

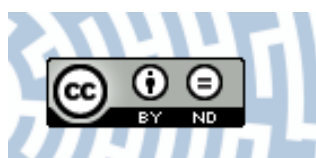


You have downloaded a document from  
**RE-BUŚ**  
repository of the University of Silesia in Katowice

**Title:** Analiza potrzeb klienta przy zawieraniu umowy na kolejny okres ubezpieczenia

**Author:** Mariusz Fras

**Citation style:** Fras Mariusz. (2020). Analiza potrzeb klienta przy zawieraniu umowy na kolejny okres ubezpieczenia. "Wiadomości Ubezpieczeniowe" (Nr 2 (2020) s. 3-17), doi 10.33995/wu2020.2.1



Uznanie autorstwa - Bez utworów zależnych Polska - Ta licencja zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu zarówno w celach komercyjnych i niekomercyjnych, pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).

MARIUSZ FRAS

<https://doi.org/10.33995/wu2020.2.1>

## Analiza potrzeb klienta przy zawieraniu umowy na kolejny okres ubezpieczenia

*Niniejszy artykuł porusza zagadnienie o istotnym znaczeniu praktycznym – jest nim analiza potrzeb klienta przy zawieraniu umów na kolejny okres ubezpieczenia. Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń<sup>1</sup> (dalej: u.d.u.) w art. 8 ust. 1 wprowadziła wymóg, aby przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej dystrybutor ubezpieczeń określił – na podstawie uzyskanych od klienta informacji – jego wymagania i potrzeby. Jest to bowiem nowy ustawowy i przedkontraktowy obowiązek spoczywający na dystrybutorach ubezpieczeń. Jednym z zasadniczych problemów występujących na rynku ubezpieczeniowym jest nabywanie przez klientów produktów, które nie odpowiadają ich potrzebom. Nieadekwatność produktu ubezpieczeniowego prowadzi w przede wszystkim do braku ochrony ubezpieczeniowej w kontekście określonych ryzyk, względnie niepełnej (częściowej) ochrony ubezpieczeniowej w kontekście określonego ryzyka. Ponadto stan ten doprowadza do nadmiernej, niepotrzebnej ochrony ubezpieczeniowej. Niniejszy artykuł ma zatem na celu szczegółowe omówienie przedmiotowej materii na gruncie różnego rodzaju umów ubezpieczenia.*

**Słowa kluczowe:** umowa ubezpieczenia, analiza potrzeb klienta, dyrektywa IDD, kontynuacja ubezpieczenia, ubezpieczenia majątkowe, wykładnia OWU.

### Wprowadzenie

Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń<sup>2</sup> (dalej: u.d.u.) w art. 8 ust. 1 wprowadziła wymóg, aby przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej dystrybutor ubezpieczeń określił – na podstawie uzyskanych od klienta informacji – jego wymagania i potrzeby. Jednocześnie art. 8 ust. 3 wskazuje, że proponowana umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej powinna być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta

---

1. Dz. U. 2017, poz. 2486 z późn. zm.

2. Dz. U. 2017, poz. 2486 z późn. zm.

w zakresie ochrony ubezpieczeniowej lub ochrony gwarancyjnej. Przepisy te są wynikiem implementacji do polskiego porządku prawnego art. 20 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (dalej: IDD)<sup>3</sup>, która ma na celu zapewnienie większej przejrzystości dystrybutorów ubezpieczeń i udoskonalenie zasad prowadzenia przez nich działalności gospodarczej. Jest to nowy ustawowy i przedkontraktowy obowiązek spoczywający na dystrybutorach ubezpieczeń<sup>4</sup>.

W preambule do IDD, w motywie 44 zapisano: „aby uniknąć przypadków niewłaściwej sprzedaży, sprzedaży produktów ubezpieczeniowych powinien zawsze towarzyszyć test wymagań i potrzeb klienta w oparciu o uzyskane od niego informacje. Każdy produkt ubezpieczeniowy oferowany klientowi powinien zawsze odpowiadać wymaganiom i potrzebom klienta i być zaprezentowany w zrozumiałej formie umożliwiającej klientowi podjęcie świadomej decyzji”. Polska ustawa o dystrybucji implementuje art. 20 dyrektywy „Przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określa na podstawie informacji uzyskanych od klienta wymagania i potrzeby tego klienta [...]. Każda proponowana umowa musi być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta w zakresie ubezpieczenia”. Podkreślenia wymaga fakt, że przy wykładni ustawy o dystrybucji należy brać przede wszystkim pod uwagę wykładnię pronounijną. W aspekcie analizy wymagań i potrzeb klienta przy zawieraniu umowy na kolejny okres ubezpieczenia nie bez znaczenia pozostają wyrażone w preambule do IDD zwroty „zawsze towarzyszyć test wymagań i potrzeb”, „każdy produkt ubezpieczeniowy oferowany”. Jednym z zasadniczych problemów występujących na rynku ubezpieczeniowym jest nabywanie przez klientów produktów, które nie odpowiadają ich potrzebom. Nieadekwatność produktu ubezpieczeniowego prowadzi w szczególności do następujących skutków. Po pierwsze, braku ochrony ubezpieczeniowej w kontekście określonych ryzyk, względnie niepełnej (częściowej) ochrony ubezpieczeniowej w kontekście określonego ryzyka. Po drugie, nadmiernej, niepotrzebnej ochrony ubezpieczeniowej.

## 1. Analiza wymagań i potrzeb klienta a efektywność kontynuacji ubezpieczenia

Przepis art. 8 ust. 1 u.d.u. określa obowiązki przedkontraktowe dystrybutora ubezpieczeń (czyli zakładu ubezpieczeń, agenta ubezpieczeniowego, brokera ubezpieczeniowego, agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające oraz brokera reasekuracyjnego) wobec klienta (czyli osoby poszukującej ochrony ubezpieczeniowej – potencjalnego ubezpieczającego). Bez względu na to, czy oferowany jest całkowicie nowy produkt ubezpieczeniowy, czy kontrakt dotyczy kontynuacji umowy już zawartej, test wymagań i potrzeb musi być przeprowadzany. Cel ochronny klienta, określony w art. 8 u.d.u. przemawia za tym, że gdyby ustawodawca chciał wyłączyć potrzebę przeprowadzenia testu wymagań i potrzeb przy zawieraniu umowy na kolejny okres ubezpieczenia, przewidziałby w przepisie wyłączenie o charakterze szczególnym. Należy podzielić pogląd wyrażony

---

3. Dz. U. UE L 26 z dnia 2 lutego 2016 r.

4. Zob. A. Tarasiuk i B. Wojno wyrażone w artykule *Analiza wymagań i potrzeb klienta w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3(96), s. 4; M. Szaraniec (*Usługa doradztwa wykonywana przez pośrednika ubezpieczeniowego względem klienta wynikająca z dyrektywy 2016/97 z 20.01.2016 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, [w:] *Ochrona klienta na rynku usług finansowych w świetle aktualnych problemów i regulacji prawnych*, [red.] E. Rutkowska-Tomaszewska, CH Beck, Warszawa 2017, s. 392.

w doktrynie, że w analizie przede wszystkim chodzi o prawidłowe zidentyfikowanie przedmiotu ubezpieczenia oraz ryzyk mu grożących, ewentualnie o określenie podstawowych pożądanych parametrów ochrony ubezpieczeniowej albo chociaż granic tych parametrów, np. akceptowalność dla klienta udziału własnego w szkodzie<sup>5</sup>. Art. 8 ust. 1 u.d.u. zawiera wskazanie aktywności, która powinna wystąpić po stronie dystrybutora na etapie przedkontraktowym. Dystrybutor jest zobowiązany określić na podstawie uzyskanych od klienta informacji jego wymagania i potrzeby. Nie powinien być zatem stroną bierną<sup>6</sup>. W przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia test wymagań i potrzeb musi być nakierowany na rozpoznanie zmian okoliczności istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego tak, aby ta umowa była efektywna i adekwatna do realnych potrzeb ubezpieczającego. Rozpoznanie wymagań i potrzeb klienta, np. przy ubezpieczeniach obowiązkowych kontynuowanych na kolejny okres, może polegać na wskazaniu, że przewidziana przepisami prawa suma gwarancyjna jest dość niska i nie chroni w pełni klienta przed możliwymi roszczeniami osób poszkodowanych. Przykładowo zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z 4 grudnia 2003 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących doradztwo podatkowe<sup>7</sup> minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych 10 000 euro. W interesie ubezpieczającego może leżeć zatem zawarcie dodatkowo ubezpieczenia dobrowolnego o charakterze nadwyżkowym<sup>8</sup>. Wskazany przykład dotyczący kontynuacji umowy ubezpieczenia obrazuje spoczywający na dystrybutorze ubezpieczeń obowiązek udzielenia ostrzeżenia. Ostrzeżenie stanowi szczególną postać informacji, albowiem jego treścią jest zwrócenie uwagi adresata na konkretne (poszczególne) ryzyko. Ostrzeżenie może mieć charakter standardowy (np. powiązany z określonym typem umowy czy produktem finansowym) lub zindywidualizowany, odniesiony do okoliczności dotyczącej danej osoby lub umowy<sup>9</sup>.

## 2. Kwestie terminologiczne i techniczne

Nietrafny jest wyrażany niekiedy pogląd, że w przeważającej mierze przy kontynuacji umowy przeprowadzenie testu wymagań i potrzeb zależeć będzie od tego, jak została skonstruowana umowa. Twierdzi się, że test wymagań i potrzeb będzie zbędny w przypadku, gdy przewidziano mechanizm automatycznego odnowienia umowy bez konieczności uzyskiwania kolejnej zgody od ubezpieczającego. Abstrahując od niepoprawnej nomenklatury „odnowienia”, która to instytucja ma w cywilistyce utrwalone znaczenie<sup>10</sup>, zgoda taka byłaby zgodą blankietową (*in blanco*) i nie mogłaby być uważana za zgodę prawnie skuteczną, gdyż nie spełnia wymagań konkretyzacji i objaśnienia. Istotne jest również to, że potrzeby i wymagania klienta muszą być rzeczywiste,

---

5. A. Tarasiuk i B. Wojno, *op. cit.*, s. 7.

6. A. Czajkowska, *Analiza wymagań i potrzeb klienta w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – zarys procesu*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2018, nr 4, s. 22.

7. Dz. U. 2003 nr 211, poz. 2065.

8. J. Pokrzywniak, *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 79–80.

9. P. Tereskiewicz, *Obowiązki informacyjne w umowach o usługi finansowe. Studium instrumentów ochronnych w prawie prywatnym i prawie unijnym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 50.

10. Art. 506 k.c.

teraźniejsze (obecne) lub przyszłe. Z tego choćby względu muszą być uaktualniane w celu zbadania, czy nie zaistniały zmiany okoliczności w porównaniu z uprzednio istniejącym stanem rzeczy co do potrzeb klienta i wymagań klienta. Potrzebę klienta w kontekście art. 8 ust. 1 u.d.u. można zdefiniować jako obiektywnie istniejący stan narażenia na ryzyko<sup>11</sup>. Wymagania klienta to natomiast objawiona dystrybutorowi wola posiadania ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej danego przedmiotu ubezpieczenia i o określonym kształcie<sup>12</sup>.

Proponowana umowa ubezpieczenia – nawet jeśli jest przedłużana na kolejny okres – musi być zgodna z aktualnymi potrzebami i wymaganiami klienta. Z uwagi na cel ustawy oraz wykładnię prounijną każde oświadczenie poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, że w razie przedłużenia umowy na kolejny okres ochrony ubezpieczeniowej zrzeka się testu wymagań i potrzeb, uznać należy za bezskuteczne. Ustawa nie realizuje celów dyrektywy tak, aby umowę ubezpieczenia dostosować do zmieniających się okoliczności i aby odpowiadała aktualnym potrzebom i wymaganiom klienta. Podobnie należy ocenić oświadczenia, które w sposób ogólnikowy złożyłby klient w formie pisemnej, że informacje przekazane w poprzednio przeprowadzanej analizie są nadal aktualne. To właśnie szczegółowa weryfikacja, która ma cechę aktualności, ma doprowadzać do sytuacji, że kontynuowana umowa jest efektywna i dopasowana, a zmieniające się w czasie okoliczności zostały przez dystrybutora ubezpieczeń zeksplorowane i zweryfikowane. Oczywiście test wymagań i potrzeb powinien być przeprowadzany w sytuacji, gdy doszło do zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiących wzorzec, na podstawie którego zawarta została umowa w poprzednim okresie ubezpieczenia<sup>13</sup>.

Należy mieć na względzie zmianę OWU kontynuowanej umowy ubezpieczenia w aspekcie ich istotności. Jeżeli umowa ubezpieczenia należy do umów dotyczących pokrycia nieskomplikowanych ryzyk, test wymagań i potrzeb może być ograniczony do rozpoznania jedynie ewentualnych, zmienionych w czasie wymagań i potrzeb klienta.

### 3. Kontynuacja ubezpieczeń obowiązkowych

Klauzulę prolongacyjną w umowach ubezpieczenia obowiązkowego należy odróżnić od przedłużenia umowy czy jej kontynuacji w innych rodzajach ubezpieczeń. Klauzula prolongacyjna została w szczególności sposób uregulowana w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>14</sup>. Co do obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w przepisie art. 24 ust. 1 ustawy przewidziano, że jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 2. Co do obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników, w przepisie art. 46

---

11. A. Tarasiuk, B. Wojno, *op. cit.*, s. 9.

12. M. Orlicki, *Analiza potrzeb klienta – rzeczywista czy pozorna?*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2, s. 27.

13. D. Maśniak, [w:] M. Fras, B. Kucharski, K. Malinowska, D. Maśniak, M. Szaraniec, *Dystrybucja ubezpieczeń. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020, s. 136.

14. Dz. U. 2019, poz. 2214 tekst jedn.

ust. 1 ustawy wskazano, że jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 2. Natomiast co do obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych w art. 62 ust. 1 ustanowiono, iż jeżeli rolnik posiadający budynki rolnicze nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia budynków rolniczych, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 2. Niekiedy w ubezpieczeniach obowiązkowych o charakterze powszechnym dochodzi do automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej. W doktrynie podnosi się, że w takim przypadku treść analizy potrzeb i wymagań klienta może być ograniczona do oświadczenia, że wymagania i potrzeby potencjalnego ubezpieczającego się nie zmieniły<sup>15</sup>. Pogląd ten uważam jednak za kontrowersyjny. W dalszych rozważaniach powrócę do jego oceny.

#### 4. Konsekwencje analizy potrzeb klienta przy kontynuacji ubezpieczeń majątkowych

Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia majątkowego na kolejny okres istotne, a zmienne w czasie, jest prawidłowe ustalenie sumy ubezpieczenia, przy czym ważną kwestią jest tu rozkład ryzyka związanego z nieprawidłowym określeniem sumy ubezpieczenia i związane z tym obowiązki informacyjne (doradcze) dystrybutorów ubezpieczeń. W judykaturze wypowiedziano się co do wymaganej staranności i obciążających ubezpieczyciela obowiązków informacyjnych, związanych z określeniem sumy ubezpieczenia oraz niezbędnej jasności, zrozumiałości, jednoznaczności i przewidywalności skutków postanowienia wprowadzającego regułę proporcji<sup>16</sup>. W razie prawidłowego oznaczenia sumy ubezpieczenia [zgodnego z wartością przedmiotu ubezpieczenia], Ubezpieczyciel powinien być gotowy do zapłaty odszkodowania w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli przedmiot ubezpieczenia uległ całkowitemu zniszczeniu [szkoda całkowita], albo w wysokości tak zbliżonej do sumy ubezpieczenia, jak zakres szkody częściowej był zbliżony do szkody całkowitej<sup>17</sup>.

#### 5. Kontynuacja umowy ubezpieczenia grupowego

Zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia skutkuje powstaniem – za pośrednictwem ubezpieczającego – stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczycielem i ubezpieczonym. Obserwacja ta ma charakter uniwersalny, pomimo że umowy ubezpieczenia grupowego nie stanowią kategorii jednolitej prawnie. W ubezpieczeniach grupowych szczególną rolę przypisuje się bowiem ubezpieczającemu<sup>18</sup>.

---

15. D. Maśniak, *op. cit.*, s. 136.

16. Zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2014 r. sygn. III CSK 302/13, Lex nr 1545100 i z dnia 10 czerwca 2016 r., sygn. IV CSK 624/15, Lex nr 2067079.

17. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 maja 2015 r., sygn. V CSK 470/14, Lex nr 1750034.

18. M. Fras, *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty Prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

Konieczność ustalania potrzeb klientów (a nie tylko konsumentów) oraz obowiązki informacyjne w stosunku do nich stanowią ważną część filozofii IDD, która znalazła swoje odzwierciedlenie w u.d.u. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 10 u.d.u. klientem w przypadku umów ubezpieczenia jest poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający lub ubezpieczony. W przypadku umów gwarancji ubezpieczeniowych jest nim zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej. Definicje klienta i poszukującego ochrony mogą przysparzać szczególnie dużo wątpliwości w przypadku osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego. Ustawodawca unijny w ustępie 49 preambuły dyrektywy IDD stwierdza, że w przypadku ubezpieczeń grupowych „klient” powinien oznaczać przedstawiciela grupy członków, który zawiera umowę ubezpieczenia w imieniu tej grupy członków w przypadku, gdy poszczególni członkowie nie mogą podjąć indywidualnej decyzji o przystąpieniu do umowy, tak jak w przypadku obowiązkowych pracowniczych programów emerytalnych. W piśmiennictwie nietrafnie podnosi się, że w przypadku umów ubezpieczeń grupowych, gdzie członkowie mogą podjąć indywidualną decyzję o przystąpieniu do umowy, „klientami” powinni być również poszczególni członkowie grupy<sup>19</sup>. Pogląd ten jest sprzeczny z art. 808 k.c. W ubezpieczeniu na cudzy rachunek umowę zawiera ubezpieczający, a nie ubezpieczony. Natomiast definicja klienta nie obejmuje przyszłego ubezpieczonego. Na tym tle powstaje pytanie, kto i w jakich okolicznościach powinien być podmiotem, wobec którego dystrybutor ubezpieczeń realizuje obowiązek analizy wymagań i potrzeb zgodnie z art. 8 u.d.u. Wydaje się, że klientem w rozumieniu polskich przepisów implementujących Dyrektywę powinien być „organizator grupy” (ubezpieczający), a analiza potrzeb i wymagań powinna być przeprowadzona na podstawie informacji przedstawionych przez ten podmiot. Informacje te powinny opisywać przewidywane potrzeby i wymagania członków grupy tworzonej przez ubezpieczającego dla celów ubezpieczenia. Takie stanowisko jest uzasadnione wobec jedynego odniesienia do kwestii grupowej umowy ubezpieczenia w motywach Dyrektywy<sup>20</sup>. To na ubezpieczającym, który organizuje grupę objętą ubezpieczeniem grupowym, będzie spoczywał obowiązek przekazania takich informacji, aby ubezpieczenie członków grupy było efektywne i adekwatne do ich realnych potrzeb.

Na koniec zauważyć należy, że u.d.u. nowelizuje art. 18 u.d.z.u.r., wprowadzając art. 18 ust. 5 do u.d.z.u.r.<sup>21</sup> W myśl tego przepisu w zakresie 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, do ubezpieczającego stosuje się odpowiednio przepis art. 7 u.d.u. Oznacza to, że w przypadku wymienionych umów ubezpieczeń grupowych ubezpieczający, wykonując swoje obowiązki, będzie prawnie zobowiązany do postępowania w sposób uczciwy, rzetelny, i profesjonalny, zgodnie z najlepiej pojętym interesem osób ubezpieczonych. Obowiązek lojalności ubezpieczającego względem ubezpieczonych znajduje więc swoją wyraźną normatywną podstawę.

---

19. Zob. W. Kośła, [w:] P. Czublun, *Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz*, CH Beck, Warszawa 2018, s. 34–37.

20. A. Tarasiuk, B. Wojno, *Group insurance distribution – selected comments on the Insurance Distribution Directive and its transposition into Polish law*, [w:] *Insurance challenges of Anno Domini 2018*, [red.] K. Malinowska, A. Tarasiuk, Poltext, Warszawa 2018, s. 125–141.

21. Nowelizacja ta wynika z art. 100 pkt 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. u.d.z.u.r.

Wszystkie te uwagi uznać zatem należy za aktualne co do analizy potrzeb i wymagań klienta przy kontynuacji umów ubezpieczenia grupowego.

## 6. Nowe potrzeby ubezpieczającego przy kontynuacji ubezpieczeń

Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres mogą ujawnić się nowe potrzeby ubezpieczającego. Artykuł 8 ust. 1 u.d.u. nakazuje, by dystrybutor określił potrzeby i wymagania na podstawie uzyskanych od klienta informacji. Z przepisu tego jasno wynika wymóg aktywności dystrybutora w ich zdobyciu<sup>22</sup>. W sprawie, której dotyczy wyrok SN z dnia 22 lutego 2008 roku, powód – przedsiębiorca (ubezpieczający) przy udziale brokera zawarł z ubezpieczycieli umowę ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, obejmującą środki trwałe przedsiębiorstwa<sup>23</sup>. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia poszukujący ochrony ubezpieczeniowej powód wyraził przed brokerem także zamiar ubezpieczenia swojego domu prywatnego z basenem kąpielowym, niestanowiącego składników majątkowych jego przedsiębiorstwa. Broker, pośrednicząc w zawarciu umowy ubezpieczenia mienia, zobowiązał powoda do złożenia wykazu środków trwałych przedsiębiorstwa, które miały być objęte zakresem umowy ubezpieczenia. Sporządzony wykaz środków trwałych zawierał jako jedną z pozycji dom mieszkalny wraz z basenem. Szkody spowodowane pożarem zostały oszacowane na kwotę 130 000 złotych, i o taką wysokość odszkodowania powód wystąpił do ubezpieczyciela. Ten odmówił wypłaty odszkodowania, wskazując, że umowa ubezpieczenia obejmowała tylko mienie związane z działalnością przedsiębiorstwa. W takim stanie rzeczy przedsiębiorca wystąpił o odszkodowanie w tej samej kwocie do brokera.

Sądy obu instancji uwzględniły powództwo, zajmując stanowisko, że do szkody powoda w postaci braku odszkodowania za zniszczone mienie doszło z winy brokera, wskutek nieprawidłowego wykonania umowy o świadczenie usług brokerskich. W ocenie SN broker – wbrew zamiarom powoda – nie zaproponował mu zawarcia umowy ubezpieczenia obejmującego prywatny majątek niezwiązany z działalnością gospodarczą. Sąd doszukał się między zachowaniem brokera a szkodą doznaną przez powoda istnienia bezpośredniego związku przyczynowego<sup>24</sup>.

W piśmiennictwie zagranicznym również zwraca się uwagę, że nieprawidłowe wykonanie obowiązku informacyjnego – w tym także doradczego – przez dystrybutora ubezpieczeń może być źródłem szkody. Ubezpieczony traci bowiem możliwość uzyskania korzyści, której mógł się spodziewać, rozsądnie oceniając sytuację. Mowa o tak zwanej utracie szansy ubezpieczenia [*perte de chance de s'assurer, perte de chance de souscrire une assurance*]<sup>25</sup>.

---

22. M. Orlicki, *op. cit.*

23. Zob. wyrok SN z dnia 22 lutego 2008 r., sygn. V CSK 444/07, Lex nr 393863.

24. M. Fras, *Odpowiedzialność brokera ubezpieczeniowego za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (rozważania na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego)*, „Prawo Asekuracyjne” 2009, nr 3.

25. M. Fras, *The Directive 2016/97 on Insurance Distribution (IDD) and Private International Law*, „Review of European and Comparative Law” 2019, vol. XXXVIII, s. 117 i nast.



## 7. Wykładnia OWU a kontynuowanie umowy ubezpieczenia przy udziale brokera

Zgodnie z art. 15 ust. 3 u.d.z.u.r.<sup>26</sup> umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy są formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Nakaz formułowania ogólnych warunków i umowy ubezpieczenia w sposób jednoznaczny i zrozumiały oraz związana z nim sankcja ma zastosowanie bez względu na to, czy kontrahentem zakładu ubezpieczeń jest przedsiębiorca czy konsument<sup>27</sup>. Szczególna sytuacja występuje wtedy, gdy umowa ubezpieczenia składa się z postanowień, których treść została zredagowana przez kontrahenta zakładu ubezpieczeń, korzystającego z pomocy wyspecjalizowanego brokera ubezpieczeniowego. Rola brokera w procesie zawierania umowy może powodować przypadek, w którym potencjalnie wieloznaczny charakter mają indywidualnie uzgodnione klauzule umowne zawarte w umowie między przedsiębiorcami, dotyczące wyspecjalizowanego ubezpieczenia.

Zastosowanie w tym przypadku fachowej terminologii i technicznego słownictwa, obejmującego wyrażenia nieostre lub niedookreślone, a nawet niezrozumiałe dla przeciętnego użytkownika języka, nie musi prowadzić do stwierdzenia, że miarodajny tekst umowy jest niejednoznaczny w rozumieniu art. 15 ust. 3 u.d.z.u.r. Należy bowiem przyjąć, że podmioty takie redagują swoje wypowiedzi z założeniem, że odczytanie ich sensu może wymagać zdecydowanie dalej idących, starannych zabiegów interpretacyjnych, na co pozwalają ich kompetencje, specjalistyczna wiedza i doświadczenie w danej dziedzinie. Na korzyść ubezpieczającego powinny być w tym przypadku interpretowane tylko te niejednoznaczności, które nie dają się usunąć przy zastosowaniu tych starannych i wnikliwych metod wykładni<sup>28</sup>. Zapatrywanie to koresponduje z wyrażonym w judykaturze, przy aprobachie literatury, ogólniejszym stanowiskiem, że kryterium jednoznaczności wzorca umownego (co należy odnieść także do postanowień umowy) może być oceniane inaczej w zależności od tego, kto jest jego adresatem<sup>29</sup>.

## 8. Automatyzm dystrybutora wykonującego stałą obsługę brokerską przy kontynuacji a konsekwencje prawne

Omawiane w tym miejscu zagadnienie należy rozpatrywać w aspekcie sprawy rozpoznawanej w II instancji przez SA we Wrocławiu<sup>30</sup>, w ramach której strona powodowa – przedsiębiorca (ubezpieczająca) podniosła, że dochodzona przez nią należność główna obejmuje szkodę, jaką poniosła wobec braku ubezpieczenia należącego do niej lokalu, który uległ zniszczeniu na skutek pożaru. Do szkody doszło z winy brokera spółki (ubezpieczającej), z którym łączyła ją stała umowa o współpracę. Pozwana w uzasadnieniu swojego stanowiska podniosła, że powódka w kwestionariuszu

---

26. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2019, poz. 381 z późn. zm.).

27. Por. wyrok SN z dnia 5 października 2018 r., sygn. I CSK 608/17, Lex nr 2561619.

28. Por. wyrok SN z dnia 12 kwietnia 2019 r., sygn. I CSK 321/18, Lex nr 2647558.

29. Por. wyrok SN z dnia 5 października 2018 r., sygn. I CSK 608/17, Lex nr 2561619.

30. Zob. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 10 października 2012 r., sygn. I ACa 76812, Lex nr 1281174.

przekazanym brokerowi wskazała nieruchomości, które chce ubezpieczyć i nie obejmowały one jej lokali zniszczonych w skutek pożaru, a zatem umowa została zawarta zgodnie z jej wnioskiem oraz na warunkach przez nią wskazanych.

W omawianej sprawie powódka (ubezpieczająca) jeszcze przed przekształceniem ze spółki komandytowej na spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością zawarła ze współnikami spółki cywilnej (spółki brokerskiej) umowę w przedmiocie zawierania przez brokerów umów ubezpieczeniowych w jej imieniu. W umowie ustalono, że zawarcie konkretnej umowy przez zleceniobiorcę może nastąpić na podstawie odrębnego zlecenia przekazanego przez zleceniodawcę. Przy wyborze zakładu ubezpieczeń zleceniobiorca zobowiązany był działać w interesie zleceniodawcy, uwzględniając w szczególności potrzeby zleceniodawcy, status prawny, kondycję finansową wybranego zakładu ubezpieczeń, warunki ubezpieczenia, w tym wysokość stawek ubezpieczeniowych. Po przekształceniu pozwanej współpracą spółki brokerów ze stroną powodową była nadal kontynuowana w pełnym zakresie. Spółka brokerska od kilkunastu lat zajmowała się ubezpieczeniem całego majątku powodowej spółki, w wyniku czego była stale i na bieżąco informowana o jej stanie majątkowym. W taki oto sposób broker dowiedział się o modernizacji budynku, w którym znajdował się lokal zniszczony w skutek pożaru.

W związku zaś z koniecznością „wznowienia” umów ubezpieczenia na kolejny rok strona pozwana zleciła ubezpieczenie budynku, w którym znajdował się przedmiotowy lokal. Zamiarem strony powodowej było bowiem ubezpieczenie zarówno części wspólnych budynku, jak i znajdujących się w nim poszczególnych lokali. W konsekwencji broker przesłał stronie powodowej kwestionariusze dotyczące analizy ryzyk ubezpieczeniowych, zaoferował również swoją pomoc przy ich wypełnieniu. Kwestionariusze te stanowiły zaś nowość we współpracy powoda ze spółką brokerską i były wówczas pierwszy raz zastosowane przez brokera. Tym samym broker skierował do ubezpieczyciela zapytanie ofertowe, dotyczące ubezpieczenia od ognia i zdarzeń losowych. Jako przedmiot ubezpieczenia wskazano zgodnie z kwestionariuszem budynek, w którym znajdowały się lokale wraz z ogrodzeniem i placem, windę, klimatyzację i wentylację, serwerownię, system alarmowy, system oddymiania oraz kurtyny powietrzne. W odpowiedzi na powyższe zapytanie strona pozwana przedstawiła ofertę ubezpieczenia, w której jako przedmiot i sumę ubezpieczenia wskazano budynek, w którym znajdowały się lokale wraz z ogrodzeniem, placem oraz maszyny, urządzenia i wyposażenie (w tym niskocenne składniki majątku).

Wspólnota mieszkaniowa zawarła zatem z pozwaną umowę ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, mającą za przedmiot „budynek wraz z ogrodzeniem i placem” oraz maszyny, urządzenia i wyposażenie (w tym niskocenne składniki majątku). Jako ubezpieczonego wskazano wspólnotę. Umowa została zawarta w oparciu o stosowane przez stronę pozwaną OWU w ramach, których zdefiniowano budynek jako „obiekt budowlany, który jest trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadający fundamenty i dach, wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiącymi całość techniczną i użytkową”.

W późniejszym okresie w ubezpieczonym budynku wybuchł pożar, w którym uszkodzeniu uległy jego części wspólne oraz lokal użytkowy położony na III piętrze, stanowiący własność strony powodowej. W konsekwencji strona powodowa dokonała zgłoszenia szkody, odrębnie dla części wspólnych budynku oraz zniszczonego lokalu biurowego. Ubezpieczyciel uznał swoją odpowiedzialność w zakresie uszkodzenia części wspólnej budynku, odmawiając natomiast wypłaty

odszkodowania za zniszczenie lokalu biurowego powódki. Wobec zaś niekorzystnego wyroku przeciwko ubezpieczycielowi ubezpieczająca wystąpiła do brokera z żądaniem zapłaty odszkodowania.

W ocenie Sądu I instancji, uwzględniającego powództwo w części, poczynione ustalenia dawały natomiast podstawę do uznania, że wolą powódki było ubezpieczenie całego jej majątku, w tym lokalu, który uległ zniszczeniu wskutek pożaru, a brak objęcia go umową ubezpieczenia oraz – w konsekwencji – brak uzyskania odszkodowania w jego ramach, wynikał z przyczyn zawinionych przez brokera. Sąd zwrócił przy tym uwagę, że broker nie tylko popełnił błąd, w nieprawidłowy sposób formułując polisę, ale z błędu tego nie zdawał sobie przy tym sprawy aż do zakończenia pierwotnego procesu w sprawie, w której powództwo wniosła wspólnota mieszkaniowa.

W ocenie Sądu II instancji w sprawie nie było sporu co do tego, że współpraca powódki i spółki brokerskiej opierała się na umowie zawartej przez ich przedstawników prawnych. W ramach tej współpracy spółka brokerska w sposób kompleksowy zajmowała się zawieraniem w imieniu powódki umów związanych z ubezpieczeniem jej majątku, zaś strona powodowa na bieżąco informowała brokera o wszystkich posiadanych składnikach majątkowych, ich modernizacji, polepszaniu i wszystkich okolicznościach, które mogłyby wpływać na kwestie związane z ubezpieczeniem tego majątku w sposób najbardziej odpowiedni i profesjonalny. Treść umowy łączącej powódkę ze spółką brokerską zawierała co prawda jedynie podstawowe i najpotrzebniejsze zapisy, jednak z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy oraz zeznań świadków wynikało, iż długotrwałe stosunki łączące strony opierały się również na zaufaniu i znajomości przez brokerów majątku powódki, a celem zatrudnienia firmy brokerskiej było pełne ubezpieczenie posiadanego przez nią majątku.

Wobec powyższych ustaleń słusznie stwierdzono, iż strona powodowa współpracująca od lat z brokerem w zakresie prowadzącej przez nich działalności – jako właściciel kilku nieruchomości i zarządzająca budynkiem wspólnoty mieszkaniowej posiadała wolę kompleksowego ubezpieczenia majątku powodowej spółki oraz budynku wspólnoty mieszkaniowej. Stan ten potwierdza zaś fakt, iż takie zasady ubezpieczania majątku powódki obowiązywały w trakcie dotychczasowej współpracy stron i takie były w istocie warunki łączącej je umowy, a powódka nie przejawiała w żaden sposób woli zmiany tych zasad. Co więcej, umowa łącząca powódkę i spółkę brokerską nie przewidywała żadnej szczególnej formy dla udzielenia zlecenia dotyczącego zawarcia umowy ubezpieczenia, a zatem wola ubezpieczenia majątku stanowiącego własność powodowej spółki, wyrażona w dowolnej formie, odpowiadała wymogowi udzielenia brokerowi zlecenia w tym zakresie.

Wprowadzenie przez spółkę brokerską kwestionariuszy do analizy ryzyk ubezpieczeniowych i ich wypełnienie w sposób, który w konsekwencji doprowadził do nieuwzględnienia ubezpieczenia lokalu stanowiącego odrębną własność strony powodowej, nie mogło przy tym stanowić podstawy przyjęcia przez brokera, że wolą jego klienta było ubezpieczenie jedynie części wspólnych budynku. Jeśli bowiem broker wprowadził w ramach prowadzonej działalności kwestionariusze, a z ich treści po wypełnieniu przez stronę powodową miałyby wynikać, odmiennie niż do tej pory, że ubezpieczeniem nie miałyby być objęte lokale stanowiące własność członków wspólnoty, w tym lokal stanowiący odrębną własność powódki, to niewątpliwie, dochowując należytej staranności w zakresie łączącego strony stosunku prawnego, mając na uwadze dotychczasowe warunki współpracy z powódką, winien na to zwrócić jej uwagę i wyjaśnić, czy doszło do nieprawidłowego wypełnienia kwestionariusza, czy też nie chce korzystać z ubezpieczenia w dotychczasowym zakresie. Takie uzgodnienia między stronami nie miały jednak miejsca, co przesądziło o tym, iż strona powodowa zleciła spółce brokerskiej kompleksowe ubezpieczenie swojego majątku.

W konsekwencji Sąd II instancji podzielił w pełnym zakresie dokonaną przez Sąd Okręgowy ocenę, że strona powodowa udzieliła spółce brokerskiej zlecenia ubezpieczenia zarówno majątku wspólnego członków wspólnoty, jak i również lokali stanowiących przedmiot jej odrębnej własności. Wymaga przy tym podkreślenia, iż sami brokerzy byli również świadomi zmiany stosunków własnościowych w odniesieniu do lokali wydzielonych w budynku, które doprowadziły do powstania wspólnoty. W oparciu zaś o ich błędne przekonanie, że ubezpieczenie tego budynku na podstawie wniosku zarządcy wspólnoty obejmie zarówno jego części wspólne jak i lokale stanowiące odrębną własność jej członków, doprowadziło do tego, że strona powodowa wbrew swojej woli, która została wyrażona jednoznacznie wobec spółki brokerskiej, nie uzyskała ochrony ubezpieczeniowej lokali stanowiących jej własność znajdujących się w tym budynku.

Okoliczności te niewątpliwie wskazały na to, że broker przekonany był o fakcie ubezpieczenia całego budynku. O ile zatem z wypełnionego przez pracownika powódki kwestionariusza nie wynika, że wolą stron było objęcie ubezpieczeniem również lokalu stanowiącego odrębną własność strony powodowej, to późniejsze zachowanie powódki i spółki brokerskiej świadczy o tym, że taki był ich zgodny zamiar, a strona powodowa udzieliła zlecenia na ubezpieczenie całego swojego majątku, w tym również budynku wraz z lokalami stanowiącymi jej własność. Zasadnym jest ponadto wniosek, że zakres zlecenia nie budził wątpliwości brokera, a fakt nieobjęcia ubezpieczeniem tego lokalu został mu uświadomiony dopiero w postępowaniu toczącym się na skutek wniesienia powództwa przez powódkę. Niedopełnienie wszystkich postanowień umownych i w konsekwencji nieubezpieczenie lokalu powódki w budynku wynikało zatem z błędu brokera, a nie z przyczyny braku pisemnego potwierdzenia udzielenia mu odrębnego zlecenia ubezpieczenia również tego lokalu.

Omawiane orzeczenie dowodzi, że stała kompleksowa obsługa brokerska ubezpieczającego w zakresie kontynuacji umów grozi niebezpieczeństwem automatyzmu, które w konsekwencji może doprowadzić do odpowiedzialności *ex contractu* w ramach wiążącej strony umowy brokerskiej.

## 9. Zrzeczenie się przeprowadzenia testu wymagań i potrzeb przez klienta przy kontynuacji ubezpieczenia

Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń nie przewiduje wprost rezygnacji przez klienta z przeprowadzenia testu wymagań i potrzeb. Jednocześnie ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wprost przewiduje dopuszczalność takiej rezygnacji w przepisie art. 21 ust. 6 u.dz.u.r. w przypadku ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym. Wobec braku szczegółowych regulacji dotyczących rezygnacji z testu wymagań i potrzeb, konieczne jest odwołanie do *ratio legis* regulacji wprowadzających analizę potrzeb, a to do wzmożonej ochrony klienta usług ubezpieczeniowych. Biorąc pod uwagę racjonalność ustawodawcy i jego konsekwencję systemową, należy w mojej ocenie uznać, iż w ustawodawstwie ubezpieczeniowym nie ma blankietowego zrzeczenia się albo rezygnacji przez klienta z przeprowadzenia testu wymagań i potrzeb. Wymagałoby to – wzorem zapisu z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – przepisu szczególnego.

Jak wskazano powyżej, pojawiająca się w praktyce przy kontynuacji umów ubezpieczenia tendencja do uwidaczniania w polisie takich klauzul jest bezskuteczna i tworzy jedynie pozory usiłowania przeprowadzenia testu wymagań i potrzeb. Cywilnoprawną konsekwencją zaniechania przeprowadzenia testu wymagań i potrzeb, a przez to niedostosowania przez dystrybutora produktu ubezpieczeniowego do wymagań i potrzeb klienta, jest obowiązek odszkodowawczy

w reżimie *ex contractu* w odniesieniu do brokera (wywodzony z zawarcia umowy brokerskiej), natomiast w odniesieniu do innych kategorii dystrybutorów z mocy samych przepisów ustawy (art. 7 ust. 1, art. 8 ust. 1 oraz 30 u.d.u.)<sup>31</sup>.

Wypełnienie najistotniejszego z obowiązków dystrybucyjnych – dokonania prawidłowej analizy wymagań i potrzeb – musi być udokumentowane poprzez utrwalenie poszczególnych etapów jego realizacji: zadawania pytań, uzyskiwania od klienta odpowiedzi, analizy ich treści, przedstawienia produktów ubezpieczeniowych użytecznych dla klienta oraz wyboru przez klienta jednego z tych produktów. Gdy dystrybutorem jest broker ubezpieczeniowy, dokumentacja musi odnosić się do podstaw, na których broker zbudować mógł swą rekomendację oraz jej treść<sup>32</sup>. Niedopuszczalność zrzeczenia się blankietowego testu wymagań i potrzeb przy kontynuacji umowy czy zawieraniu umowy tożsamej na kolejny okres ubezpieczenia powoduje, że należy udokumentować, iż klient odmawia odpowiedzi na poszczególne pytania lub dokonuje bezpośredniego wyboru konkretnego produktu ubezpieczeniowego, nie udzielając odpowiedzi na pytania.

## 10. Odpowiedzialność deliktowa brokera a obowiązek przeprowadzeniu testu wymagań i potrzeb klientów – krytyka

Na tle badania potrzeb i wymagań klienta przy kontynuacji umowy ubezpieczenia trzeba zwrócić uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2016 roku<sup>33</sup>, gdzie wskazano na potrzebę uwzględnienia przez dystrybutora ubezpieczeń aktualnego stanu ochrony ubezpieczeniowej klienta, a także jego rzeczywistego i aktualnego zapotrzebowania. W orzeczeniu tym stwierdzono, że to na brokerze ciąży obowiązek precyzyjnej analizy ryzyka ubezpieczeniowego po stronie klienta (tzw. audyt ryzyka) oraz, funkcjonalnie powiązany, obowiązek doradczy co do adekwatności ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek informacyjno-doradczy brokera ubezpieczeniowego ma na celu zarekomendowanie klientowi możliwie korzystnej umowy ubezpieczenia, uwzględniającej aktualny stan ochrony ubezpieczeniowej klienta, a także jego rzeczywiste zapotrzebowanie. Co więcej, Sąd Najwyższy uwypuklił tezę, że naruszenie przez brokera obowiązku precyzyjnej analizy ryzyka ubezpieczeniowego po stronie klienta, w wyniku którego to naruszenia doszło do ograniczenia zakresu ubezpieczenia OC statku powietrznego przez pominięcie ubezpieczenia uczestnika lotu, może niekiedy spełniać przesłanki odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. wobec jego następców. W omawianej sprawie klient (sprawca) zawarł z ubezpieczycielem za pośrednictwem brokera umowę ubezpieczenia lotniczego odpowiedzialności cywilnej (OC). Przedmiotem tego ubezpieczenia była odpowiedzialność cywilna użytkownika wobec osób trzecich, innych niż pasażerowie, za szkody wyrządzone w związku z użytkowaniem statku powietrznego. Nie była nim objęta odpowiedzialność cywilna wobec pasażerów.

---

31. Tak: B. Kucharski, *Cywilnoprawne konsekwencje niedostosowania przez dystrybutora produktu ubezpieczeniowego do wymagań i potrzeb klienta*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 3, s. 31.

32. M. Orlicki, *Rozkład obowiązków pomiędzy dystrybutorów w procesie zawierania umowy ubezpieczenia. Dokumentowanie realizacji obowiązków ustawowych związanych z dystrybucją ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2019, nr 2, s. 11.

33. Sygn. II CSK 697/15, Lex nr 2178674.

Pogląd wyrażony w przedstawionym orzeczeniu jest jednak nietrafny, a to z poniżej wskazanych względów. Przede wszystkim wskazać należy, że zmarłego sprawcę wypadku lotniczego łączyła z brokerem umowa brokerska. Ten zaś argument będzie rozważany w dalszej argumentacji. Istotne jest poczynienie kilku założeń wstępnych o charakterze teoretycznym. Odpowiedzialność na podstawie art. 415 k.c. zachodzi, gdy stron nie wiązało wcześniej żadne zobowiązanie albo gdy szkoda została wyrządzona poza nim, a niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania stanowiło jednocześnie czyn niedozwolony (zob. art. 443 k.c. przewidujący zbieg odpowiedzialności).<sup>34</sup> W wyroku z dnia 14 lutego 2013 roku<sup>35</sup> Sąd Najwyższy słusznie orzekł, że niewykonanie umowy o tyle może stanowić czyn niedozwolony, o ile sprawca szkody naruszył obowiązek powszechny ciążyący na każdym. Niewykonanie zobowiązania samo przez się nie może być uznane za działanie bezprawne w rozumieniu art. 415 k.c. Taka jego kwalifikacja jest uzasadniona tylko wtedy, gdy jednocześnie następuje naruszenie obowiązku powszechnego. Nie zawsze w razie naruszenia przez sprawcę obowiązku oznaczonego zachowania zachodzi bezprawność relewantna z punktu widzenia zasad odpowiedzialności.

W przywołanym wyżej wyroku dotyczącym odpowiedzialności deliktowej brokera powstało nie tyle zagadnienie, czy zaniechanie wykonania obowiązku umownego jest czynem niedozwolonym w stosunku do strony umowy, ile: czy zaniechanie wykonania obowiązku wynikającego z takiej umowy, może być kwalifikowane jako delikt w odniesieniu do osoby trzeciej. W przedmiotowej sprawie następcy prawni zmarłego pasażera w wypadku lotniczym są osobami trzecimi. W stosunku do nich broker nie miał żadnych obowiązków wynikających z umowy. Należy podkreślić, że czyn niedozwolony brokera w znaczeniu art. 415 k.c. mógłby mieć miejsce tylko wtedy, gdyby broker jako sprawca szkody naruszył obowiązek powszechny, ciążyący na każdym. Tu natomiast mamy do czynienia ze ściśle określonymi obowiązkami, wynikającymi z umowy brokerskiej oraz z obowiązków ustawowych ciążyących na brokerze z art. 32 u.d.u.

Judykatura niemiecka wprowadza w ramach swojej regulacji tzw. umowy ze skutkiem ochronnym wobec osób trzecich (*Vertrag mit Schutzwirkung für Dritte*)<sup>36</sup>. Regulacja ta polega w uproszczeniu na tym, że – niejako na wzór znanej także prawu polskiemu umowy na rzecz osoby trzeciej (art. 393 k.c., § 328 BGB) – przyjmuje się za konkludentnie zawartą umowę, z której nie wynika dla osoby trzeciej roszczenie o świadczenie, ale roszczenia odszkodowawcze od dłużnika, jeśli ten w związku z wykonaniem (nienależytym) umowy stosunku do wierzyciela wyrządzi jej szkodę. Instytucja ta nie jest jednak znana prawu polskiemu i nie nadaje się w postaci, jakiej nadało jej orzecznictwo, do recepcji w prawie rodzimym

## Podsumowanie

Zagadnienie przeprowadzania testów wymagań i potrzeb w umowach ubezpieczenia zawieranych na kolejny okres z tym samym ubezpieczycielem budzi spory w praktyce. Z jednej strony, można

---

34. Zob. wyrok SN z dnia 10 października 1997 r., sygn. III CKN 202/97, OSNC 1998/3, poz. 42; wyrok SN z dnia 14 lutego 2013 r., sygn. II CNP50/12, LEX nr 1314379 z glosą M. Kalińskiego, PS 2016/2, s. 109–114.

35. Sygn. II CNP 50/12, LEX nr 1314379.

36. Por. M. Plötner, *Die Rechtsfigur des Vertrages mit Schutzwirkung für Dritte und die sogenannte Expertenhaftung*, Duncker & Humblot, Berlin 2003, s. 19 i nast.

przyjąć, że praktyka ich przeprowadzania w przeważającej mierze będzie zależała od tego, jak skonstruowana jest umowa oraz czy przewidziano mechanizm automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej. Wtedy szczegółowość obowiązku eksploracyjnego dystrybutora ubezpieczeń może ulec znacznemu ograniczeniu. Dotyczy to również ubezpieczeń obowiązkowych o charakterze powszechnym, przewidzianych w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych. Natomiast w pozostałych przypadkach podejście takie może być ryzykowne dla dystrybutora ubezpieczeń i może rodzić w przyszłości odpowiedzialność dystrybutora z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania umownego. Może bowiem okazać się, że uprzednio uzyskane informacje przy analizie potrzeb są już nieaktualne, nawet jeśli od ostatniej analizy upłynęło niewiele czasu. Proponowana umowa, nawet jeśli jest to kontynuacja, musi w dalszym ciągu być zgodna z aktualnymi potrzebami i wymaganiami klienta. Jest to postulat szczególnie istotny, gdy uległy zmianie w istotnej części ogólne warunki ubezpieczenia. W szczególności chodzi tu o klauzule wyłączające lub ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela, ale i wprowadzające dodatkowe warianty ubezpieczenia, dotychczas nieznanie klientowi.

Poszerzenie sfery publicznego nadzoru w odniesieniu do tych elementów, które stanowiły dotychczas istotę prywatnej umowy między klientem a np. brokerem czy zakładem ubezpieczeń, stanowi istotę zmian wynikających z analizowanych przepisów. Oznacza to, że pewne obowiązki informacyjne, które dotychczas mogły wynikać tylko z umowy (obowiązki prywatnoprawne), zostały uznane za tak doniosłe w aspekcie ochrony klienta, że stały się obowiązkami publicznoprawnymi (z inicjatywy ustawodawcy unijnego). Z IDD wynika bowiem, że jeśli pośrednik ubezpieczeniowy nie zbada potrzeb klienta, nie przedstawi mu karty produktu bądź nie będzie świadczył usług doradztwa [jeśli taki obowiązek nałoży na niego ustawodawca krajowy], to interes klienta – oprócz możliwości dochodzenia roszczeń w postępowaniu cywilnym – będzie chroniony poprzez narzędzia publicznoprawne, czyli np. kontrolę [przeprowadzaną z urzędu przez KNF lub na wniosek Rzecznika Finansowego] odnośnie do spełniania tych obowiązków przez pośrednika ubezpieczeniowego<sup>37</sup>.

## Wykaz źródeł

Czajkowska A., *Analiza wymagań i potrzeb klienta w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – zarys procesu*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2018, nr 4.

Fras M., Kucharski B., Malinowska K., Maśniak D., Szaraniec M., *Dystrybucja ubezpieczeń. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020.

Fras M., *Odpowiedzialność brokera ubezpieczeniowego za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (rozważania na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego)*, „Prawo Asekuracyjne” 2009, nr 3.

Fras M., *The Directive 2016/97 on Insurance Distribution (IDD) and Private International Law*, „Review of European and Comparative Law” 2019, vol. XXXVIII.

Fras M., *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty Prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

Kośla W., [w:] Czublun P., *Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz*, CH Beck, Warszawa 2018.

---

37. Tak: M. Szaraniec, *Działalność gospodarcza pośredników ubezpieczeniowych. Studium publicznoprawne*, Difin, Warszawa 2017, s. 211.

- Kucharski B., *Cywilnoprawne konsekwencje niedostosowania przez dystrybutora produktu ubezpieczeniowego do wymagań i potrzeb klienta*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 3.
- Ochrona klienta na rynku usług finansowych w świetle aktualnych problemów i regulacji prawnych*, Rutkowska-Tomaszewska E. [red.], CH Beck, Warszawa 2017.
- Orlicki M., *Analiza potrzeb klienta – rzeczywista czy pozorna?*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2.
- Orlicki M., *Rozkład obowiązków pomiędzy dystrybutorów w procesie zawierania umowy ubezpieczenia. Dokumentowanie realizacji obowiązków ustawowych związanych z dystrybucją ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2019, nr 2.
- Plötner M., *Die Rechtsfigur des Vertrages mit Schutzwirkung für Dritte und die sogenannte Expertenhaftung*, Duncker & Humblot, Berlin 2003.
- Pokrzywniak J., *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Szaraniec M., *Działalność gospodarcza pośredników ubezpieczeniowych. Studium publicznoprawne*, Difin, Warszawa 2017.
- Tarasiuk A., Wojno B., *Analiza wymagań i potrzeb klienta w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3 [96].
- Tarasiuk A., Wojno B., *Group insurance distribution – selected comments on the Insurance Distribution Directive and its transposition into Polish law*, [w:] *Insurance challenges of Anno Domini 2018*, Malinowska K., Tarasiuk A. [red.], Poltext, Warszawa 2018.
- Tereszkiewicz P., *Obowiązki informacyjne w umowach o usługi finansowe. Studium instrumentów ochronnych w prawie prywatnym i prawie unijnym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

## The analysis of the customer's needs in the light of conclusion of contracts for the next insurance period

*The article consist the analysis of the customer needs in the light of conclusion of contracts for the next insurance period. The Insurance Distribution Act of 15 December 2017 in art. 8 introduced requirement to specify the customer requirements and needs before concluding the insurance contract or insurance guarantee contract. This statutory and pre-contractual obligation rest on insurance distributors. The major issue on the insurance market is the purchase of products by customers that do not meet their needs. The inadequacy of the insurance product leads to the lack of insurance cover in the context of certain insurance risk and excessive, unnecessary insurance protection. The purpose of the article is to discuss that matter on the example of various types of insurance contract.*

**Key words:** insurance contract, IDD, continuation of the insurance contract, property insurance, interpretation of the general terms and conditions.

**DR HAB. MARIUSZ FRAS** – profesor Uniwersytetu Śląskiego, Instytut Nauk Prawnych, Prawo Cywilne i Międzynarodowe.

e-mail: kancelaria-fras@o2.pl, mariusz.fras@us.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0002-0033-6909>