesienia zarzutu samobójczej śmierci ubezpieczonego, jest okres 6 miesięcy. Termin, o którym mowa w art. 833 k.c., jest liczony od zawarcia umowy ubezpieczenia.

Rozwiązanie przyjęte przez ustawodawcę polskiego pokrywa się z ustawodawstwem innych państw. *Uniform Life Insurance Act* [Kanada] przewiduje roszczenia uprawnionych do odszkodowania w związku z pozbawieniem się życia przez osobę ubezpieczoną. Kodeks cywilny Quebecu przewiduje możliwość odmowy przyjęcia odpowiedzialności za samobójstwo, jeżeli zostało ono dokonane w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy⁴⁰.

Na podstawie art. 833 k.c. ubezpieczyciele odmawiają zawarcia umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy próby samobójcze występowały już wcześniej. Przyczyną jest przede wszystkim zwiększone ryzyko ponownej próby, a co za tym idzie – śmierci ubezpieczonego. W związku z obowiązkiem ujawniania wszelkich informacji, których ubezpieczyciel domaga się w deklaracji ryzyka, potencjalny ubezpieczony jest zobligowany do podania informacji o próbach samobójczych, jeżeli ubezpieczyciel uzna taką informację za relewantną.

Śmierć samobójcza nie może być uznana za wypadek losowy i w konsekwencji – za wypadek ubezpieczeniowy⁴¹. Art. 833 k.c. stanowi wyjątek od zasady wyrażonej w art. 827 § 1 k.c., zgodnie z którą umyślne działanie ubezpieczającego nie może rodzić roszczenia ubezpieczeniowego. Przez samobójstwo rozumie się **umyślne** pozbawienie się życia przez osobę ubezpieczoną. Umyślność powinna być oparta na ustaleniach, czy celem działania ubezpieczonego było pozbawienie się życia i czy cel ten został zrealizowany. W epokowym dziele *Samobójstwo* E. Durkheim zaproponował następującą definicję: *Samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swojego zachowania*⁴². Według większości badaczy zamiar pozbawienia się życia jest konstytutywną cechą samobójstwa⁴³.

Uważa się, że do spełnienia przesłanek śmierci samobójczej potrzebny jest zamiar bezpośredni (*dolus directus*) odebrania sobie życia przez ubezpieczonego. Zamiar bezpośredni, jako pojęcie z zakresu prawa karnego, stanowi o istocie umyślnego popełnienia czynu. Jego istota sprowadza się do aktu woli osoby dopuszczającej się czynu⁴⁴. Umyślny – znaczy tyle, co zgodny z zamierzeniem, tendencyjny i świadomy⁴⁵. Samobójstwo nie spełnia oczywiście przesłanek czynu zabronionego, niemniej jest regulowane przepisami Kodeksu karnego, dlatego wydaje się uzasadnione stosowanie pojęć z zakresu prawa karnego.

Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia codziennie umiera w wyniku zamachu samobójczego 1300–1500 osób. Prowadzone głównie przez psychiatrów badania wskazują na znaczny udział osób z zaburzeniami psychicznymi w populacji osób odbierających sobie

40. B. Hołyst, *Suicydologia*, LexisNexis, Warszawa 2012, s. 180.

41. M. Orlicki [w:] J. Panowicz-Lipska [red.], *System prawa prywatnego*, t. 8. *Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2004, s. 769.

42. B. Hołyst, *Suicydologia* ..., op. cit., s. 79.

43. Ibidem.

44. U. Kalina-Prasznic [red.], *Encyklopedia prawa*, C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 1014.

45. E. Sobol [red.], *Mały słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1994.

życie⁴⁶. Warto więc postawić pytanie, czy osoba chorująca psychicznie, np. na depresję, i niepozostająca w stanie remisji, jest w stanie świadomie podjąć decyzję o odebraniu sobie życia. Jeżeli odpowiedź będzie negatywna, czy można w takim przypadku mówić o samobójstwie i stosować art. 833 k.c.? Gdyby przyjąć takie rozumienie, można by z łatwością omijać stosowanie tego przepisu w przypadku osób cierpiących na udokumentowaną chorobę psychiczną. Prowadziłoby to do sytuacji, w której nawet w okresie dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie mógłby zwolnić się od odpowiedzialności, powołując się na – stanowiący wyjątek – art. 833 k.c., gdyż śmierć byłaby spowodowana chorobą. Dlatego wielu ubezpieczycieli w postanowieniach umowy wyłącza odpowiedzialność za następstwa chorób psychicznych, w szczególności tych, które ujawniły się przed zawarciem umowy. Gdyby takiemu pozbawieniu się życia odmówić cech samobójstwa, co wykluczałoby stosowanie art. 833 k.c., w przypadku stosownego wyłączenia osoby uposażone nie mogłyby uzyskać sumy ubezpieczenia⁴⁷. Należy zaznaczyć, że zgodnie z zasadą z art. 6 k.c. na ubezpieczycielu spoczywa ciężar udowodnienia samobójczego charakteru śmierci.

4. Możliwości rozwiązania problemu chorób przewlekłych

Istotnym czynnikiem pozytywnie wpływającym na problem wykluczenia niektórych osób z ochrony ubezpieczeniowej jest postępująca konkurencja na rynku ubezpieczeniowym. Towarzystwa ubezpieczeniowe starają się tak kształtować swoje oferty, by przyciągnąć potencjalnych klientów. Ważną rolę na rynku ubezpieczeń na życie odgrywają pośrednicy, którzy specjalizują się w sprzedaży polis dla osób chorujących przewlekle. Niektórzy z nich mają specjalistów zajmujących się przygotowaniem niezbędnej dokumentacji medycznej. W przypadku ubezpieczeń na życie, indywidualna komunikacja pomiędzy towarzystwem ubezpieczeniowym a ubezpieczającym jest szczególnie istotna. Odbywa się ona właśnie poprzez pośrednika ubezpieczeniowego⁴⁸. Profesjonalny pośrednik ubezpieczeniowy może stać się ogniwem łagodzącym konflikty i sprzeczność interesów występujące pomiędzy stronami stosunku ubezpieczeniowego⁴⁹.

Należy również zwrócić uwagę na zawieranie umów „ubezpieczenia na dożycie”. W przypadku tego rodzaju ubezpieczenia do wypłaty sumy ubezpieczenia wystarczy dożycie do końca okresu ubezpieczenia. Ubezpieczenie to coraz rzadziej występuje w swojej klasycznej postaci, lecz przyjmuje formy mieszane. Modyfikacje pozwalają przykładowo na częściowy wykup ubezpieczenia⁵⁰. Towarzystwa ubezpieczeniowe oferują coraz częściej ubezpieczenia dodatkowe, w których nie wymaga się wypełniania kwestionariuszy medycznych.

Optymalnym wyjściem może być skorzystanie z grupowego ubezpieczenia na życie, co dotyczy przede wszystkim osób pozostających w stosunku pracy. Zaletą grupowego ubezpieczenia

46. S. Pużyński, *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, WL PZWL, Warszawa 2004, s. 428, 430.

47. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie...*, op. cit., s. 43–46.

48. K. Stęplewska, *Znaczenie komunikacji pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem w budowaniu lojalności klientów zakładów ubezpieczeń na życie* [w:] S. Wieteska (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 114.

49. E. Kowalewski, *Pośrednictwo ubezpieczeniowe* [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, op. cit., s. 122.

50. A. Olearczuk, *Tradycyjne ubezpieczenia indywidualne* [w:] O. Doan (red.), *Ubezpieczenia życiowe...*, op. cit., s. 66–67.

na życie jest uproszczony *underwriting*. Inne zasady oceny ryzyka pozwalają na objęcie ubezpieczeniem osób, które z uwagi na pogorszony stan zdrowia nie kwalifikują się do ubezpieczenia na zasadach indywidualnych⁵¹. Korzystne jest też rozłożenie ryzyka na grupę ubezpieczonych, gdyż nie dokonuje się wtedy indywidualnej oceny ryzyka. Ważne jest, aby w grupie przeważały osoby o dobrym stanie zdrowia. Fakt, że ubezpieczony cierpi na ciężką chorobę, nie wyklucza go więc z kręgu podmiotów objętych ochroną grupową. Atutem ubezpieczeń grupowych na życie są niskie składki przy relatywnie wysokiej sumie ubezpieczenia.

Należy jednak pamiętać, że warunki ubezpieczenia grupowego nie są stałe, gdyż zależą od wszystkich uczestników grupy i dotyczących ich czynników wpływających na składkę ubezpieczeniową. Przykładowo, zatrudnienie pracowników charakteryzujących się wyższym ryzykiem może wpływać na podwyższenie składek dla pozostałych. W ubezpieczeniach grupowych pojawia się problem w przypadku zakończenia stosunku pracy, gdyż indywidualna kontynuacja ubezpieczenia przeważnie jest oparta na mniej korzystnych warunkach. Bardzo często wiąże się to z uiszczeniem składki wyższej od dotychczasowej, bądź obniżeniem sumy ubezpieczenia. Z drugiej jednak strony, przystępując do indywidualnej kontynuacji, ubezpieczony jest zwolniony z obowiązku wypełniania kwestionariuszy medycznych czy poddawania się badaniom, o ile zakres ochrony nie przekracza poprzednio przysługującej na warunkach ubezpieczenia grupowego⁵². Jednakże należy zwrócić uwagę, że indywidualna kontynuacja stanowi umowę odrębną. W związku z tym przewidziany ustawą okres, w którym ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności za samobójstwo ubezpieczonego, zaczyna biec od zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji. Tak więc ubezpieczyciel nie będzie zobligowany do wypłaty świadczenia, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy będzie miał miejsce w okresie dwóch lat (minimum 6 miesięcy) od zawarcia nowej umowy⁵³. Zdarza się również, że umowa ubezpieczenia grupowego nie zawiera klauzuli gwarantującej możliwość indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

Należy też zauważyć, że uciążliwy dla potencjalnych ubezpieczonych proces *underwritingu* przyczynia się jednak do obejmowania ochroną ubezpieczeniową coraz szerszego grona osób, także cierpiących na schorzenia przewlekłe, jak np. nadciśnienie tętnicze. Choroby tego rodzaju, które jeszcze w ubiegłym wieku były uznawane za bardzo ryzykowne, obecnie nie stanowią już tak dużej przeszkody w zawarciu umowy ubezpieczenia na życie. Dzięki postępowi wiedzy medycznej możliwe stało się rozróżnienie, klasyfikacja i monitorowanie przyjmowanego ryzyka⁵⁴. Proces ten pozwala ubezpieczycielowi na poszerzenie kręgu osób objętych ochroną ubezpieczeniową – bez narażania się na dodatkowe ryzyko.

Podsumowanie

Z dotychczasowych rozważań wynika, że sytuacja osób dotkniętych chorobami przewlekłymi jest na rynku ubezpieczeń na życie skomplikowana. Osoby takie często muszą przejść długotrwały i uciążliwy proces *underwritingu* połączony z wieloma badaniami, który niekoniecznie kończy się

51. K. Rodek, J. Kisan (red.), *Marketing ubezpieczeń na życie* [w:] J. Witecka (red.), *Marketing ubezpieczeń na życie*, Poltext, Warszawa 1997, s. 326.

52. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia...*, op. cit., s. 36.

53. Ibidem, s. 37.

54. Z. Guzel-Szczepiórkowska, J. Visan, *Ocena ryzyka w ubezpieczeniach życiowych* [w:] O. Doan (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996, s. 117.

pozytywnie. Analizując rynek ubezpieczeń w poszukiwaniu optymalnego ubezpieczenia, trzeba mieć świadomość, że chorzy ci mają mniejsze szanse na uzyskanie ubezpieczenia standardowego. Przeważnie muszą się liczyć ze zwiększonymi składkami lub zmniejszoną sumą ubezpieczenia. Zdarza się, że towarzystwa ubezpieczeniowe odmawiają chorym ubezpieczenia ze względu na wysokie ryzyko śmierci. Interesy ubezpieczyciela i ubezpieczonego nie są zbieżne, w związku z czym, nawet gdy wnioskodawca zakwalifikuje się do grupy ryzyka objętej ochroną, wypłata sumy ubezpieczenia w wyniku nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego nie jest wcale oczywista. Trzeba jednak zaznaczyć, że podanie w ankiecie medycznej prawdziwych informacji, uwzględniających przebyte choroby, leży w interesie ubezpieczonego, choć *prima facie* mogłoby się wydawać inaczej. Należy więc odradzić wypełnianie ankiet medycznych w sposób niezgodny ze stanem faktycznym, gdyż może to skutkować odmową wypłaty sumy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia, aczkolwiek ryzyko to trwa tylko przez trzy lata od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

Mimo znacznej poprawy w tej dziedzinie, problem omawianych wykluczeń jest wciąż aktualny. Zadbanie o ubezpieczenie w sytuacji, gdy pozostajemy w stosunkowo dobrym zdrowiu, może nas uchronić przed wykluczeniem, natomiast nie gwarantuje uzyskania świadczenia. Konkurencyjność na rynku ubezpieczeń wprawdzie działa na korzyść ubezpieczonych, ale głównie w zakresie możliwości zawarcia umowy, nie ma zaś większego wpływu na uzyskiwanie sumy ubezpieczenia.

Szczególnie trudną jest sytuacja osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Częste są kontrowersje związane z interpretacją działań samobójczych w świetle choroby psychicznej, która zdaje się wykluczać element umyślności, konieczny w razie samobójstwa. Problematyczne bywa też uzyskanie sumy ubezpieczenia, gdy choroba istniała już w chwili podpisania umowy. Należy zaapelować o rzetelność i uczciwość obu stron umowy ubezpieczenia, wykluczając próby nadużyć przez którąkolwiek z nich. O ile takie działania ze strony ubezpieczycieli są uważane za naganne, o tyle analogiczne zachowania ubezpieczonych spotykają się często ze zrozumieniem, głównie z uwagi na ich słabszą pozycję w stosunku do ubezpieczycieli. Oczywiście, w żadnym razie nie należy propagować działań mających na celu obejście ustawy ani zachowań sprzecznych z zasadami współżycia społecznego.

Wykaz źródeł

- Bilikiewicz A., *Psychiatria, T.1, Podstawy psychiatrii*, Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Bilikiewicz A., *Psychiatria: Podręcznik dla studentów medycyny*, WL PZWL, Warszawa 2004.
- Gawlik Z., *Kodeks cywilny. Komentarz*, Tom III, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Guzel Z., Fal D., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa*, Poltext 2013.
- Guzel-Szczepiórkowska Z., Visan J., *Ocena ryzyka w ubezpieczeniach życiowych* [w:] Doan O. (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996.
- Hołyst B., *Suicydologia*, LexisNexis, Warszawa 2012.
- Kalina-Prasznic U., *Encyklopedia prawa*, C.H. Beck, Warszawa 2007.
- Kamieński W., *Deklaracja ryzyka w umowie ubezpieczenia na życie* [w:] T. Szumlicz (red.), *Problemy ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeń*, Warszawa 2006.
- Kowalewski E., *AIDS a prawo ubezpieczeniowe* [w:] A. Szwarc (red.), *Prawne problemy AIDS*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1990.
- Kowalewski E., *Pośrednictwo ubezpieczeniowe* [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Bydgoszcz 1997.

- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, OW Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006.
- Kowalewski E., *Umowa ubezpieczenia*, OW Branta, Bydgoszcz–Toruń 2002.
- Kucharski B., *Naruszenie powinności deklaracji jako podstawa odmowy wypłaty odszkodowania ubezpieczeniowego*, Acta Universitatis Lodziensis 2013.
- Landowski J., *Biologiczne mechanizmy stresu* [w:] pod red. A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. T. 1, Podstawy psychiatrii*, Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Malinowska K., *Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach; komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, red. Brodecki Z., Zakamycze 2010.
- Nesterowicz M. (red.), *Medical law in Poland*, Wolters Kluwer, Law & Business, 2011.
- Olearczuk A., *Tradycyjne ubezpieczenia indywidualne* [w:] Doan O. (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1995.
- Orlicki, M. [w:] J. Panowicz-Lipska (red.), *System prawa prywatnego, t. 8. Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2004.
- Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku*, www.stat.gov.pl.
- Pużyński S. (red.), *Leksykon psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1993.
- Pużyński S., *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)* [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, WL PZWL, Warszawa 2004.
- Rodek K., Kisan K. (red.) *Marketing ubezpieczeń na życie*, Poltext, Warszawa 1997.
- Rogowski S., *Granice zwolnienia ubezpieczyciela od odpowiedzialności. Naruszenie zasady obowiązku informowania przez ubezpieczającego*, PUSiG 1999.
- Sadurska D., *Wpływ palenia tytoniu na wysokość składki w ubezpieczeniach na życie w Polsce*, Warta Fundacja, Warszawa 2005.
- Shontz F.C., *Ciężkie choroby przewlekłe*, [w:] J.F. Garrett (red.), E.S. Levine (red.), *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, tłum. Z. Obniski, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1972.
- Sobol El., *Mały słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1994.
- Stewart B., Wild C., *World Cancer Report 2014*, IARC, WHO Press, 2014.
- Stęplewska K., *Znaczenie komunikacji pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem w budowaniu lojalności klientów zakładów ubezpieczeń na życie* [w:] S. Wieteska (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenia na życie: aspekty prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
- Śliwka M., *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych* [w:] M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Tadla A., *Umowa ubezpieczenia na życie: zawieranie umowy, dochodzenie roszczeń, wzory*, C.H. Beck, Warszawa 2000.
- Warkało W., *Kodyfikacja prawa cywilnego a ubezpieczenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 1965 nr 1.
- Wąsiewicz A., *Prawne zagadnienia działalności ubezpieczeniowej*, cz. I, Warszawa 1996.
- Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia* [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3., Bydgoszcz 1997.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2013, www.stat.gov.pl.

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny [Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, ze zm.].

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej [Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151, ze zm.].

Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 171, poz. 1206).

Orzecznictwo

Orzeczenie GKA z 13.12.1982 r., OT-7233/82, OSPiKA 1984, poz. 197a.

Wyrok NSA w Warszawie z 13 VII 2006 r., I OSK 1083/05, LEX nr 275431.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 28.02.1996 r., I ACr 37/96, Wokanda 1996, nr 10.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 9.07.1997 r., I Aca 181/97, Apelacja. Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych, Sąd Apelacyjny w Warszawie 1998, nr 1.

Wyrok Sądu OKiK z 2 grudnia 2013 r. (XVII Ama 33/12), niepubl.

Uchwała SN z dnia 12 października 1995 r., III AZP 19/95, OSNIAPiUS 1996/10/133.

Strony internetowe

www.stat.gov.pl

www.uokik.gov.pl

Life insurance exclusions in the context of chronic diseases

The aim of the article is to give notice to the problem of life insurance exclusion of particular groups of people who represent a large percentage of population. Diseases like tumour, coronary artery disease, mental disorders and other chronic diseases are inherent in every populace and the amount of patients is increasing.

Chronic diseases are those which most of people would like to insure against. Unfortunately, these expectations do not necessarily coincide with the offers presented by insurers. General insurance conditions contain a number of exemptions. Most of them refer to the state of health. Medical history constitutes an important factor in the insurance risk assessment process. Taking into account the interest of an insurer, the risk of the insured's death must be viewed carefully in the process of underwriting in order to prevent an excessive loss of an insurance company.

Life insurance in Poland is regulated mainly by the Civil Code of 23 April 1964 and the Act on Insurance Activity of 22 May 2003. Art. 13 of the Insurance Act imposes on the insurer a duty to determine the insurance rate in the insurance contract. In order to fulfill the obligation, an insurance company must undertake a process of underwriting. Health factor affects the amount of risk related to life insurance. Applicants with a history of chronic diseases must reckon with an increased rate or sum assured.

The article is concerned with difficulties these particular groups of people may have for the duration of underwriting process. In the article it is taken on board that some concepts are narrowly defined by the acts as well as by general insurance conditions. The author of the article draws attention to the legislative shortcomings that may contribute to the discrimination based on health status and presents possible solutions to overcome these problems.

Key words: life insurance, exclusions, chronic diseases, insurance risk, medical underwriting.

MAŁGORZATA PUTO – seminarzystka w Zakładzie Prawa Medycznego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.