

Warszawa, 18-06-2019

INFORMACJA POŚWIĘCONA ZASADOM DOBRA OGÓLNEGO

Wstęp:

Niniejsza informacja jest przeznaczona dla zakładów ubezpieczeń pochodzących z państw członkowskich UE, jak również państw członkowskich EFTA – strony porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Zgodnie z zamierzeniami Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego ma ona charakter orientacyjny i pomocniczy w rozpoczęciu działalności na terytorium RP w ramach wspólnego rynku.

Jakkolwiek w trakcie przygotowania niniejszego opracowania dołożono starań, aby informacje w nim zawarte opierały się na najbardziej aktualnych regulacjach prawnych, przedsiębiorcy obowiązani są do stosowania aktualnie obowiązujących rozwiązań prawnych, włączając przepisy ustanowione bądź zmienione po sporządzeniu oraz przekazaniu niniejszej informacji. Do adresatów norm prawnych należy obowiązek zapewnienia, aby wykonywana działalność pozostawała w zgodzie z aktualnym stanem otoczenia regulacyjnego.

Niniejsza informacja nie może być traktowana jako zapis bezwzględnie obowiązujących przepisów prawnych.

Te ostatnie zawarte są w aktach prawnych publikowanych w Dzienniku Ustaw. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności interpretacyjnych pomiędzy niniejszą informacją, innymi opracowaniami oficjalnymi lub prywatnymi oraz tłumaczeniami aktów prawnych z jednej strony, a tekstami aktów normatywnych opublikowanymi w Dzienniku Ustaw z drugiej strony, wyłączna moc obowiązująca przysługuje tym ostatnim.

Niniejsza informacja nie powinna być traktowana jako wyczerpujące źródło wiedzy o krajowych regulacjach prawnych, których powinien przestrzegać zagraniczny zakład ubezpieczeń wykonujący działalność w Polsce. Pominięto kwestie dotyczące np. prawa pracy i zabezpieczenia społecznego, porządku publicznego, ochrony własności intelektualnej, ochrony dziedzictwa kulturowego i inne przypadki, które w szczególnych okolicznościach powinny być traktowane jako chroniące „dobro ogólne” (por. Commission interpretative communication. Freedom to provide services and the general good in the insurance sector. Official Journal of the European Communities, 16.02.2000)¹. Niniejsza informacja dotyczy w pierwszym rzędzie regulacji bezpośrednio dotyczących wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń.

Informacje dotyczące zasad dobra ogólnego w zakresie dystrybucji ubezpieczeń wykonywanej bezpośrednio przez zakłady ubezpieczeń zostały wyodrębnione kolorem szarym.

Informacja o obowiązującym prawie polskim:

¹ [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0216\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0216(01)&from=EN)

Zasadniczy zręb polskich regulacji dotyczących działalności ubezpieczeniowej zebrany został w ramach następujących ustaw:

- Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 298 ze zm.);
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 381 ze zm.), zwana dalej Ustawą;
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.473 ze zm.);
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r o nadzorze uzupełniającym nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń, zakładami reasekuracji i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratu finansowego (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz.1252);
- Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.2210 ze zm.);
- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz. U. 2018 poz. 2038 ze zm.).

W ramach regulacji nakładających ogólne obowiązki na podmioty prowadzące na terytorium Polski działalność gospodarczą należy wskazać ustawę z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646)

Regulacja umowy ubezpieczenia w prawie polskim:

Podstawowe regulacje dotyczące umowy ubezpieczenia zawarte są w ustawach:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (t.j. Dz.U.2018 r., poz.1025 ze zm.) – w tym przepisy ogólne dotyczące zobowiązań umownych i deliktowych oraz przepisy dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia (art. 805 – 834 KC) – wyciąg z KC (art. 805 – 834 KC) stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej informacji;
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w szczególności przepisy zawarte w art. 15 – 27);
- Ustawa z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2175 ze zm.) – przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia morskiego zawarte w art. 292 – 338.

Regulacja umowy gwarancji ubezpieczeniowej

Prawo polskie dopuszcza udzielenie przez zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia inne niż na życie (non-life) gwarancji ubezpieczeniowych, jeżeli zakłady ubezpieczeń posiadają zezwolenie w zakresie grupy 15 działu II załącznika do Ustawy (lub zezwolenie w odpowiednim zakresie wydane przez właściwy organ państwa członkowskiego UE lub EEA). Do gwarancji ubezpieczeniowych nie stosuje się przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia (art. 805 – 834 KC). Prawa i obowiązki stron umowy o gwarancję ubezpieczeniową wynikają z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego o zobowiązaniach umownych (o ile w danym przypadku właściwe dla umowy jest prawo polskie). Podkreślić należy, że jest to czynność ubezpieczeniowa ukształtowana głównie przez praktykę, znajdującą oparcie prawne przede wszystkim w zasadzie swobody układania stosunków zobowiązaniowych (art. 353¹ KC.)

Język umowy ubezpieczenia:

Zgodnie z art. 7 ust 1 ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 931 ze zm.) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w obrocie z udziałem konsumentów oraz przy wykonywaniu przepisów z zakresu prawa pracy używa się języka polskiego, jeżeli:

1. konsument lub osoba świadcząca pracę ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w chwili zawarcia umowy oraz
2. umowa ma być wykonana lub wykonywana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto, zgodnie z art. 7 ust. 3 ww. ustawy przepisy ustawy stosuje się do dokumentów i informacji, których obowiązek sporządzenia lub podania wynika z odrębnych przepisów.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 7a. ww. ustawy, obowiązek używania języka polskiego w zakresie, o którym mowa w art. 7, dotyczy w szczególności nazewnictwa towarów i usług, ofert, warunków gwarancji, faktur, rachunków i pokwitowań, jak również ostrzeżeń i informacji dla konsumentów wymaganych na podstawie innych przepisów, instrukcji obsługi oraz informacji o właściwościach towarów i usług, z zastrzeżeniem ust. 3. Obowiązek używania języka polskiego w informacjach o właściwościach towarów i usług dotyczy też reklam. Obcojęzyczne opisy towarów i usług oraz obcojęzyczne oferty, ostrzeżenia i informacje dla konsumentów wymagane na podstawie innych przepisów w zakresie, o którym mowa w art. 7, muszą być jednocześnie sporządzone w polskiej wersji językowej, przy czym nie wymagają opisu w języku polskim ostrzeżenia i informacje dla konsumentów wymagane na podstawie innych przepisów, instrukcje obsługi oraz informacje o właściwościach towarów, jeżeli są wyrażone w powszechnie zrozumiałej formie graficznej. Jeżeli formie graficznej towarzyszy opis, to opis ten powinien być sporządzony w języku polskim.

Wymogi formalne polisy ubezpieczeniowej:

Zgodnie z art. 215 ust. 1 Ustawy - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia przez zagraniczny zakład ubezpieczeń z innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność ubezpieczeniową przez oddział lub w inny sposób niż przez oddział w ramach swobody świadczenia usług zawiera informacje dotyczące:

- 1) adresu siedziby zakładu ubezpieczeń, który udziela ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku zagranicznego zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez oddział – adresu oddziału oraz adresu do doręczeń, jeżeli jest inny niż adres oddziału;
- 2) miejsca zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 3) właściwości sądu, w przypadku sporu między stronami umowy ubezpieczenia;
- 4) daty zawarcia umowy ubezpieczenia i terminu jej obowiązywania;
- 5) przedmiotu umowy ubezpieczenia i warunków jej wykonania;
- 6) oznaczenia stron umowy ubezpieczenia;
- 7) wysokości składki ubezpieczeniowej;
- 8) wskazania ogólnych warunków ubezpieczenia, w oparciu o które została zawarta umowa ubezpieczenia oraz ich dostarczenia ubezpieczającemu,
- 9) imienia i nazwiska lub nazwy, a także adresu przedstawiciela do spraw roszczeń.

Przepisu nie stosuje się do dużych ryzyk.

Wymogi w zakresie umowy ubezpieczenia:

W świetle art. 15 ust. 3 Ustawy, umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy są formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Zgodnie z art. 15 ust. 4 Ustawy, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy zakład ubezpieczeń zamieszcza na stronie internetowej.

Zgodnie z art. 16 Ustawy ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności:

- 1) rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot;
- 2) warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują;
- 3) prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia;
- 4) zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- 5) przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody;
- 6) sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad przewidzianych w przepisach prawa;
- 7) sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej;
- 8) metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują;
- 9) tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony;
- 10) przesłanki, sposób oraz termin wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, a także przesłanki, sposób oraz termin wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego,
- 11) termin i sposób odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy, zakład ubezpieczeń zawiera w stosowanych przez siebie wzorcach umów, w szczególności ogólnych warunkach ubezpieczenia, informacje, które postanowienia określają:

- 1) Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia,
- 2) Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia,
- 3) Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,
- 4) Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.

Wymagania w zakresie umowy ubezpieczenia na życie zostały określone przez ustawodawcę w art. 20 Ustawy. Zgodnie z tymi przepisami:

Art. 20. 1. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń zawiera w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicje poszczególnych świadczeń;
- 2) określenie wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym, o ile w umowie występuje podział świadczeń na świadczenie podstawowe i dodatkowe;
- 3) zasady ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposób kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenie stopy technicznej, wskazanie wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku

- zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenie kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń;
- 4) opis tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia;
 - 5) wskazanie przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń;
 - 6) wskazanie miejsca ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń.
2. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.
3. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 8, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu ubezpieczenia, jeżeli z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia przysługuje wykup ubezpieczenia. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.
4. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 8, o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2-4, zakład ubezpieczeń może, za zgodą ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
6. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w ust. 2-4. Informacje te przekazuje się ubezpieczonemu:
- 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia - w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2;
 - 2) niezwłocznie po ich przekazaniu przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu - w przypadku informacji, o których mowa w ust. 3 i 4.
7. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zakład ubezpieczeń, na żądanie ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w ust. 2-4.

8. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

Wymagania co do treści ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zostały określone w art. 23 ustawy

Art. 23. 1. W umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń określa:

- 1) wykaz oferowanych w ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 2) zasady ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasady ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;
- 3) regulamin lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 4) zasady i terminy wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 5) tytuły i wysokość opłat pobieranych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub przez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 6) zasady alokacji środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, terminy zamiany składek ubezpieczeniowych na jednostki uczestnictwa oraz zasady umorzenia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i ich zamiany na środki pieniężne.

2. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego określa:

- 1) cel inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 2) typy i rodzaje papierów wartościowych i innych praw majątkowych będących przedmiotem lokat ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 3) charakterystykę aktywów wchodzących w skład ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- 4) informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

3. Zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, określa terminy, w jakich najpóźniej nastąpi:

- 1) alokacja w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego po dokonaniu wpłaty składek ubezpieczeniowych;
- 2) umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego po złożeniu wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia i wypłata świadczenia, a także wniosku o wypłatę wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia i wypłata wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.

Art. 24. 1. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń informuje o:

- 1) aktywach, w które jest lub będzie inwestowana składka ubezpieczeniowa, oraz proporcji, w jakiej części składki inwestowane są lub będą w poszczególne aktywa;
- 2) indeksach lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń, w sposób pozwalający na ich identyfikację;
- 3) zasadach ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasadach ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;
- 4) gwarantowanej wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, jeżeli warunki umowy ubezpieczenia przewidują gwarantowaną wysokość świadczeń;
- 5) terminach, w których są ustalane wartości indeksów lub inne wartości bazowe stosowane do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- 6) źródłach informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych stosowanych do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- 7) tytułach oraz wysokości opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- 8) sposobie rozliczania się stron umowy ubezpieczenia, w przypadku gdy:
 - a) ustalenie wartości świadczenia nie jest możliwe z powodu niemożliwości ustalenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wartości indeksu lub innej wartości bazowej, albo
 - b) w ocenie zakładu ubezpieczeń w czasie trwania umowy ubezpieczenia istotnie została zmieniona metoda ustalania wartości indeksu lub innej wartości bazowej;
- 9) terminach i sposobie udostępniania informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje, o których mowa w ust. 1.

Informacje przedkontraktowe:

Zgodnie z art. 21 Ustawy, przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub umowy ubezpieczenia na życie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do uzyskania od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacji dotyczącej jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, oraz przedłożenia propozycji ubezpieczenia odpowiedniej do potrzeb ubezpieczającego.

Zgodnie z tym przepisem:

Art. 21. 1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, jaka umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, o którym mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje, w formie ankiety, informacje dotyczące ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, czy umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczonego.

3. Na podstawie analizy informacji, o których mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczającemu propozycje ubezpieczenia odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego wraz z uzasadnieniem, które obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób przedstawione propozycje zaspokajają te potrzeby.

4. W przypadku gdy z analizy informacji, o których mowa w ust. 1, wynika, że potrzeby ubezpieczającego są nieadekwatne do jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej lub brak jest ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego ubezpieczenia. Ubezpieczający pisemnie potwierdza otrzymanie tej informacji oraz składa pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z ostrzeżeniem. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko na podstawie pisemnego żądania ubezpieczającego.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego rekomendację wraz z uzasadnieniem w zakresie skorzystania przez ubezpieczonego z tej ochrony. Uzasadnienie obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczonego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy ubezpieczenia zaspokaja te potrzeby. Do ubezpieczonego i zakładu ubezpieczeń stosuje się odpowiednio przepisy ust. 3 i 4.

6. W przypadku odmowy wypełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego ankiety, o której mowa w ust. 1 lub 2, przepisów ust. 3 i 5 nie stosuje się.

7. Przepisów ust. 1-5 nie stosuje się do pracowniczych programów emerytalnych prowadzonych w formie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 850).

Szczegółowy zakres minimalnych danych zamieszczonych w ankiecie określony został w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego (Dz. U. z dnia 10 lutego 2016 r.)

Dodatkowe wymogi informacyjne dotyczące umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, w szczególności umowy ubezpieczenia grupowego zostały określone w art. 19 Ustawy. Zgodnie z tym przepisem:

Art. 19. W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli konieczna jest zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w przypadku niedoręczenia ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami

Ustawa zawiera obowiązki informacyjne w zakresie prawa właściwego dla umowy:

Art. 25. Zakład ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia informuje ubezpieczającego będącego osobą fizyczną o:

- 1) prawie właściwym dla umowy - gdy strony nie mają swobody wyboru prawa;
- 2) prawie właściwym, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń - gdy strony mają swobodę wyboru prawa;
- 3) sposobie i trybie rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także organu właściwego do ich rozpatrzenia.

Szczególne regulacje w zakresie prowizji oraz opłat

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zawiera zakazy w zakresie wynagradzania ubezpieczającego w umowie na cudzy rachunek, w szczególności umowie ubezpieczenia grupowego.

Zgodnie z art. 18 ustawy:

Art. 18. 1. W ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, ubezpieczający nie może otrzymywać wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Nie wyklucza to możliwości zobowiązania się przez ubezpieczonego wobec ubezpieczającego do finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej.

2. Zakaz otrzymywania wynagrodzenia lub innych korzyści, o którym mowa w ust. 1, obejmuje również osoby działające na rzecz lub w imieniu ubezpieczającego.

3. Przepisy ust. 1 zdanie pierwsze oraz ust. 2 nie dotyczą umów ubezpieczenia grupowego, zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych.

Ponadto, Ustawa zawiera szczególne postanowienia w zakresie regulacji dotyczących rozkładania prowizji pośrednika ubezpieczeniowego związanej z zawarciem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, oraz w umowie ubezpieczenia na życie której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, o których mowa w dziale I grupie 3 załącznika do Ustawy.

Zgodnie z art. 23 ust 5 – 7 Ustawy:

5. W umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej na okres nie dłuższy niż 5 lat zakład ubezpieczeń w zakresie

wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia.

6. W umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie nie krótszym niż 5 lat.

7. Przepisów ust. 5 i 6 nie stosuje się do umowy ubezpieczenia, w której gwarantowana wysokość świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego z dowolnej przyczyny jest wyższa niż dziesięciokrotność rocznej składki należnej z tytułu tej umowy w każdym z pierwszych 5 lat ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 24 ust 3 i 4 Ustawy:

3. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawartej na okres nie dłuższy niż 5 lat zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia.

4. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawartej na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie nie krótszym niż 5 lat.

Maksymalna wysokość opłat związanych z odstąpieniem lub rozwiązaniem umowy ubezpieczenia na życie został określony w art. 26 ust 4 Ustawy. Zgodnie z tym przepisem w przypadku odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń wypłaca wartość jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych według stanu na dzień otrzymania informacji o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy pomniejszoną nie więcej niż o 4%. Zakład ubezpieczeń może pomniejszyć wypłacane kwoty o koszt udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że koszty te zostały rozliczone wcześniej. Jeżeli ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający niezwłocznie zwraca ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez zakład ubezpieczeń.

Ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych:

Zgodnie z art. 208 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zagraniczny zakład ubezpieczeń mający siedzibę w państwie członkowskim UE, który zamierza w ramach swobody świadczenia usług ubezpieczeniowych wykonywać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, z wyjątkiem odpowiedzialności cywilnej przewoźnika, przekazuje organowi nadzoru, za pośrednictwem właściwego organu nadzorczego państwa, w którym znajduje się siedziba zakładu ubezpieczeń:

1) imiona i nazwiska lub nazwy, a także adresy przedstawicieli do spraw roszczeń upoważnionych do jego reprezentowania w zakresie niezbędnym do:

- a) podejmowania i zaspokajania zgłaszanych roszczeń oraz
- b) zapewnienia zastępstwa prawnego zakładu w sporach przed polskimi sądami powszechnymi,

2) oświadczenie, że jest członkiem Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

W przypadku gdy zagraniczny zakład ubezpieczeń nie wyznaczy przedstawicieli, o których mowa powyżej, organ nadzoru może wyrazić zgodę na reprezentowanie zakładu ubezpieczeń w zakresie, o którym mowa powyżej, przez ustanowionego przez ten zakład ubezpieczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej reprezentanta do spraw roszczeń.

Zgodnie z art. 12 ust 1 Ustawy z dniem zawarcia pierwszej umowy zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów z mocy prawa staje się członkiem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w tej grupie ubezpieczenia. Natomiast członkostwo w Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych uzyskane zostaje:

- z dniem uzyskania zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej – w przypadku krajowego zakładu ubezpieczeń,
- z dniem złożenia deklaracji członkowskiej – w przypadku zagranicznego zakładu ubezpieczeń mającego siedzibę w państwie członkowskim Unii Europejskiej,
- z dniem uzyskania zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej na terytorium RP przez główny oddział – w przypadku zagranicznego zakładu ubezpieczeń mającego siedzibę w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej.

Szczegółowe przepisy określające sposób zawarcia i rozwiązania umowy ubezpieczenia obowiązkowego posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz obowiązki z tym związane zostały określone w Rozdziale 1 i Rozdziale 2 - wskazać należy tutaj w szczególności na przepisy artykułów: 5, 5a, 6, 8, 12 ust. 2, 14, 22a, 28, 28a, 30 oraz 34a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Umowy ubezpieczenia na życie:

Prawo polskie, zgodnie z postanowieniami art. 36 dyrektywy 2002/83/WE w sprawie ubezpieczeń na życie (Official Journal L 345/1, 19/12/2002) oraz załącznika III do tej dyrektywy, nakłada na zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia na życie szereg obowiązków informacyjnych wobec podmiotów zawierających tego rodzaju umowy ubezpieczenia. Wymogi te uregulowane są w art. 20, 22, 23, 24 ust.1, 26 ust.5 Ustawy (treść art. 15-27 Ustawy zawiera załącznik nr 2 do niniejszej informacji).

Ponadto, w świetle art. 25 Ustawy zakład ubezpieczeń, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, obowiązany jest udzielić ubezpieczającemu, będącemu osobą fizyczną, informacji dotyczących:

- 1) prawa właściwego dla umowy w razie, gdy strony nie mają swobody wyboru prawa;

- 2) prawa właściwego, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń, gdy strony mają swobodę wyboru prawa;
- 3) sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także organu właściwego do ich rozpatrzenia.

Ubezpieczenia obowiązkowe:

Przepisy prawa polskiego w licznych przypadkach przewidują obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia danego rodzaju w określonych okolicznościach. W art. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK wskazano enumeratywnie przypadki ubezpieczeń obowiązkowych tj.:

- 1) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, zwane dalej "ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych";
- 2) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego, zwane dalej "ubezpieczeniem OC rolników";
- 3) ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych, zwane dalej "ubezpieczeniem budynków rolniczych";
- 4) ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ponadto, w powyższej ustawie uregulowano także:

- podstawowe warunki jakim powinny odpowiadać umowy ubezpieczenia obowiązkowego,
- szczególne obowiązki zakładów ubezpieczeń w związku z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczeń obowiązkowych,
- zasady na jakich zakłady ubezpieczeń uzyskują status członkowski w Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Zgodnie z art. 5 ust 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK zakład ubezpieczeń posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, jeżeli w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej zawiera takie umowy ubezpieczenia.

W przypadku gdy zakład ubezpieczeń zawiera umowy ubezpieczenia OC, zgodnie z art.30 ust.1 ww. ustawy z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zakład ubezpieczeń uiszcza opłatę ewidencyjną w wysokości równoważności w złotych 1,0 euro ustalonej przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski według tabeli kursów nr 1 w roku zawarcia umowy. Powyższa opłata stanowi przychód Funduszu - Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców, o którym mowa w art. 80d ust. 2 ustawy Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.1990 z późn. zm.).

Pośrednictwo Ubezpieczeniowe:

Zasady dystrybucji ubezpieczeń, w tym zasady korzystania z usług pośredników ubezpieczeniowych określa ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

Zgodnie z zasadami dystrybucji obowiązującymi na terytorium RP, pośrednik działający w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń określany jest jako agent ubezpieczeniowy lub agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające.

Zgodnie z art. 3 ust 1 pkt 2 ww. ustawy agentem ubezpieczeniowym jest przedsiębiorca wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych. Zakład ubezpieczeń, który zamierza korzystać z agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające mających miejsce zamieszkania lub siedziby na terytorium Polski zgłasza agenta do rejestru prowadzonego przez organ nadzoru. Wpis do odpowiedniego rejestru jest warunkiem rozpoczęcia działalności agencyjnej. . .Szczegółowe zasady dokonywania wpisu do rejestru określa ww. ustawa oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie. Wysokość opłaty skarbowej związanej z wpisem lub zmianą danych w rejestrze określa ustawa z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (t.j. Dz.U. 2018 r., poz.1044 z późn. zm.).

Zakład ubezpieczeń państwa członkowskiego UE może korzystać z usług agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, których ustanowił w innym państwie członkowskim, o ile taki pośrednik odbędzie procedurę notyfikacyjną zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń oraz dyrektywy 2016/97 o dystrybucji ubezpieczeń (IDD).

Pośrednikiem działającym w imieniu i na rzecz klienta jest broker ubezpieczeniowy.

W przypadku, gdy pośrednik ubezpieczeniowy działa w imieniu lub na rzecz pomiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, prawo polskie określa go jako brokera ubezpieczeniowego. Broker ubezpieczeniowy nie może, zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń:

- 1) wykonywać działalności agencyjnej, czynności agencyjnych, czynności dystrybucyjnych zakładu ubezpieczeń ani czynności dystrybucyjnych zakładu reasekuracji;
- 2) pozostawać w stałym stosunku umownym z zakładem ubezpieczeń, zakładem reasekuracji, agentem ubezpieczeniowym lub agentem oferującym ubezpieczenia uzupełniające;
- 3) być członkiem organów nadzorczych lub zarządzających zakładem ubezpieczeń, zakładu reasekuracji, agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające;
- 4) posiadać akcje lub udziały zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji, z wyjątkiem akcji dopuszczonych do obrotu na rynku regulowanym;
- 5) posiadać akcje lub udziały agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, z wyjątkiem akcji dopuszczonych do obrotu na rynku regulowanym;
- 6) pozostawać w innych relacjach, które mogłyby zagrażać wykonywaniu działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń z zachowaniem wymogów określonych w art. 7 ust. 1.

Dystrybucja ubezpieczeń bezpośrednio przez zakłady ubezpieczeń

Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady wykonywania działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń osobowych i majątkowych oraz dystrybucji reasekuracji jest ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

Dystrybucja ubezpieczeń oznacza działalność wykonywaną wyłącznie przez dystrybutora ubezpieczeń polegającą na:

- 1) doradzaniu, proponowaniu lub wykonywaniu innych czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych;
- 2) zawieraniu umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych w imieniu zakładu ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz klienta albo bezpośrednio przez zakład ubezpieczeń;
- 3) udzielaniu pomocy przez pośrednika ubezpieczeniowego w administrowaniu umowami ubezpieczenia lub umowami gwarancji ubezpieczeniowych i ich wykonywaniu, także w sprawach o odszkodowanie lub świadczenie.

Dystrybucja ubezpieczeń polega również na udzielaniu informacji dotyczących jednej lub większej liczby umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych na podstawie kryteriów wybranych przez klienta za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów oraz opracowywaniu rankingu produktów ubezpieczeniowych obejmującego porównanie cen i produktów lub składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, w przypadku gdy klient jest w stanie pośrednio lub bezpośrednio zawrzeć umowę ubezpieczenia lub umowę gwarancji ubezpieczeniowej za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów.

Obowiązki informacyjne względem klienta związane z wykonywaniem dystrybucji ubezpieczeń.

Większość z poniżej wskazanych obowiązków informacyjnych została wskazana już w innych częściach niniejszych zasad dobra ogólnego. Dotyczy to art. 18 i 19 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz art. 3-10 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Przytoczenie tych przepisów w tytule „Dystrybucja ubezpieczeń bezpośrednio przez zakłady ubezpieczeń” jest uwypukleniem obowiązków jakie z nich wynikają względem zakładu ubezpieczeń będącym bezpośrednim dystrybutorem ubezpieczeń.

Na terenie Rzeczypospolitej Polskiej obowiązują szczególne przepisy związane z dystrybucją ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe tj. ubezpieczeń o których mowa w grupie 3 działu I załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, regulującej zasady wykonywania działalności.

Informacja na temat zastosowania opcji dotyczącej stosowania bardziej restrykcyjnych przepisów zawartych w art. 29 ust. 3 dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń.

W art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zostały zawarte przepisy odnoszące się do obowiązku badania potrzeb, wiedzy i doświadczenia klienta w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej w celu zarekomendowania ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb klienta.

Art. 21. 1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, jaka umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, o którym mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje, w formie ankiety, informacje dotyczące ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, czy umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczonego.

3. Na podstawie analizy informacji, o których mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczającemu propozycje ubezpieczenia odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego wraz z uzasadnieniem, które obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób przedstawione propozycje zaspokajają te potrzeby.

4. W przypadku gdy z analizy informacji, o których mowa w ust. 1, wynika, że potrzeby ubezpieczającego są nieadekwatne do jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej lub brak jest ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego ubezpieczenia. Ubezpieczający pisemnie potwierdza otrzymanie tej informacji oraz składa pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z ostrzeżeniem. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko na podstawie pisemnego żądania ubezpieczającego.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego rekomendację wraz z uzasadnieniem w zakresie skorzystania przez ubezpieczonego z tej ochrony. Uzasadnienie obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczonego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy ubezpieczenia zaspokaja te potrzeby. Do ubezpieczonego i zakładu ubezpieczeń stosuje się odpowiednio przepisy ust. 3 i 4.

5a. Informacje, o których mowa w ust. 3-5, przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

5b. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub wyrażenia przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową za pomocą środków porozumiewania się na odległość, które uniemożliwiają uprzednie dostarczenie informacji, o których mowa w ust. 3-5, zakład ubezpieczeń może przekazać te informacje ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, niezwłocznie po zawarciu umowy ubezpieczenia lub wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, jeżeli:

1) ubezpieczający lub ubezpieczony wyraził zgodę na otrzymanie tych informacji niezwłocznie po zawarciu umowy lub wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz

2) zakład ubezpieczeń umożliwił ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu późniejsze zawarcie umowy lub wyrażenie zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, aby mógł on otrzymać te informacje przed takim zawarciem umowy lub wyrażeniem takiej zgody.

5c. W przypadku, o którym mowa w ust. 5b, ubezpieczający lub ubezpieczony może odstąpić od umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn, a jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek - ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia potwierdzenia otrzymania informacji, o których mowa w ust. 3-5. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Ubezpieczający lub ubezpieczony nie ponosi kosztów związanych z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku odmowy wypełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego ankiety, o której mowa w ust. 1 lub 2, przepisów ust. 3 i 5 nie stosuje się.

7. Przepisów ust. 1-5 nie stosuje się do pracowniczych programów emerytalnych prowadzonych w formie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1449 oraz z 2018 r. poz. 1091, 1608, 1629 i 2215), oraz pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.

8. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych określi, w drodze rozporządzenia, minimalny zakres danych zamieszczanych w ankiecie, o której mowa w ust. 1 i 2, mając na uwadze zapewnienie, aby informacje gromadzone w formie ankiety pozwalały na zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w grupie 3 działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej należy poinformować klienta o wysokości wskaźnika kosztów dystrybucji związanych z proponowaną umową. Obowiązek ten dotyczy zakładu ubezpieczeń, agentów ubezpieczeniowych oraz brokerów ubezpieczeniowych (art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2, art. 32 ust. 2 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń).

Szczególne wymogi dotyczące umów ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek oraz umów ubezpieczenia grupowego.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w art. 18 przewiduje zakaz wynagradzania ubezpieczającego, za wyjątkiem ubezpieczania pracowników przez pracodawcę. Tym samym, dystrybutor nie może wynagradzać ubezpieczającego w jakiegokolwiek formie z tytułu zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego.

Art. 18. 1. W ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, ubezpieczający nie może otrzymywać wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Nie wyklucza to możliwości zobowiązania się przez ubezpieczonego wobec ubezpieczającego do finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej.

2. Zakaz otrzymywania wynagrodzenia lub innych korzyści, o którym mowa w ust. 1, obejmuje również osoby działające na rzecz lub w imieniu ubezpieczającego.

3. Przepisy ust. 1 zdanie pierwsze oraz ust. 2 nie dotyczą umów ubezpieczenia grupowego, zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów

cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych.

Art. 19. W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli konieczna jest zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w przypadku niedoręczenia ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami

Rozpatrywanie reklamacji.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, podmioty rynku finansowego zobowiązane są do rozpatrzenia reklamacji klienta będącego osobą fizyczną. Brak udzielenia odpowiedzi na prawidłowo złożoną reklamację w terminie 30 dni, a w przypadkach szczególnie skomplikowanych w terminie 60 dni od dnia jej złożenia poczytuje się za rozpatrzenie reklamacji zgodnie z wolą klienta. Szczegółowe regulacje w tym zakresie zawarte są w Rozdziale 2 Rozpatrywanie reklamacji przez podmioty rynku finansowego” ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (art. 3 – 10 tej ustawy):

Art. 3. 1. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej klientów.

2. Reklamacja może być złożona:

- 1) w formie pisemnej - osobiście, w jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 2188);
- 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w ust. 1;
- 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, o ile takie środki zostały do tego celu wskazane przez podmiot rynku finansowego.

Art. 4. 1. Podmiot rynku finansowego zamieszcza w umowie zawieranej z klientem następujące informacje dotyczące procedury składania i rozpatrywania reklamacji:

- 1) miejsce i formę złożenia reklamacji;
- 2) termin rozpatrzenia reklamacji;
- 3) sposób powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji.

2. W odniesieniu do klientów, którzy nie zawarli umowy z podmiotem rynku finansowego, informacje, o których mowa w ust. 1, powinny zostać dostarczone w ciągu 7 dni od dnia, w którym nastąpiło zgłoszenie roszczeń klienta wobec podmiotu rynku finansowego.

Art. 5. 1. Po złożeniu przez klienta reklamacji, zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, podmiot rynku finansowego rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.

2. Odpowiedź, o której mowa w ust. 1, podmiot rynku finansowego może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta.

Art. 6. Odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

Art. 7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w art. 6, podmiot rynku finansowego w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
- 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Art. 8. W przypadku niedotrzymania terminu określonego w art. 6, a w określonych przypadkach terminu określonego w art. 7, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

Art. 9. Odpowiedź, o której mowa w art. 5 ust. 1, powinna zawierać w szczególności:

- 1) uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą klienta;
- 2) wyczerpującą informację na temat stanowiska podmiotu rynku finansowego w sprawie skierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy;
- 3) imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego;
- 4) określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi.

Art. 10. W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji klienta treść odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, powinna zawierać również pouczenie o możliwości:

- 1) odwołania się od stanowiska zawartego w odpowiedzi, jeżeli podmiot rynku finansowego przewiduje tryb odwoławczy, a także o sposobie wniesienia tego odwołania;
- 2) skorzystania z instytucji mediacji albo sądu polubownego, albo innego mechanizmu polubownego rozwiązywania sporów, jeżeli podmiot rynku finansowego przewiduje taką możliwość;
- 3) wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
- 4) wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego ze wskazaniem podmiotu, który powinien być pozwany i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.

Wymogi dotyczące udzielenia odpowiedzi na reklamację w określonym terminie dotyczą również reklamacji klienta będącego osobą prawną lub spółką nie posiadającą osobowości prawnej i zostały one określone w art. 16 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń:

Art. 16 ust. 1 Zakład ubezpieczeń udziela odpowiedzi na reklamację klienta będącego osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

Ubezpieczeniowy samorząd gospodarczy

Zgodnie z art. 420 Ustawy krajowe zakłady ubezpieczeń i zagraniczne zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej tworzą ubezpieczeniowy samorząd gospodarczy. Organizacją ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego jest Polska Izba Ubezpieczeń.

W świetle art. 422 Ustawy Członkostwo w Izbie jest obowiązkowe i powstaje z chwilą podjęcia przez zakład ubezpieczeń działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Członkostwo w Izbie ustaje z chwilą podjęcia uchwały o likwidacji dobrowolnej lub z chwilą, gdy decyzja o likwidacji przymusowej stała się prawomocna.

Szczegółowe regulacje, w tym w zakresie praw i obowiązków członków Izby, zawiera 16 rozdział Ustawy oraz statut PIU.

Ochrona osób korzystających z usług ubezpieczeniowych

Organami, do których celów ustawowych należy ochrona ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia są organ nadzoru oraz Rzecznik Finansowy.

Organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego, o której mowa w ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym, zwana dalej "Komisją". Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym (t.j. Dz. U z 2019 r., poz. 207) celem nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych.

Rzecznik Finansowy funkcjonuje na podstawie ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Zgodnie z art. 17 ww. ustawy Rzecznik Finansowy podejmuje działania w zakresie ochrony klientów podmiotów rynku finansowego, których interesy reprezentuje, w szczególności: rozpatruje wnioski w indywidualnych sprawach wniesionych na skutek nieuwzględnienia roszczeń klienta przez podmiot rynku finansowego w trybie rozpatrywania reklamacji, rozpatruje wnioski dotyczące niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta, opiniuje projekty aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotów rynku finansowego, występuje do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej albo wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania rynku finansowego, informuje właściwe organy nadzoru i kontroli o dostrzeżonych nieprawidłowościach o funkcjonowaniu podmiotów rynku finansowego, inicjuje i organizuje działalność edukacyjną i informacyjną w dziedzinie ochrony interesów klientów podmiotów rynku finansowego.

Zgodnie z przepisami ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, brak udzielenia odpowiedzi na prawidłowo złożoną reklamację w terminie 30 dni, a w przypadkach szczególnie skomplikowanych w terminie 60 dni od dnia jej złożenia poczytuje się za rozpatrzenie reklamacji zgodnie z wolą klienta. Szczegółowe regulacje w tym zakresie zawarte są w Rozdziale 2 Rozpatrywanie reklamacji przez podmioty rynku finansowego” ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (art. 3 – 10 tej ustawy).

Informacje o stanie zdrowia klientów

Zgodnie z art. 38 Ustawy, zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać

zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń, przy czym wystąpienie zakładu ubezpieczeń wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego. Zakład ubezpieczeń może, za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe. Dane te mogą być udostępnione w zakresie potrzebnym do:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
- weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia
- ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia,
- udzielenia posiadanych przez zakład ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Umowy zawierane na odległość

Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz.134 ze zm.) reguluje warunki zawierania umów o świadczenie konsumenckich usług finansowych, w tym umów ubezpieczenia.

Właściwość miejscowa sądów krajowych

Zgodnie z art. 10 Ustawy powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, art. 20 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK stanowi, że powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczeń obowiązkowych lub obejmujące roszczenia z tytułu tych ubezpieczeń można wytoczyć bądź według przepisów o właściwości ogólnej, bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby poszkodowanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Ochrona konkurencji

Prawne ramy w zakresie uczciwej konkurencji na rynku finansowym a więc także ubezpieczeniowym, zawiera ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 419).

Zasady podatkowe dotyczące zakładów ubezpieczeń

Zasadniczy zrąb systemu podatkowego w Polsce tworzą następujące ustawy:

1. ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 800 z późn. zm.),
2. ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.2174 z późn. zm.),

3. ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.1036 z późn. zm.),
4. ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.1509 z późn. zm.),
5. ustawa z dnia 9 września 2000 r. o podatku od czynności cywilnoprawnych (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1150 ze zm.),
6. ustawa z dnia 12 stycznia 1991 o podatkach i opłatach lokalnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.1445 z późn. zm.).

Dodatkowo, opłatą publicznoprawną nie mającą charakteru podatku jest opłata skarbową, uiszczana w związku z czynnościami urzędowymi, jak np. wpis agenta ubezpieczeniowego do rejestru pośredników ubezpieczeniowych, co szczegółowo reguluje ustawa o opłacie skarbowej.

Zgodnie z art. 3 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych podatnicy, jeżeli mają siedzibę lub zarząd na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, podlegają obowiązkowi podatkowemu od całości swoich dochodów, bez względu na miejsce ich osiągania. Natomiast podatnicy, jeżeli nie mają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej siedziby lub zarządu, podlegają obowiązkowi podatkowemu tylko od dochodów, które osiągają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej tj. tzw. ograniczony obowiązek podatkowy. Za dochód uzyskany na terytorium RP uważa się w szczególności dochód, którego źródłem jest działalność wykonywana na terytorium RP lub którego źródłem są rezydenci polscy. Jednocześnie, należy uwzględnić właściwe postanowienia umów o unikaniu podwójnego opodatkowania, które Polska zawarła z pozostałymi państwami członkowskimi UE.

Do wydawania wiążących dla podatnika interpretacji obowiązków skarbowych uprawnione są zgodnie z art. 14a ustawy Ordynacja Podatkowa organy skarbowe właściwe dla podatnika, płatnika i inkasenta. Udzielają pisemnej informacji o zakresie stosowania przepisów prawa podatkowego w indywidualnych sprawach, w których nie toczy się postępowanie podatkowe lub kontrola podatkowa, albo postępowanie przed sądem administracyjnym, na pisemne zapytanie podatnika, płatnika, lub inkasenta.

Właściwość organu podatkowego ustala się w oparciu o przepisy ustawy Ordynacja Podatkowa, przepisy rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 sierpnia 2005 r. w sprawie właściwości organów podatkowych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 122 ze zm.) oraz w przypadku zobowiązań z zakresu podatku od towarów i usług – przepisy ustawy o podatku od towarów i usług (art.3).

Załącznik nr 1. kodeks cywilny wyciąg: Tytuł XXVII. UMOWA UBEZPIECZENIA

DZIAŁ I. PRZEPISY OGÓLNE

Art. 805. § 1. Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

§ 2. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:

- 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

§ 3. Do renty z umowy ubezpieczenia nie stosuje się przepisów kodeksu niniejszego o rencie.

§ 4. Przepisy art. 385¹ -385³ stosuje się odpowiednio, jeżeli ubezpieczającym jest osoba fizyczna zawierająca umowę związaną bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

Art. 806. § 1. Umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe.

§ 2. Objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie.

Art. 807. § 1. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami niniejszego tytułu są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki.

§ 2. (uchylony).

Art. 808. § 1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia.

§ 2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.

§ 3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.

§ 4. Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

§ 5. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego.

Art. 809. § 1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia.

§ 2. Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w art. 811, w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.

Art. 810. (uchylony).

Art. 811. § 1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.

§ 2. W braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Art. 812. § 1. (uchylony).

§ 2. (uchylony).

§ 3. (uchylony).

§ 4. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5. Jeżeli umowa zawarta jest na czas określony, ubezpieczyciel może ją wypowiedzieć jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 6. (uchylony).

§ 7. (uchylony).

§ 8. Różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 9. Przepisy § 5 i 8 stosuje się odpowiednio w razie zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia w czasie trwania stosunku umownego. Nie uchybia to stosowaniu w takim przypadku przepisu art. 384¹.

Art. 813. § 1. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia -w ciągu czternastu dni od jego doręczenia.

Art. 814. § 1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

§ 2. Jeżeli ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.

§ 3. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela, tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

Art. 815. § 1. 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. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

§ 2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w paragrafie poprzedzającym, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie.

§ 2¹. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w paragrafach poprzedzających spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

§ 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Art. 816. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie.

Art. 817. § 1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

§ 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1.

§ 3. Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż określone w paragrafach poprzedzających.

Art. 818. § 1. Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać, że ubezpieczający ma obowiązek w określonym terminie powiadomić ubezpieczyciela o wypadku.

§ 2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązkiem określonym w paragrafie poprzedzającym można obciążyć zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek.

§ 3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w paragrafach poprzedzających ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

§ 4. Skutki braku zawiadomienia ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

Art. 819. § 1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech.

§ 2. (uchylony).

§ 3. W wypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej roszczenie poszkodowanego do ubezpieczyciela o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania.

§ 4. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Art. 820. Przepisów tytułu niniejszego nie stosuje się do ubezpieczeń morskich oraz do ubezpieczeń pośrednich (reasekuracji).

DZIAŁ II. UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE

Art. 821. Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu.

Art. 822. § 1. Przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone

osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

§ 2. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia.

§ 3. Strony mogą postanowić, że umowa będzie obejmować szkody powstałe, ujawnione lub zgłoszone w okresie ubezpieczenia.

§ 4. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela.

§ 5. Ubezpieczyciel nie może przeciwko uprawnionemu do odszkodowania podnieść zarzutu naruszenia obowiązków wynikających z umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono po zajściu wypadku.

Art. 823. § 1. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie tych praw wymaga zgody ubezpieczyciela, chyba że umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej.

§ 2. W razie przeniesienia praw, o których mowa w § 1, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą ubezpieczyciela umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.

§ 3. Jeżeli prawa, o których mowa w § 1, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.

§ 4. Przepisów § 1-3 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

Art. 824. § 1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela.

§ 2. Jeżeli po zawarciu umowy wartość ubezpieczonego mienia uległa zmniejszeniu, ubezpieczający może żądać odpowiedniego zmniejszenia sumy ubezpieczenia. Zmniejszenia sumy ubezpieczenia może także z tej samej przyczyny dokonać jednostronnie ubezpieczyciel, zawiadamiając o tym jednocześnie ubezpieczającego.

§ 3. Zmniejszenie sumy ubezpieczenia pociąga za sobą odpowiednie zmniejszenie składki począwszy od dnia pierwszego tego miesiąca, w którym ubezpieczający zażądał zmniejszenia sumy ubezpieczenia lub w którym ubezpieczyciel zawiadomił ubezpieczającego o jednostronnym zmniejszeniu tej sumy.

Art. 824¹. § 1. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody.

§ 2. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, ubezpieczający nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w

jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

§ 3. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w § 2, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody ubezpieczający może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

Art. 825. (uchylony).

Art. 826. § 1. W razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.

§ 2. Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać, że w razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

§ 3. Jeżeli ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w § 1, ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 4. Ubezpieczyciel obowiązany jest, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w § 1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla ubezpieczającego.

§ 5. W razie ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy paragrafów poprzedzających stosuje się również do ubezpieczonego.

Art. 827. § 1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

§ 2. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej można ustalić inne zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela niż określone w § 1.

§ 3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

§ 4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek zasady określone w paragrafach poprzedzających stosuje się odpowiednio do ubezpieczonego.

Art. 828. § 1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli zakład pokrył tylko część szkody, ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem ubezpieczyciela.

§ 2. Nie przechodzą na ubezpieczyciela roszczenia ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

§ 3. Zasady wynikające z paragrafów poprzedzających stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

DZIAŁ III. UBEZPIECZENIA OSOBOWE

Art. 829. § 1. Ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć:

- 1) przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku;
- 2) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 2. W umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego.

Art. 830. §1. Przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku - ze skutkiem natychmiastowym.

§ 2. W braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie określonym w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki.

§ 3. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na życie jedynie w wypadkach wskazanych w ustawie.

§ 4. Przepisy § 3 oraz art. 812 § 8 stosuje się odpowiednio w razie zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia na życie w czasie trwania stosunku umownego. Nie uchybia to stosowaniu w takim przypadku przepisu art. 384¹.

Art. 831. § 1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej; może również zawrzeć umowę ubezpieczenia na okaziciela. Ubezpieczający może każde z tych zastrzeżeń zmienić lub odwołać w każdym czasie.

§ 1¹. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek do wykonywania uprawnień, o których mowa w paragrafie poprzedzającym, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego; umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać, że uprawnienia te ubezpieczony może wykonywać samodzielnie.

§ 2. Jeżeli wskazano kilka osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia, a nie oznaczono udziału każdej z nich w tej sumie, ich udziały są równe.

§ 3. Suma ubezpieczenia przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym.

Art. 832. § 1. Wskazanie uprawnionego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

§ 2. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia, suma ta przypada najbliższej rodzinie ubezpieczonego w kolejności ustalonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej.

Art. 833. Przy ubezpieczeniu na życie samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie lat dwóch od zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić ten termin, nie bardziej jednak niż do 6 miesięcy.

Art. 834. Jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin.

Załącznik Nr 2: ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 15 – 27)

Art. 15. 1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym.

2. Umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

3. Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy są formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

4. Ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy zakład ubezpieczeń zamieszcza na swojej stronie internetowej.

5. Postanowienia umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych wzorców umowy sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Art. 16. Ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności:

- 1) rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot;
- 2) warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują;
- 3) prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia;
- 4) zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- 5) sposób ustalania rozmiaru szkody - przy ubezpieczeniach majątkowych;
- 6) sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad przewidzianych w przepisach prawa;
- 7) sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej;
- 8) metodę i sposób indeksacji składek ubezpieczeniowych, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują indeksację składek;
- 9) tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony;
- 10) przesłanki, sposób oraz termin wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, a także przesłanki, sposób oraz termin wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego;
- 11) termin i sposób odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Art. 17. 1. Zakład ubezpieczeń zawiera w stosowanych przez siebie wzorcach umów, w szczególności w ogólnych warunkach ubezpieczenia, informacje, które postanowienia określają:

- 1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia;
- 2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia;
- 3) koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 4) wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zakład ubezpieczeń przekazuje informacje, o których mowa w ust. 1, za pośrednictwem ubezpieczającego, osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie, lub, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

3. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych określi, w drodze rozporządzenia, sposób sporządzania informacji, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze zapewnienie czytelności i przejrzystości przekazywanych informacji.

Art. 18. 1. W ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, ubezpieczający nie może otrzymywać wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Nie wyklucza to możliwości zobowiązania się przez ubezpieczonego wobec ubezpieczającego do finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej.

2. Zakaz otrzymywania wynagrodzenia lub innych korzyści, o którym mowa w ust. 1, obejmuje również osoby działające na rzecz lub w imieniu ubezpieczającego.

3. Przepisy ust. 1 zdanie pierwsze oraz ust. 2 nie dotyczą umów ubezpieczenia grupowego, zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych.

4. Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego, o której mowa w ust. 3, ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:

- 1) firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby;
- 2) charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
- 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

5. W zakresie umów ubezpieczenia grupowego, o których mowa w ust. 3, do ubezpieczającego stosuje się odpowiednio przepis art. 7 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

Art. 19. W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli konieczna jest zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w przypadku niedoręczenia ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami.

Art. 20. 1. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń zawiera w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicje poszczególnych świadczeń;
- 2) określenie wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym, o ile w umowie występuje podział świadczeń na świadczenie podstawowe i dodatkowe;
- 3) zasady ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposób kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenie stopy technicznej, wskazanie wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenie kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń;
- 4) opis tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia;
- 5) wskazanie przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń;
- 6) wskazanie miejsca ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń.

2. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

3. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 8, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu ubezpieczenia, jeżeli z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia przysługuje wykup ubezpieczenia. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie

ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

3a. W przypadku gdy zakład ubezpieczeń zobowiązał się do przekazywania, w określonych okresach, oceny, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 7, informacja, o której mowa w ust. 3, zawiera również ocenę odpowiedniości umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do potrzeb ubezpieczającego.

4. W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 8, o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości.

5. Informacje, o których mowa w ust. 2-4, zakład ubezpieczeń może, za zgodą ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

6. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w ust. 2-4. Informacje te przekazuje się ubezpieczonemu:

1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia - w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2;

2) niezwłocznie po ich przekazaniu przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu - w przypadku informacji, o których mowa w ust. 3 i 4.

7. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zakład ubezpieczeń, na żądanie ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w ust. 2-4.

8. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

Art. 21. 1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, jaka umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, o którym mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje, w formie ankiety, informacje dotyczące ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, czy umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczonego.

3. Na podstawie analizy informacji, o których mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczającemu propozycje ubezpieczenia odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego wraz z uzasadnieniem, które obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób przedstawione propozycje zaspokajają te potrzeby.

4. W przypadku gdy z analizy informacji, o których mowa w ust. 1, wynika, że potrzeby ubezpieczającego są nieadekwatne do jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej lub brak jest ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego ubezpieczenia. Ubezpieczający pisemnie potwierdza otrzymanie tej informacji oraz składa pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z ostrzeżeniem. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko na podstawie pisemnego żądania ubezpieczającego.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego rekomendację wraz z uzasadnieniem w zakresie skorzystania przez ubezpieczonego z tej ochrony. Uzasadnienie obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczonego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy ubezpieczenia zaspokaja te potrzeby. Do ubezpieczonego i zakładu ubezpieczeń stosuje się odpowiednio przepisy ust. 3 i 4.

5a. Informacje, o których mowa w ust. 3-5, przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

5b. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub wyrażenia przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową za pomocą środków porozumiewania się na odległość, które uniemożliwiają uprzednie dostarczenie informacji, o których mowa w ust. 3-5, zakład ubezpieczeń może przekazać te informacje ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, niezwłocznie po zawarciu umowy ubezpieczenia lub wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, jeżeli:

- 1) ubezpieczający lub ubezpieczony wyraził zgodę na otrzymanie tych informacji niezwłocznie po zawarciu umowy lub wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz
- 2) zakład ubezpieczeń umożliwił ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu późniejsze zawarcie umowy lub wyrażenie zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, aby mógł on otrzymać te informacje przed takim zawarciem umowy lub wyrażeniem takiej zgody.

5c. W przypadku, o którym mowa w ust. 5b, ubezpieczający lub ubezpieczony może odstąpić od umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn, a jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek - ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia potwierdzenia otrzymania informacji, o których mowa w ust. 3-5. Termin uważa

się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. Ubezpieczający lub ubezpieczony nie ponosi kosztów związanych z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku odmowy wypełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego ankiety, o której mowa w ust. 1 lub 2, przepisów ust. 3 i 5 nie stosuje się.

7. Przepisów ust. 1-5 nie stosuje się do pracowniczych programów emerytalnych prowadzonych w formie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1449).

8. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych określi, w drodze rozporządzenia, minimalny zakres danych zamieszczanych w ankiecie, o której mowa w ust. 1 i 2, mając na uwadze zapewnienie, aby informacje gromadzone w formie ankiety pozwalały na zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

Art. 22. 1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń przekazuje osobie zainteresowanej zawarciem takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, podstawowe informacje dotyczące tej umowy.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:

- 1) cel i charakter umowy;
- 2) wykaz przysługujących świadczeń z umowy oraz wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach umowy;
- 3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- 4) określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 5) rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 6) informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje;
- 7) informację, czy zakład ubezpieczeń będzie przekazywał ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu, w określonych okresach, ocenę odpowiedności ubezpieczenia do jego potrzeb.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1, określają miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji na temat ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

4. Informacje, o których mowa w ust. 1, są formułowane w sposób zrozumiały i niewprowadzający w błąd oraz przekazywane w sposób niebudzący wątpliwości.

5. W przypadku umowy ubezpieczenia, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje osobie

zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje, o których mowa w ust. 1. Przepisy ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

Art. 23. 1. W umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń określa:

- 1) wykaz oferowanych w ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 2) zasady ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasady ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;
- 3) regulamin lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 4) zasady i terminy wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 5) tytuły i wysokość opłat pobieranych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub przez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 6) zasady alokacji środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, terminy zamiany składek ubezpieczeniowych na jednostki uczestnictwa oraz zasady umorzenia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i ich zamiany na środki pieniężne.

2. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego określa:

- 1) cel inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 2) typy i rodzaje papierów wartościowych i innych praw majątkowych będących przedmiotem lokat ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 3) charakterystykę aktywów wchodzących w skład ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- 4) informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

3. Zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, określa terminy, w jakich najpóźniej nastąpi:

- 1) alokacja w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego po dokonaniu wpłaty składek ubezpieczeniowych;
- 2) umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego po złożeniu wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia i wypłatą świadczenia, a także wniosku o wypłatę wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia i wypłatą wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.

4. W zakresie umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń:

- 1) dokonuje wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie rzadziej niż raz w miesiącu;
- 2) ogłasza, nie rzadziej niż raz w roku, na stronie internetowej zakładu ubezpieczeń, wartość jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustaloną w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest ogłaszana;
- 3) sporządza i publikuje roczne i półroczne sprawozdania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

5. W umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej na okres nie dłuższy niż 5 lat zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia.

6. W umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie nie krótszym niż 5 lat.

7. Przepisów ust. 5 i 6 nie stosuje się do umowy ubezpieczenia, w której gwarantowana wysokość świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego z dowolnej przyczyny jest wyższa niż dziesięciokrotność rocznej składki należnej z tytułu tej umowy w każdym z pierwszych 5 lat ubezpieczenia.

8. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych wykazywanych w sprawozdaniach, o których mowa w ust. 4 pkt 3, a także formę i sposób sporządzania oraz termin i sposób publikowania tych sprawozdań, uwzględniając konieczność właściwego i pełnego poinformowania ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, o ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym.

Art. 24. 1. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń informuje o:

- 1) aktywach, w które jest lub będzie inwestowana składka ubezpieczeniowa, oraz proporcji, w jakiej części składki inwestowane są lub będą w poszczególne aktywa;
- 2) indeksach lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń, w sposób pozwalający na ich identyfikację;
- 3) zasadach ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasadach ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;

- 4) gwarantowanej wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, jeżeli warunki umowy ubezpieczenia przewidują gwarantowaną wysokość świadczeń;
- 5) terminach, w których są ustalane wartości indeksów lub inne wartości bazowe stosowane do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- 6) źródłach informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych stosowanych do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- 7) tytułach oraz wysokości opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- 8) sposobie rozliczania się stron umowy ubezpieczenia, w przypadku gdy:
 - a) ustalenie wartości świadczenia nie jest możliwe z powodu niemożliwości ustalenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wartości indeksu lub innej wartości bazowej, albo
 - b) w ocenie zakładu ubezpieczeń w czasie trwania umowy ubezpieczenia istotnie została zmieniona metoda ustalania wartości indeksu lub innej wartości bazowej;
- 9) terminach i sposobie udostępniania informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje, o których mowa w ust. 1.

3. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawartej na okres nie dłuższy niż 5 lat zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia.

4. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawartej na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie nie krótszym niż 5 lat.

Art. 25. Zakład ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia informuje ubezpieczającego będącego osobą fizyczną o:

- 1) prawie właściwym dla umowy - gdy strony nie mają swobody wyboru prawa;
- 2) prawie właściwym, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń - gdy strony mają swobodę wyboru prawa;
- 3) sposobie i trybie rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także organu właściwego do ich rozpatrzenia.

Art. 26. 1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz umowy ubezpieczenia na życie lub dożycie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w art. 20 ust. 3.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz zawartej na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie lub dożycie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy, zgodnie z art. 20 ust. 6 pkt 2, rocznej informacji, o których mowa w art. 20 ust. 3 i 4.

3. W przypadku odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz umowy ubezpieczenia na życie lub dożycie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, zakład ubezpieczeń wypłaca wartość opłaconych składek pomniejszonych nie więcej niż o 4%. Zakład ubezpieczeń może pomniejszyć wypłacane kwoty o koszt udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że koszty te zostały rozliczone wcześniej. Jeżeli ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający niezwłocznie zwraca ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez zakład ubezpieczeń.

4. W przypadku odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń wypłaca wartość jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych według stanu na dzień otrzymania informacji o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy pomniejszoną nie więcej niż o 4%. Zakład ubezpieczeń może pomniejszyć wypłacane kwoty o koszt udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że koszty te zostały rozliczone wcześniej. Jeżeli ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający niezwłocznie zwraca ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez zakład ubezpieczeń.

5. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz umowy ubezpieczenia na życie lub dożycie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, w rocznej informacji, o której mowa w art. 20 ust. 3, przekazywanej po raz pierwszy zakład ubezpieczeń dodatkowo informuje o:

- 1) prawie ubezpieczającego albo ubezpieczonego odpowiednio do odstąpienia od umowy ubezpieczenia albo wystąpienia z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od umowy ubezpieczenia;
- 2) wartości jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych według stanu na dzień pierwszej informacji;
- 3) wysokości ewentualnego pomniejszenia opłaconych składek albo wartości jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w przypadku odstąpienia od umowy albo wystąpienia z umowy ubezpieczenia.

Art. 27. 1. Ubezpieczenie ochrony prawnej, o którym mowa w dziale II w grupie 17 załącznika do ustawy, polega na zobowiązaniu się zakładu ubezpieczeń w zamian za opłacenie składki ubezpieczeniowej do poniesienia kosztów postępowania sądowego oraz wykonania innych usług związanych bezpośrednio z ochroną ubezpieczeniową, w szczególności w celu:

- 1) zapewnienia odszkodowania z tytułu poniesionej przez ubezpieczonego straty, szkody lub uszkodzenia ciała przez ugodę pozasądową lub w postępowaniu cywilnym lub karnym;
- 2) obrony w postępowaniu karnym lub reprezentowania ubezpieczonego w postępowaniu cywilnym, karnym, administracyjnym lub innym postępowaniu lub w związku z roszczeniem zgłoszonym wobec tej osoby.

2. W przypadku ubezpieczenia ochrony prawnej, o którym mowa w dziale II w grupie 17 załącznika do ustawy, umowa ubezpieczenia nie może obejmować dodatkowo innych grup ubezpieczeń, chyba że ubezpieczenia te uwzględnione zostały w odrębnej części umowy ubezpieczenia oraz została dla nich ustalona odrębna składka ubezpieczeniowa.

3. W ramach ubezpieczenia ochrony prawnej, o którym mowa w dziale II w grupie 17 załącznika do ustawy, ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.

4. Zakład ubezpieczeń wykonujący działalność w zakresie ubezpieczeń ochrony prawnej, o których mowa w dziale II w grupie 17 załącznika do ustawy, zapewnia, aby pracownik zakładu ubezpieczeń zajmujący się obsługą roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia w tym zakresie nie wykonywał podobnej działalności:

- 1) w zakresie innej grupy ubezpieczeń prowadzonej przez ten zakład ubezpieczeń;
- 2) w innym zakładzie ubezpieczeń, który jest jednostką dominującą lub jednostką zależną tego zakładu ubezpieczeń wykonującą działalność ubezpieczeniową, o której mowa w dziale II załącznika do ustawy.

5. W przypadku ubezpieczenia ochrony prawnej, o którym mowa w dziale II w grupie 17 załącznika do ustawy, umowa ubezpieczenia zawiera informację o wymagającej umowy stron możliwości poddania sporu między zakładem ubezpieczeń udzielającym ochrony w zakresie ochrony prawnej a ubezpieczonym pod rozstrzygnięcie sądu polubownego lub o możliwości rozstrzygnięcia takiego sporu w inny, zapewniający porównywalną gwarancję obiektywności sposób.

6. W przypadku ubezpieczenia ochrony prawnej, o którym mowa w dziale II w grupie 17 załącznika do ustawy, w sytuacji wystąpienia sprzeczności interesów lub różnicy zdań w sprawie rozstrzygnięcia sporu zakład ubezpieczeń udzielający ochrony w zakresie ochrony prawnej lub odpowiednio jednostka zajmująca się likwidacją szkód informuje ubezpieczonego o prawie swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, a także o wymagającej umowy stron możliwości poddania sporu pod rozstrzygnięcie sądu polubownego lub o możliwości rozstrzygnięcia takiego sporu w inny, zapewniający porównywalną gwarancję obiektywności sposób.

7. Przepisów ust. 1-6 nie stosuje się do:

- 1) ubezpieczenia ochrony prawnej, w przypadku gdy takie ubezpieczenie dotyczy sporów lub ryzyka wynikających z użytkowania statków żeglugi morskiej lub z nim związanych;
- 2) działalności prowadzonej przez zakład ubezpieczeń zapewniający ochronę od odpowiedzialności cywilnej w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania interesów ubezpieczonego w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, jeżeli działalność ta jest równocześnie prowadzona we własnym interesie zakładu ubezpieczeń w ramach takiej ochrony;
- 3) działalności w zakresie ubezpieczenia ochrony prawnej podejmowanej przez zakład ubezpieczeń udzielający ochrony w zakresie pomocy, która spełnia następujące warunki:
 - a) działalność jest prowadzona w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej niż to, w którym znajduje się miejsce zamieszkania ubezpieczonego,
 - b) działalność stanowi część umowy dotyczącej wyłącznie pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania.

8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, zakład ubezpieczeń informuje, że dane ubezpieczenie ogranicza się do okoliczności, o których mowa w ust. 7 pkt 3, oraz że ma charakter dodatkowy w stosunku do pomocy.

Załącznik Nr 3

Ubezpieczenia obowiązkowe w prawie polskim (w nawiasie podstawa prawna)

1. Ubezpieczenie OC posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu (art. 4 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK);
2. Ubezpieczenie OC rolnika z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego (art. 4 pkt 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK);
3. Ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych (art. 4 pkt 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK)
4. Ubezpieczenie OC radców prawnych (art. 22⁷ ust. 1 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1870 z późn.zm.);
5. Ubezpieczenie OC adwokatów (art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. prawo o adwokaturze, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2368 ze zm.);
6. Ubezpieczenie OC notariuszy (art. 19a ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. – prawo o notariacie, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2291 ze zm.);
7. Ubezpieczenie OC firmy audytorskiej z tytułu wykonywania czynności rewizji finansowej (art. 53 ust. 1 Ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym, Dz.U. z 2017 r., poz.1089 ze zm.);
8. Ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 17 ust. 1 pkt 4 a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.160 z późn. zm.);
9. Ubezpieczenie OC podmiotów uprawnionych do wykonywania działalności usługowej w zakresie prowadzenia ksiąg rachunkowych, okresowego ustalania rzeczywistego stanu aktywów i pasywów, wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego, sporządzania sprawozdań finansowych oraz gromadzenia i przechowywania dowodów księgowych za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością (art. 76h ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 ustawy o rachunkowości, t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.395 z późn. zm.);
10. Ubezpieczenie OC doradców podatkowych (art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o doradztwie podatkowym, t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.377 ze zm.);
11. Ubezpieczenie OC rzeczoznawcy majątkowego za szkody, które mogą wyniknąć w związku z wykonywaniem czynności w zakresie szacowania oraz wyceny nieruchomości (art.175 ust. 4 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami, t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.121 z późn. zm.);
12. Ubezpieczenie OC pośrednika w obrocie nieruchomościami za szkody, które mogą wynikać w związku z wykonywaniem czynności pośrednictwa (art. 181 ust. 3 ustawy o gospodarce nieruchomościami);
13. Ubezpieczenie OC zarządcy nieruchomości za szkody, które mogą wyniknąć w związku z wykonywaniem czynności zarządzania (art. 186 ust. 3 ustawy o gospodarce nieruchomościami);

14. Ubezpieczenie OC organizatora imprezy masowej za szkody wyrządzone uczestnikom imprez masowych, na które wstęp jest odpłatny (art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1160 z późn. zm.);
15. Ubezpieczenie OC organizatora turystyki na rzecz jego klientów (art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. B ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych, t.j. Dz.U.2017 r., poz.1553 z późn. zm.);
16. Ubezpieczenie OC komorników za szkody, które mogą wynikać w związku z działalnością egzekucyjną, a w przypadku gdy zatrudniają pracowników, również ubezpieczenie OC za szkody, które mogą zostać wyrządzone ich działaniem w związku z wykonywaniem tych czynności (art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o komornikach sądowych i egzekucji, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1277 z późn. zm.);
17. Ubezpieczenie OC osoby eksploatującej obiekt jądrowy za wyrządzoną szkodę jądrową (art. 103 ust.1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.792);
18. Ubezpieczenie OC osób wykonujących samodzielnie funkcje techniczne w budownictwie za szkody, które mogą wynikać w związku z wykonywaniem tych funkcji (art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów, t.j. Dz.U. z 2016 r., poz.1725);
19. Ubezpieczenie OC rzeczników patentowych za szkody wyrządzone przy świadczeniu pomocy w sprawach własności przemysłowej (art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 11 kwietnia 2001 r. o rzecznikach patentowych, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1314 ze zm.);
20. Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie usług detektywistycznych (art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o usługach detektywistycznych, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.556 z późn. zm.);
21. Ubezpieczenie OC przewoźnika morskiego za szkody na osobie lub w mieniu pasażera (art. 182 § 1 i 2 ustawy z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski);
22. Ubezpieczenie OC właściciela statku z tytułu szkód spowodowanych zanieczyszczeniem olejami (art. 273 § 1 ustawy z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski);
23. Ubezpieczenie OC kwalifikowanego dostawcy usług zaufania za szkody wyrządzone odbiorcom usług zaufania powstałe w okresie świadczenia usług zaufania (Art. 13. ust.1. Ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej Dz.U. z 2016 r., poz.1579 ze zm.);
24. Ubezpieczenie OC użytkowników statków powietrznych, przewoźników i innych przedsiębiorców prowadzących działalność lotniczą (art. 209 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 959, z późn. zm.);
25. Ubezpieczenie OC zagranicznych prawników świadczących pomoc prawną w Rzeczypospolitej Polskiej (art.11 ustawy z dnia 5 lipca 2002 r. o świadczeniu przez prawników zagranicznych pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej, t.j. Dz.U. z 2016 r., poz.1874);
26. Ubezpieczenie OC agentów ubezpieczeniowych wykonujących działalność na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (art. 20ust. 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. ustawy dystrybucji ubezpieczeń, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2486 z późn. zm.);

27. Ubezpieczenie OC sponsora i badacza za szkody wyrządzone w związku z prowadzeniem badania klinicznego (art. 37b ust.2 pkt.6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2211 z późn zm.);

28. Ubezpieczenie OC za szkody wyrządzone osobom trzecim z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązań w związku z wykonywaniem działalności polegającej na świadczeniu usług turystycznych obejmujących polowania wykonywane przez cudzoziemców na terytorium RP oraz polowania za granicą (art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1995 r. Prawo łowieckie, t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1295 z późn. zm.).