

REKOMENDACJA POLSKIEJ IZBY UBEZPIECZEŃ - MINIMALNE WYMOGI INFORMACYJNE W UBEZPIECZENIACH NALEŻNOŚCI

Minimalne Wymogi Informacyjne przy ocenie ryzyka w ubezpieczeniach należności, zwane dalej „Minimalnymi Wymogami Informacyjnymi” zostały opracowane przez Podkomisję ds. Ubezpieczeń Należności Polskiej Izby Ubezpieczeń i przyjęte przez zarząd PIU uchwałą z dnia 18 stycznia 2019 r.

Mają one charakter rekomendacji, których celem jest dbałość o wysoki standard usług ubezpieczeniowych. Rekomendacje zawierają zestaw pytań, pozwalających na uzyskanie minimalnego zakresu informacji, niezbędnego do rzetelnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Taka ocena ryzyka ubezpieczeniowego jest niezbędna do podjęcia decyzji o przyjęciu ryzyka do ubezpieczenia i kalkulacji składki, ma wpływ na zdolność wywiązywania się zakładu ubezpieczeń z umowy ubezpieczenia. A zatem stosowanie Minimalnych Wymogów Informacyjnych leży nie tylko w interesie ubezpieczycieli, ale także ubezpieczonych oraz innych beneficjentów umowy ubezpieczenia.

Minimalne Wymogi Informacyjne były konsultowane ze wszystkimi zakładami ubezpieczeń będącymi członkami Polskiej Izby Ubezpieczeń, prowadzącymi ubezpieczenia grupy 14 działu II, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1170,).

Informacja o ustaleniu Minimalnych Wymogów Informacyjnych została przekazana do izb i stowarzyszeń reprezentujących środowiska pośredników ubezpieczeniowych. Izba rekomenduje również, aby ubezpieczyciele, którzy zdecydują się stosować Minimalne Wymogi Informacyjne, poinformowali o tym pośredników ubezpieczeniowych, z którymi współpracują.

I. Zasady funkcjonowania Minimalnych Wymogów Informacyjnych

§ 1

Celem rekomendacji w zakresie Minimalnych Wymogów Informacyjnych nie jest wywieranie przez Polską Izbę Ubezpieczeń jakiegokolwiek wpływu na kształtowanie przez ubezpieczycieli własnej polityki w zakresie oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

§ 2

1. Stosowanie Minimalnych Wymogów Informacyjnych ma charakter dobrowolny.
2. Niestosowanie Minimalnych Wymogów Informacyjnych nie powoduje żadnych sankcji ze strony innych ubezpieczycieli oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń.
3. Zakład ubezpieczeń ma prawo stosować szerszy zakres pytań służących przygotowaniu oferty.

§ 3

1. Podkomisja ds. Ubezpieczeń Należności Polskiej Izby Ubezpieczeń prowadzi monitoring i przygotowuje raporty dotyczące stosowania Minimalnych Wymogów Informacyjnych przez zakłady ubezpieczeń. Raporty te będą przedmiotem analizy Podkomisji Ubezpieczeń Należności.
2. Treść Minimalnych Wymogów Informacyjnych dostępna jest na stronie internetowej Polskiej Izby Ubezpieczeń.

II. Treść Minimalnych Wymogów Informacyjnych

Zakłady ubezpieczeń przygotowują ofertę w oparciu o minimalny zakres informacji, o których mowa w pkt. 1-10.

Użyte w treści Minimalnych Wymogów Informacyjnych pojęcia oznaczają:

- **okres sprawozdawczy** - wykazywane oddzielnie dwa poprzednie okresy ubezpieczenia oraz okres bieżący, liczony od końcowej daty ostatniego pełnego okresu ubezpieczenia do daty złożenia wniosku o przygotowanie raportu;
- **odbiorca** – kontrahent zobowiązany do zapłaty Ubezpieczonemu należności z tytułu dostarczonych przez Ubezpieczonego towarów lub usług, które zostały objęte ochroną ubezpieczeniową;
- **należności z przekroczoną datą płatności** - należności, w stosunku do których Odbiorca przekroczył określoną w umowie ubezpieczenia datę zapłaty zaległych należności lub zapłacił je w niepełnej wysokości, innej walucie lub na inny rachunek bankowy niż określone w umowie sprzedaży, nie stanowiące jeszcze podstawy do zgłoszenia wniosku o wypłatę odszkodowania, ale będące już przedmiotem czynności prewencyjnych zakładu ubezpieczeń;
- **szkoda** – ustalona zgodnie z umową ubezpieczenia kwota niezapłaconych należności, zgłoszonych zakładowi ubezpieczeń wezwaniu do wypłaty odszkodowania lub o których zakład ubezpieczeń w inny sposób został powiadomiony;
- **limit**- ustalona oddzielnie dla każdego Odbiorcy maksymalna kwota należności objętych ochroną ubezpieczeniową.

1. Rodzaj działalności Ubezpieczonego:

- informacja o formie prawnej prowadzonej działalności i okresie prowadzonej działalności,
- informacja o strukturze właścicielskiej ze wskazaniem udziałowców, kapitału zakładowego oraz wysokości posiadanych udziałów,
- informacja o rodzaju działalności głównej i pozostałej działalności ze wskazaniem jakie produkty i usługi są przedmiotem sprzedaży lub usług,
- informacja o rynkach, na których sprzedawane są towary i usługi.

2. Wysokość planowanych w najbliższych 12 miesiącach obrotów do ubezpieczenia.

3. Wysokość ubezpieczanych należności w okresie sprawozdawczym:

- w podziale na sprzedaż na rynku krajowym i na export,
- w podziale na rodzaje działalności (jeśli występują).

4. Struktura odbiorców ze względu na rodzaj działalności w podziale na sprzedaż hurtową, detaliczną, producentów, sieci handlowe.
5. Informacja o stosowaniu przez Ubezpieczonego procedur kredytowych.
6. Informacja o długości stosowanych przez Ubezpieczonego terminów płatności – najkrótszych, średnich i maksymalnych wraz z ich podziałem procentowym.
7. Struktura należności Ubezpieczonego według wielkości na dzień złożenia wniosku w podziale na liczbę odbiorców według stanów należności:

Kwota należności	Wartość należności	Liczba odbiorców w danym przedziale
do 25 tys. zł		
od 25 tys. zł do 50 tys. zł		
od 50 tys. zł do 100 tys. zł		
od 100 tys. zł do 250 tys. zł		
od 250 tys. zł do 500 tys. zł		
od 500 tys. zł do 1 mln zł		
od 1 mln zł do 2,5 mln zł		
od 2,5 mln zł do 5 mln zł		
powyżej 5 mln zł		

8. Lista 10 największych Odbiorców wraz z wnioskowanym Limitem.
9. Opóźnienia w zapłacie należności w liczbach na dzień złożenia wniosku o ubezpieczenie w przedziałach:
 - a) z przekroczoną datą płatności do 30 dni,
 - b) z przekroczoną datą płatności od 31 dni do 60 dni,
 - c) z przekroczoną datą płatności od 61 dni do 150 dni,
 - d) z przekroczoną datą płatności powyżej 151 dni.
10. Historia szkodowa ubezpieczonego w okresie sprawozdawczym (dotyczy klientów objętych wcześniej ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia należności)
 - a) Liczba zgłoszonych zakładowi ubezpieczeń lub podmiotowi windykującemu, działającemu na zlecenie zakładu ubezpieczeń, należności z przekroczoną datą płatności oraz ich łączna wysokość;
 - b) Liczba zgłoszonych zakładowi ubezpieczeń otwartych szkód oraz ich łączna wysokość;
 - c) Liczba wypłaconych odszkodowań oraz ich łączna wysokość.

Liczby i wysokość należności z przekroczoną datą płatności, wysokość szkód i wypłaconych odszkodowań, o których mowa w pkt 10 ppkt a-c, powinny być podane:

- a) oddzielnie dla dwóch poprzednich okresów ubezpieczenia oraz okresu bieżącego wchodzących w skład okresu sprawozdawczego wraz z informacją o datach początku i końca poszczególnych okresów,

b) w złotych polskich.

Zapytanie o historię szkodową dotyczy pełnego okresu sprawozdawczego również w przypadkach: zmian nazwy przedsiębiorstwa, fuzji, wydzielenia części przedsiębiorstwa lub zmian własnościowych.

Zakłady ubezpieczeń na wniosek Ubezpieczającego przygotowują raport, zawierający informację o historii szkodowej w okresie sprawozdawczym, o której mowa w pkt 10 ppkt a-c, w wersji elektronicznej, a jeżeli Ubezpieczający wyrazi taką wolę, w wersji papierowej. Raport, o którym mowa w zdaniu poprzednim, zawiera informację o dacie sporządzenia raportu. Zakłady ubezpieczeń przy przygotowywaniu oferty ubezpieczenia wykorzystują raport, o którym mowa w poprzednim zdaniu, również w przypadku przygotowania warunków umowy na kolejny okres ubezpieczenia.

Jeżeli Ubezpieczony posiadał w okresie sprawozdawczym ubezpieczenie w różnych zakładach ubezpieczeń, wówczas każdy zakład przygotowuje raport, o którym mowa w akapicie powyżej, za okres, w którym udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczający może udostępnić wszystkie raporty dotyczące okresu sprawozdawczego wszystkim zakładom ubezpieczeń przygotowującym ofertę ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

Zakłady ubezpieczeń przed złożeniem oferty wystosują do Ubezpieczającego pisemne zapytanie o udzielenie informacji, czy w okresie dokonywanej przez zakład oceną ryzyka i przygotowania oferty po złożeniu zapytania o ofertę nastąpiła zmiana w historii szkodowej, o której mowa w pkt 10 ppkt a-c. Zakład ubezpieczeń powinien otrzymać pisemną odpowiedź na zapytanie o udzielenie informacji, przed złożeniem oferty zawarcia umowy ubezpieczenia.