



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
V kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-124-05

Druk nr 353
Warszawa, 16 lutego 2006 r.

Pan
Marek Jurek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy - Kodeks cywilny,
ustawy o działalności ubezpieczeniowej
oraz ustawy o ubezpieczeniach obo-
wiązkowych, Ubezpieczeniowym Fun-
duszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze
Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Sprawiedliwości.

Z poważaniem

(-) Kazimierz Marcinkiewicz

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Art. 1. W ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 384:

a) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy.”;

b) uchyla się § 5;

2) użyte w przepisach tytułu XXVII Księgi III w różnych przypadkach określenie „zakład ubezpieczeń” zastępuje się użytym w odpowiednim przypadku wyrazem „ubezpieczyciel.”;

3) w art. 805 § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 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.”;

4) art. 806 otrzymuje brzmienie:

„Art. 806. § 1. Umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli w chwili zawarcia umowy 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.”;

5) w art. 807 uchyla się § 2;

6) art. 808 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

7) art. 809 otrzymuje brzmienie:

„Art. 809. § 1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia, w szczególności polisą.

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

8) uchyla się art. 810;

9) art. 811 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

10) w art. 812:

a) uchyla się § 1-3, 6 i 7,

b) § 8 otrzymuje brzmienie:

„§ 8. Różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami 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.”;

11) w art. 813 § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, ubezpieczają-

cemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.”;

12) art. 814 otrzymuje brzmienie:

„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 rozwiązuje się ona z końcem okresu, za który przypadła nie zapłacona 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.”;

13) w art. 815:

a) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 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.”,

b) po § 2 dodaje się § 2¹ w brzmieniu:

„§ 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.”,

c) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości.”;

14) art. 816 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

15) w art. 817:

a) § 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) po § 2 dodaje się § 3 w brzmieniu:

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

16) art. 818 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

17) w art. 819 uchyla się § 2;

18) art. 821 otrzymuje brzmienie:

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

19) w art. 822:

a) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 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.”,

b) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 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.”,

c) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Strony mogą postanowić, że umowa będzie obejmować szkody powstałe, ujawnione lub zgłoszone w okresie ubezpieczenia, będące następstwem zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jedynie w razie, gdy w chwili zawierania umowy ich skutki nie były znane żadnej ze stron, pomimo zachowania przez nie należytej staranności.”,

d) po § 4 dodaje się § 5 w brzmieniu:

„§ 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.”;

20) art. 823 otrzymuje brzmienie:

„Art. 823. § 1. Prawo do świadczenia ubezpieczyciela w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku może być przeniesione tylko na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie tego prawa wymaga

zgody ubezpieczyciela, chyba że umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej.

- § 2. W razie przeniesienia prawa, o którym 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 wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.”;

21) w art. 824¹:

a) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 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.”,

b) po § 2 dodaje się § 3 w brzmieniu:

„§ 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.”;

22) art. 826 otrzymuje brzmienie:

„Art. 826. § 1. Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać, że w razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest:

1) użyć określonych w umowie środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,

2) zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

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

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

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

23) art. 827 otrzymuje brzmienie:

„Art. 827. § 1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że 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. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osoby określone w umowie lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

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

24) w art. 828:

a) § 2 otrzymuje brzmienie:

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

b) po § 2 dodaje się § 3 w brzmieniu:

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

25) w art. 829:

a) dotychczasową treść oznacza się jako § 1,

b) po § 1 dodaje się § 2 w brzmieniu:

„§ 2. Do zawarcia na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia.”;

26) art. 830 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

27) w art. 831:

a) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 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.”,

b) po § 1 dodaje się § 1¹ w brzmieniu:

„§ 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.”,

c) § 2 otrzymuje brzmienie:

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

28) art. 833 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

29) art. 834 otrzymuje brzmienie:

„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.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 12 dodaje się art. 12¹ w brzmieniu:

„Art. 12¹. 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 każdej ze 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 ogólnych;
- 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 i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość;
- 11) adekwatne środki, jakie powinny być użyte w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia w razie wypadku.”;

2) po art. 13 dodaje się art. 13¹ w brzmieniu:

„Art. 13¹. 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.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.³⁾):

1) po art. 5 dodaje się art. 5¹ w brzmieniu:

„Art. 5¹. Jeżeli zakład ubezpieczeń, posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe, otrzymał ofertę zawarcia umowy takiego ubezpieczenia, brak odpowiedzi w terminie 14 dni od dnia otrzymania oferty poczytuje się za jej przyjęcie.”;

2) po art. 9 dodaje się art. 9¹ w brzmieniu:

„Art. 9¹. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w art. 9, będące następstwem zdarzenia, które miało miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej.”.

Art. 4. Do stosunków z umów zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 5. Ilekroć w przepisach odrębnych używa się określenia „zakład ubezpieczeń”, rozumie się przez to ubezpieczyciela.

Art. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

-
- 1) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1971 r. Nr 27, poz. 252, z 1976 r. Nr 19, poz. 122, z 1982 r. Nr 11, poz. 81, Nr 19, poz. 147 i Nr 30, poz. 210, z 1984 r. Nr 45, poz. 242, z 1985 r. Nr 22, poz. 99, z 1989 r. Nr 3, poz. 11, z 1990 r. Nr 34, poz. 198, Nr 55, poz. 321 i Nr 79, poz. 464, z 1991 r. Nr 107, poz. 464 i Nr 115, poz. 496, z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z 1994 r. Nr 27, poz. 96, Nr 85, poz. 388 i Nr 105, poz. 509, z 1995 r. Nr 83, poz. 417, z 1996 r. Nr 114, poz. 542, Nr 139, poz. 646 i Nr 149, poz. 703, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 115, poz. 741, Nr 117, poz. 751 i Nr 157, poz. 1040, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 758, z 1999 r. Nr 52, poz. 532, z 2000 r. Nr 22, poz. 271, Nr 74, poz. 855 i 857, Nr 88, poz. 983 i Nr 114, poz. 1191, z 2001 r. Nr 11, poz. 91, Nr 71, poz. 733, Nr 130, poz. 1450 i Nr 145, poz. 1638, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 i Nr 141, poz. 1176, z 2003 r. Nr 49, poz. 408, Nr 60, poz. 535, Nr 64, poz. 592 i Nr 124, poz. 1151, z 2004 r. Nr 91, poz. 870, Nr 96, poz. 959, Nr 126, poz. 1692, Nr 172, poz. 1804 i Nr 281, poz. 2783 oraz z 2005 r. Nr 48, poz. 42, Nr 157, poz. 1316 i Nr 172, poz. 1438.
 - 2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 48, poz. 447, Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539.
 - 3) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 26, poz. 225, Nr 96, poz. 959, Nr 141, poz. 1492, Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2778 oraz z 2005 r. Nr 167, poz. 1396.

UZASADNIENIE

Uwagi ogólne

Nowelizacja unormowania umowy ubezpieczenia stanowi konieczne uzupełnienie reformy prawa ubezpieczeń gospodarczych, jakiej dokonano przez wydanie w dniu 22 maja 2003 r. czterech ustaw: o działalności ubezpieczeniowej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, o pośrednictwie ubezpieczeniowym, które to ustawy weszły w życie w dniu 1 stycznia 2004 r.

W fazie wstępnej rozważono kwestię drogi realizacji zamierzenia nowelizacyjnego, biorąc pod uwagę dwie możliwości: nowelizacji Kodeksu cywilnego albo wydania odrębnej ustawy o umowie ubezpieczenia. Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego opowiedziała się za znowelizowaniem kodeksowych przepisów o umowie ubezpieczenia, a to ze względu na rolę kodeksu, który powinien zawierać, jak to było od początku, ramową regulację umowy ubezpieczenia, jako umowy o ogromnej doniosłości społecznej i gospodarczej. Realizacja tego zamierzenia nie stoi oczywiście na przeszkodzie wydawaniu, w miarę pojawiających się potrzeb, odrębnych ustaw – jak to się stało przy regulowaniu np. ubezpieczeń obowiązkowych.

Równocześnie projektowana nowelizacja jest dopełnieniem zmian, jakie zostały dokonane w kodeksowej regulacji stosowania wzorców umów, bowiem ogólne warunki umów ubezpieczenia, jakimi posługują się wszystkie zakłady ubezpieczeń, są wzorcami z art. 384 K.c. w brzmieniu, jakie obowiązuje od dnia 1 lipca 2000 r.

W projektowanej nowelizacji uwzględniono następujące założenia: po pierwsze, zachowanie zgodności z dorobkiem UE (*acquis communautaire*), w którym dominuje idea ochrony interesów ubezpieczającego (ubezpieczonego). Na osobne podkreślenie zasługuje przy tym ta szczególna okoliczność, że niektóre układy podmiotowe stosunków ubezpieczenia (ubezpieczenie na cudzy rachunek, ubezpieczenie na korzyść trzeciego, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej) angażują interes nie tylko ubezpieczającego, jako strony umowy, ale przede wszystkim osoby trzeciej. Z tej przyczyny szczególna ochrona objąć powinna w takich układach nie tylko ubezpieczającego, jako typowo „słabszą” stronę umowy, ale i ubezpieczonego,

uposażonego i poszkodowanego, ich to bowiem interes jest w istocie przedmiotem ubezpieczenia bądź też ma zostać zaspokojony przez ubezpieczyciela.

Po drugie, należało uwzględnić szeroko już stosowane w prawie polskim (a przejęte z dorobku wspólnotowego) przejawy troski o przejrzystość umownego stosunku ubezpieczenia, sprzyjającą realizacji podstawowego prawa konsumenta do informacji i odpowiadające temu obowiązki ubezpieczyciela (zakładu ubezpieczeń).

Uwagi do poszczególnych propozycji zmian

Art. 1. 1) Proponowana zmiana art. 384 § 1 polega na jasnym wysłowieniu zasady, że wzorzec umowy powinien być doręczany drugiej stronie przed jej zawarciem, bowiem jedynie to gwarantuje możliwość zapoznania się z treścią przyszłej umowy. Obecne określenie „przy zawarciu umowy” jest interpretowane niekiedy tak, że wzorzec umowy jest udostępniany drugiej stronie dopiero w chwili jej podpisywania albo po podpisaniu.

Art. 812 § 1 K.c., w którym użyto właśnie zwrotu „przed zawarciem umowy”, proponuje się uchylić (art. 1 pkt 10 lit. a projektu), jako zbędny.

Art. 384 § 5 wprowadzony do kodeksu cyt. ustawą o działalności ubezpieczeniowej jest zgodnie krytykowany, ponieważ wprowadza nie dość usprawiedliwiony wyłom w systemie ochrony prawnej w stosunkach umownych. Wyłom ten polega na tym, że status prawny konsumenta (zob. art. 22¹ K.c.) został przypisany każdemu ubezpieczającemu (nawet wtedy, gdy nie jest on zarazem ubezpieczonym), a zatem także osobom prawnym oraz profesjonalistom korzystającym z ubezpieczenia ryzyk w swojej działalności gospodarczej. Dodać trzeba, że jednym ze skutków takiego przypisania jest rozciągnięcie na wszystkie umowy ubezpieczenia możliwości podważania stosowania klauzul arbitrażowych, a to jest sprzeczne nie tylko z rozpowszechnioną dobrą praktyką (np. w odniesieniu do ubezpieczeń morskich), ale także narusza przyjęte przez Polskę zobowiązania międzynarodowe.

2) Zmiana ma wyeliminować z unormowania umowy ubezpieczenia określanie jej strony nazwą „zakład ubezpieczeń”. Uzasadnieniem zmiany jest okoliczność, że w Kodeksie cywilnym nazwa „zakład” jest używana w znaczeniu

przedmiotowym (por. art. 49, gdzie jest mowa o urządzeniach wchodzących w skład przedsiębiorstwa lub zakładu i art. 846 – o odpowiedzialności prowadzących hotele i inne podobne zakłady). Wyjątkowe (wyłącznie w umowie ubezpieczenia) nadanie słowu „zakład” znaczenia podmiotowego („zakład ubezpieczeń”) nie znajduje dostatecznego uzasadnienia i nie jest zgodne z ogólną kodeksową regułą nazewniczą, według której strony umów nazwanych są oznaczane określeniami pochodzącymi od nazwy odnośnej umowy (np. przy sprzedaży – sprzedający, przy najmie – wynajmujący, przy zleceniu – dający zlecenie, przy przewozie – przewoźnik itp.). Dodać trzeba, że w Kodeksie morskim (art. 292) zastosowano określenie „ubezpieczyciel” – co jest zgodne z powyższą regułą.

- 3) Zmiana art. 805 § 1 polega na dodaniu do kodeksowego określenia umowy ubezpieczenia zwrotu „w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa” – co charakteryzuje ujęcia słowne kodeksowych umów zawieranych wyłącznie przez profesjonalistów (por. art. 709¹ umowa leasingu, art. 758 umowa agencyjna, art. 765 umowa komisju, art. 774 umowa przewozu, art. 794 umowa spedycji). Zmiana ma zatem walor systematyzujący i jest spójna z przepisami o działalności ubezpieczeniowej w przedmiocie warunków wykonywania tej działalności (zezwozenie przy równoczesnym zakazie wykonywania działalności innego rodzaju).
- 4) Wobec powstających na tle obecnego art. 806 § 1 wątpliwości co do dopuszczalności umowy ubezpieczenia obejmującej wypadek, który już zaszedł, w sytuacji kiedy nadal istnieje możliwość zajścia kolejnego takiego wypadku (np. komunikacyjnego), należy rygor nieważności umowy wyraźnie związać tylko z niemożliwością zajścia przewidzianego w umowie wypadku istniejącą w chwili zawarcia umowy – to bowiem byłoby sprzeczne z naturą tego rodzaju umowy i jej ekonomiczną funkcją.

Zmiana w § 2 tego artykułu ma wyeliminować, jako nieusprawiedliwiony, a sprzeczny z naturą umowy ubezpieczenia, wyjątkowy reżim (zd. drugie) dla umów ubezpieczenia zbiorowego (ubezpieczenie jedną umow  większej liczby dóbr osobistych lub interesów majątkowych), który obecnie

dopuszcza „wsteczne działanie” umowy, w sytuacji gdy strona wiedziała lub powinna była wiedzieć o fakcie zajścia wypadku.

- 5) Uchylenie art. 807 § 2 jest uzasadnione koniecznością usunięcia z prawa polskiego normy dopuszczającej całkowitą dowolność w ustalaniu treści warunków ubezpieczeń dla stosunków „dotyczących obrotu z zagranicą”, czyli zarówno takich, w których ubezpieczającym jest podmiot zagraniczny, jak i takich, w których występuje „element obcy” w postaci znajdującego się za granicą przedmiotu ubezpieczenia (np. dobra osobiste uczestnika wycieczki zagranicznej, rzeczy znajdujące się poza granicami).

Po uchyleniu § 2 do umowy ubezpieczenia stosować się będzie ogólna reguła prawa międzynarodowego prywatnego (art. 25), zgodnie z którą strony każdego rodzaju umowy (poza umowami, w których zobowiązanie dotyczy nieruchomości) mogą poddać swój stosunek wybranemu przez siebie prawu, jeżeli pozostaje ono w związku z zobowiązaniem.

- 6) Zmiana art. 808 ma na celu stworzenie wyraźnej i niebudzącej wątpliwości interpretacyjnych (powstających na gruncie dotychczasowego brzmienia tego przepisu) regulacji umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Chodzi tu o taki „układ osobowy”, w którym ubezpieczający, działając we własnym imieniu, ubezpiecza cudzy interes (majątkowy lub niemajątkowy) (np. ubezpieczenie przez przewoźnika znajdujących się w transporcie towarów albo ubezpieczenie przez przedsiębiorcę zatrudnianych pracowników): rola ubezpieczającego i rola ubezpieczonego przypadają zatem dwu różnym osobom, przy czym identyfikacja ubezpieczonego, jeżeli nawet nie został on imiennie wskazany w umowie, jest zawsze możliwa, jest on bowiem osobą, której służy objęty ubezpieczeniem interes (przedmiot ubezpieczenia – por. art. 821 w brzmieniu niniejszego projektu; w praktyce konieczność oznaczenia imiennego dotyczy przede wszystkim ubezpieczenia na życie).

Sytuacja prawna (prawa i obowiązki) ubezpieczającego i ubezpieczonego jest ukształtowana odmiennie: na ubezpieczającym ciąży obowiązek zapłaty składki – od czego wolny jest ubezpieczony, który ma natomiast ustawowe uprawnienie żądania świadczenia ubezpieczeniowego wprost od ubezpieczyciela, chyba że w umowie uzgodniono inaczej (przepis dyspozytywny –

zob. § 3 projektowanego art. 808); jednakże uzgodnienia takiego nie można dokonać, jeżeli wypadek już zaszedł. W stosunku ubezpieczenia na cudzy rachunek ubezpieczyciel może podnosić mające wpływ na odpowiedzialność ubezpieczeniową zarzuty przeciwko nie tylko kontrahentowi – ubezpieczającemu, ale i przeciwko ubezpieczonemu (§ 2 projektowanego art. 808). Konsekwencją tego jest, że ten ostatni, choć nie jest stroną umowy ubezpieczenia, musi liczyć się z koniecznością wykonywania wynikających z niej tzw. powinności, między innymi w kwestii udzielenia określonych informacji (zob. art. 815, 818, 826 i 827 w brzmieniu nin. projektu), bo warunkują one uzyskanie świadczenia.

W interesie ubezpieczającego leżeć będzie powiadomienie ubezpieczonego o zawarciu umowy, ze szczególnym uwzględnieniem „powinności” warunkujących uzyskanie odszkodowania. Niedokonanie takiego powiadomienia narazi ubezpieczającego na konsekwencje (sankcje) niewykonania wobec ubezpieczonego swoich obowiązków płynących bądź z łączącej ich umowy (tak np. w razie ubezpieczenia towarów w transporcie przez spedytora), bądź z przepisów publicznoprawnych (tak np. w razie ubezpieczenia przez uczelnię studentów). W zasadzie stanowi to wystarczającą motywację przekazywania przez ubezpieczającego odpowiednich informacji ubezpieczonemu. Ponadto, nic nie stoi też na przeszkodzie nakładaniu na ubezpieczającego takiego obowiązku informacyjnego w treści umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia.

W § 3, który ma jednak charakter dyspozytywny, wypowiedziano zasadę, że ubezpieczony ma uprawnienie dochodzenia świadczenia ubezpieczeniowego bezpośrednio od ubezpieczyciela. Możliwość pozbawienia go tego uprawnienia mocą umowy ubezpieczenia istnieje, ale tylko do momentu zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Takie „ograniczenie w czasie” możliwości korzystania ze swobody zmiany w tej kwestii umowy było od dawna postulowane w literaturze prawniczej, jako petryfikujące sytuację prawną ubezpieczonego z chwilą, kiedy doznał już szkody (ochrona poszkodowanego).

- 7) Zmiana art. 809 § 1 jest celowa ze względu na konieczność wyraźnego wskazania, że dokument ubezpieczenia nie jest umową, a tylko potwierdzeniem jej zawarcia, z czego wnioskować można, że umowa może zostać zawarta mimo niewystawienia takiego dokumentu. Zmiana objęła także usunięcie z przepisu nieużywanych już nazw tego dokumentu.

Zmiany w § 2 mają znaczenie uściślające (zwrot „w razie wątpliwości” jednoznacznie nadaje przepisowi charakter reguły interpretacyjnej; wyjątek ograniczono tylko do art. 811, bowiem projektuje się równocześnie uchylene art. 810).

- 8) Obecne unormowanie art. 810 powoduje ten skutek, że milczenie ubezpieczyciela może prowadzić do zawarcia umowy o treści nieaprobowanej przez żadną ze stron, skoro treść ta może odbiegać od oferty ubezpieczającego, a stanowisko ubezpieczyciela pozostaje nieznanne.

Uchylenie tego przepisu jest uzasadnione uznaniem, że obciążenie ubezpieczyciela konsekwencją „automatycznego” zawarcia umowy na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, jako swoistą sankcją za brak odpowiedzi na ofertę ubezpieczającego, znajduje usprawiedliwienie tylko w odniesieniu do ubezpieczenia obowiązkowego, wobec czego projektuje się równocześnie unormowanie go w cyt. ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych (art. 2 niniejszego projektu).

- 9) W obecnym stanie prawa brak spójności między art. 811 § 1 a art. 812 § 2 (podwójna regulacja skutków rozbieżności między treścią umowy, wyrażoną w dokumencie ubezpieczenia, a ogólnymi warunkami ubezpieczenia). W związku z tym w ramach zmiany projektuje się hipotezę, aby art. 811 § 1 ograniczyć tylko do rozbieżności między treścią dokumentu a ofertą ubezpieczającego. Obowiązek „zwrócenia uwagi” wraz z określeniem terminu na zgłoszenie sprzeciwu ułatwia w istocie zawarcie pożądanej umowy (w jego braku, zgodnie z art. 68, nie dochodziłoby do jej zawarcia). Sankcją niewykonania tego obowiązku stanowi bezskuteczność zmian niekorzystnych dla ubezpieczającego przy zachowaniu ważności umowy o treści zgodnej z ofertą – co jest oczywiście dogodne dla ubezpieczającego.

Zmiany w § 2 mają charakter korygujący pewne niezręczności sformułowań obecnego tekstu.

- 10) Uzasadnieniem uchylecia § 1 w art. 812 jest jego zbędność, powtarza on bowiem normę wyrażoną w art. 384 K.c. (zob. też uzasadnienie projektowanej zmiany art. 384 § 1 pkt 1 niniejszego uzasadnienia) dla wszelkich wzorców umów, do których zalicza się także ogólne warunki ubezpieczenia.

Uchylene § 2, 3 i 7 tego artykułu jest spowodowane ich błędną lokalizacją, normują one bowiem obligatoryjną tematykę ogólnych warunków ubezpieczenia, a nie konkretnej umowy ubezpieczenia, jaka jest przedmiotem regulacji Kodeksu cywilnego. Właściwym miejscem tego unormowania jest ustawa o działalności ubezpieczeniowej (tematyka obligatoryjnej informacji dla klienta – konsumenta – zob. art. 2 niniejszego projektu).

Zmiana brzmienia § 8 tego artykułu koryguje niejednoznaczne ujęcie, obecne bowiem brzmienie tego przepisu dopuszcza wykładnię, zgodnie z którą niedopełnienie przez ubezpieczyciela wymogu pisemności informacji o różnicach między tekstem ogólnych warunków ubezpieczenia a postanowieniem (postanowieniami) konkretnej umowy powoduje nieważność umowy, tak więc sankcja za niewłaściwe działanie ubezpieczyciela kieruje się przeciwko drugiej stronie. Sankcję tę należało zatem zastąpić inną, polegającą na tym, że niewykonujący obowiązku informacyjnego ubezpieczyciel traci możliwość powoływania się na niekorzystne dla ubezpieczającego postanowienia umowy.

W ostatnim zdaniu omawianego paragrafu wyraz „rokowania” zastąpiono – zgodnie z terminologią art. 72 – wyrazem „negocjacje”.

- 11) Nowelizacja brzmienia art. 813 § 1 ma na celu wyraźne podkreślenie, że w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Mimo obowiązywania art. 813 § 1 K.c. w dotychczasowym brzmieniu ubezpieczyciele bardzo często

zastrzegają w ogólnych warunkach ubezpieczenia, że nie dokonują zwrotu składki za czas, w którym nie świadczyli ochrony ubezpieczeniowej. Wprowadzanie przepisu usunie powstające obecnie na tym tle wątpliwości.

- 12) W § 1 art. 814 zmiana polega przede wszystkim na usunięciu zdania drugiego, co pozostaje w związku z projektowanym uchyleniem art. 810 (ograniczenie „automatycznego” zawarcia umowy tylko do ubezpieczenia obowiązkowego i zmiana lokalizacji przepisu). W tym samym paragrafie uwzględniono przypadek uzgodnienia ratalnej zapłaty składek (zob. też § 3 tego artykułu).

W § 2 tego artykułu odstąpienie od umowy zastąpiono przez jej wypowiedzenie, chodzi bowiem o to, żeby skutki prawnego unicestwienia więzi umownej między stronami nie sięgały wstecz (*ex tunc*), ale powstawały w chwili wypowiedzenia. Usunięto też fragment przepisu dotyczący obowiązku zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu (obecnie: wypowiedzeniu), jako zbędny, wypowiedzenia bowiem dokonuje się przez stosowne oświadczenie składane kontrahentowi.

W dodanym do tego artykułu § 3 uwzględniono potrzebę zabezpieczenia interesów ubezpieczających (a zatem i ubezpieczonych), z którymi uzgodniono płacenie składki w ratach. W dotychczasowych przepisach brak takiej regulacji – co jest często wykorzystywane przez ubezpieczyciela z pokrzywdzeniem drugiej strony (wprowadza on mianowicie do ogólnych warunków postanowienie o automatycznym ustaniu odpowiedzialności w razie niezapłacenia kolejnej raty składki i to nawet bez obowiązku składania przez ubezpieczyciela jakiegokolwiek oświadczenia wobec ubezpieczającego).

- 13) W § 1 i § 2¹ art. 815 wprowadzono zmianę polegającą na poszerzeniu grona osób, na których ciąży obowiązek udzielenia pełnej, potrzebnej do oceny ryzyka, informacji o okolicznościach i ich zmianach, o jakie pyta ubezpieczyciel: poza ubezpieczającym obowiązek taki ma jego przedstawiciel oraz ubezpieczony przy umowie zawartej na cudzy rachunek.

W § 3 tego artykułu zmiany dotyczą zwolnienia ubezpieczyciela od odpowiedzialności ubezpieczeniowej za skutki okoliczności, które

z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Dotyczy to również sytuacji, w której okoliczność niepodania pewnych informacji ubezpieczycielowi przyczyniła się jedynie do zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie zaś do zajścia wypadku ubezpieczeniowego jako takiego.

- 14) Art. 816 w obecnym brzmieniu uprzywilejowuje nadmiernie ubezpieczyciela, przyznając mu uprawnienie podwyższenia wymiaru składki (w razie zwiększenia prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego) oraz uprawnienie odpowiedniego zmniejszenia, w takiej sytuacji, należnego odszkodowania, a nawet (w razie zwiększenia bardzo znacznego) prawo odstąpienia od umowy i całkowitej odmowy spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego albo też zmniejszenia tego świadczenia. Takie unormowania nie odpowiadają naturze umowy ubezpieczenia, jako umowy o przejęcie ryzyka. Zasadne jest wprowadzenie dostosowywanie wysokości składki do realnego prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego, czyli stopnia ryzyka, ale konieczne jest zarazem zachowanie symetrii uprawnień stron, w sytuacji gdy po zawarciu umowy prawdopodobieństwo zajścia wypadku ulega zmianie. Trzeba także pozostawić każdej ze stron możliwość „wycofania się” z umowy w razie nieakceptowania zmiany wysokości składki.

Zgodnie z powyższymi założeniami zmiana powyższego artykułu obejmuje uwzględnienie ewentualności istotnej zmiany prawdopodobieństwa wypadku polegającej zarówno na jego zwiększeniu, jak i zmniejszeniu, co uzasadnia uprawnienie każdej ze stron do żądania odpowiedniej zmiany (przez zwiększenie lub zmniejszenie) wysokości składki, począwszy od momentu zajścia okoliczności skutkującej zmianą stopnia ryzyka, ale nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia – jednakże przy zastrzeżeniu, że w przypadku zgłoszenia takiego żądania druga strona może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym (instytucja wypowiedzenia stanowi właściwy sposób zakończenia stosunku obligacyjnego o charakterze ciągłym).

Jest to unormowanie korzystne w szczególności dla ubezpieczającego, w razie gdy zwiększenie składki miałyby nastąpić „z mocą wsteczną”, np. od początku bieżącego okresu ubezpieczenia, zarazem jednak nie stanowi żadnego realnego obciążenia dla ubezpieczyciela, skoro nie doszło do urzeczywistnienia objętego ubezpieczeniem ryzyka.

- 15) W art. 817 § 1 traci, skutkiem zmiany, charakter przepisu dyspozytywnego, który obecnie umożliwia ubezpieczycielowi nadmierne wydłużanie umownego terminu spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego.

Równocześnie cała regulacja (§ 1 i § 2) terminu spełnienia świadczenia staje się, skutkiem dodania § 3, regulacją semiimperatywną na korzyść ubezpieczającego (a zatem także ubezpieczonego i uposażonego), który może mocą umowy uzyskać warunki bardziej korzystne niż wynikające z kodeksu.

- 16) Art. 818 w projektowanym brzmieniu zawiera wyczerpujące unormowanie obowiązku powiadomienia ubezpieczyciela o zaistniałym wypadku, czego brak w obecnej regulacji. Na unormowanie to składają się następujące elementy:

- długość terminu na zawiadomienie może określać umowa (ogólne warunki ubezpieczenia – § 1),
- obowiązkiem terminowego zawiadomienia przy umowie na cudzy rachunek można obciążyć zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, chyba że ten drugi nie wie o zawarciu tej umowy (§ 2),
- wina umyślna lub rażące niedbalstwo obowiązwanego powodujące niewykonanie obowiązku terminowego zawiadomienia są sankcjonowane w ten sposób, że ubezpieczyciel może odpowiednio pomniejszyć swoje świadczenie, w przypadku gdy niezawiadomienie go przez ubezpieczającego o wypadku przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności powstania wypadku ubezpieczeniowego i jego skutków,
- powyższe skutki nie następują, jeżeli ubezpieczyciel w terminie umownym skądinąd dowiedział się o okolicznościach objętych

obowiązkiem zawiadomienia, jego interes bowiem sprowadza się do pozyskania wiedzy (§ 4), nie jest natomiast istotne, czy odnośna wiadomość została „urzędowo stwierdzona”, jak tego wymaga obecne unormowanie.

17) Zgodnie z obecnym art. 819 § 2 bieg terminu przedawnienia roszczenia ubezpieczającego (ubezpieczonego, uposażonego) w stosunku do ubezpieczyciela rozpoczyna się w chwili, w której samo to roszczenie niekiedy nie jest jeszcze wymagalne, co nie jest spójne z art. 120 § 1, a także – w której osoba uprawniona mogła jeszcze nie wiedzieć o zajściu wypadku objętego ubezpieczeniem, co narusza jej uzasadniony interes. Usunięcie tego przepisu skutkuje poddanie roszczenia z umowy ubezpieczenia regule ogólnej (art. 120 § 1).

18) Obecne ujęcie przedmiotu ubezpieczenia w art. 821 jest pozostałością poglądów z lat 50-tych ub. wieku, zgodnie z którymi ubezpieczenie miało chronić obiektywnie istniejące twory (tzw. teoria majątku).

Współcześnie uważa się zgodnie z teorią interesu, że ubezpieczenie chroni interes (majątkowy) ubezpieczonego; pogląd taki jest powszechnie akceptowany w nauce o ubezpieczeniach i wywiera praktyczne skutki zwłaszcza w zakresie rodzajów ryzyk obejmowanych ubezpieczeniem, co odpowiada potrzebom gospodarki rynkowej. Interes ten jest definiowany jako wartość (dająca się wycenić w pieniądzu), która może zostać utracona przez ubezpieczającego (ubezpieczonego) w razie utraty lub uszkodzenia danego dobra lub wartości materialnej. Dla zachowania spójności systemu prawnego należało także dodać, że interes taki nie może być sprzeczny z prawem.

19) W art. 822 regulującym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej projekt dotyczy zmian trzech pierwszych paragrafów oraz dodania dwu nowych.

Zmiana w § 1 tego przepisu ma charakter werbalny i jest konsekwencją projektowanej zmiany art. 808 § 1 („umowa na cudzy rachunek”).

Zmiana § 2 tego przepisu polega na wyraźnym nadaniu mu charakteru dyspozytywnego, strony zatem – zgodnie z generalną zasadą swobody umów – mogą uzgodnić m.in. objęcie umową następstw także takich zdarzeń, które nastąpiły przed jej zawarciem (zob. § 3 tego przepisu), natomiast w braku takiego uzgodnienia odpowiedzialność ubezpieczyciela może objąć jedynie te szkody, jakie były następstwem zdarzenia zaistniałego w okresie ubezpieczenia.

Zmiany § 3 tego przepisu nie mają charakteru merytorycznego, ale językowo uściślający (m.in. usunięto niewłaściwy zwrot „pod warunkiem”, a to ze względu na art. 89).

Dodanie § 5 jest uzasadnione potrzebą polepszenia ochrony osoby poszkodowanej, co jest właściwym celem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Przeciwno takiej osobie ubezpieczyciel nie będzie mógł podnieść zarzutu, że ubezpieczający (lub ubezpieczony) naruszył obowiązki z umowy ubezpieczenia, jeżeli naruszenie takie nastąpiło już po zajściu wypadku.

- 20) Dotychczasowa regulacja przechodzenia praw (i obowiązków) z umowy ubezpieczenia jest podporządkowana przyjętej w minionym okresie teorii majątku (zob. uwagi do art. 821 w pkt 18 uzasadnienia). Jest zróżnicowana według podziału rzeczy objętych ubezpieczeniem (nieruchomości i ruchomości) i operuje pojęciem przejścia prawa własności.

Zmiany w art. 823 znajdują oparcie w teorii interesu ubezpieczeniowego, przyjętej w projektowanym art. 821. Z tej przyczyny przejście praw i obowiązków wiąże się tylko z nabyciem przez inną osobę przedmiotu ubezpieczenia (§ 1), jakim zawsze jest interes ubezpieczeniowy. Przeniesienie praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia wymaga zgody ubezpieczyciela, jednakże strony umowy ubezpieczenia mogą uzgodnić inaczej lub też inaczej może to zostać uregulowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Konieczne stało się jednocześnie nierównoległe uregulowanie przejścia prawa do świadczenia ubezpieczyciela z jednej i obowiązków ubezpieczającego z drugiej strony. Przesłanką tego rodzaju przejścia obowiązków jest w zasadzie przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia – chyba że zbywca i nabywca, za zgodą ubezpieczyciela,

umówili się inaczej. W § 2 tego artykułu uregulowano, pozbawioną dotychczas unormowania, kwestię przenoszenia wynikających z ubezpieczenia wierzytelności pieniężnych. Przeniesienie ich nie podlega ograniczeniom co do osoby nabywcy ani nie zależy od zgody ubezpieczyciela, wierzytelności takie są więc traktowane jak zwykłe wierzytelności pieniężne – co ułatwia obrót. Co do obowiązku zapłaty składki za okres przed przejściem przedmiotu ubezpieczenia wprowadza się solidarną odpowiedzialność zbywcy i nabywcy – a to dla zachowania przejrzystej sytuacji prawnej i dla pełniejszej ochrony interesów stron: ubezpieczyciela, jako wierzyciela korzystającego z solidarności dłużników, a także dla zbywcy (a pośrednio i nabywcy, którego mogłaby ze strony ubezpieczyciela dotknąć odmowa zgody na przeniesienie prawa czy też na umowną modyfikację przejścia obowiązków).

Konsekwencją unormowania z § 1 jest treść § 3. Jeżeli mianowicie na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia (interesu) nie zostały przeniesione prawa i obowiązki z umowy ubezpieczenia, to stosunek ubezpieczenia musi wygasnąć z powodu braku przedmiotu ubezpieczenia („odpadnięcia” interesu ubezpieczeniowego).

W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych dodano § 4, wskazujący, że do przeniesienia już istniejących wierzytelności z umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy o przelewie.

- 21) Art. 824¹ § 2 w obecnym brzmieniu zawiera unormowanie bardzo niekorzystne dla ubezpieczonego w sytuacji tzw. podwójnego (wielokrotnego) ubezpieczenia na sumy, które łącznie przewyższają ubezpieczeniową wartość przedmiotu, bowiem odpowiedzialność każdego ubezpieczyciela ulega stosunkowej redukcji. W rezultacie – jeżeli jeden z ubezpieczycieli okaże się niewypłacalny albo odmówi wypłaty odszkodowania – ubezpieczający (ubezpieczony) nie uzyska pełnej ochrony, mimo że wywiązał się w całości z obowiązku płacenia składek z obu (lub większej liczby) umów.

Zmiana tego przepisu prowadzi do polepszenia sytuacji ubezpieczającego (ubezpieczonego): przy pełnym respektowaniu zasady, że odszkodowanie

nie może być wyższe od poniesionej szkody (art. 824¹ § 1), uprawniony może żądać jego zapłaty (w całości albo w częściach) od jednego lub obu (względnie od większej liczby) ubezpieczycieli, natomiast zasada stosunkowego podziału odpowiedzialności między ubezpieczycielami dotyczy tylko ich wzajemnych rozliczeń. Ewentualna niewypłacalność któregoś z ubezpieczycieli redukowałaby jedynie stopień faktycznego zmniejszenia ryzyka, jakie w sytuacji podwójnego ubezpieczenia przypada na każdego z ubezpieczycieli.

W § 3 uregulowana jest sytuacja (dopuszczalna w świetle art. 824¹ § 1), w której zawarto dwie lub więcej umów ubezpieczenia majątkowego od tego samego ryzyka na sumy łącznie przewyższające wartość ubezpieczeniową, zaś co najmniej jedna z zawartych umów ubezpieczenia przewiduje wypłatę przez ubezpieczyciela odszkodowania przenoszącego wysokość szkody. W takiej sytuacji jest oczywiste, że ubezpieczający może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody jedynie od tego ubezpieczyciela, który świadczy rozszerzoną ochronę ubezpieczeniową. Zarazem jednak, żeby zapobiec przerzucaniu kosztów wypłaty takiego rozszerzonego świadczenia ubezpieczeniowego na pozostałych ubezpieczycieli, przyjęć należy – dla celów ich wewnętrznych rozliczeń – że suma ubezpieczenia i wartość ubezpieczeniowa w ubezpieczeniu, o którym mowa, są sobie równe.

- 22) W obowiązującym art. 826 na ubezpieczającego (ubezpieczonego) nakłada się nadmierne obowiązki w zakresie traktowania ubezpieczonego mienia po zajściu wypadku powodującego szkodę – wymaga się mianowicie od ubezpieczającego, żeby użył „wszelkich dostępnych mu środków” w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą oraz zmniejszenia rozmiarów szkody już zaistniałej. Niewykonanie tego obowiązku w następstwie rażącego niedbalstwa jest sankcjonowane utratą prawa do odszkodowania.

Projektowane zmiany unormowania obejmują:

- rezygnację z ogólnikowego określenia „użycie wszelkich dostępnych środków” i przyjęcie, że wymagane środki powinny być skon-

kretyzowane („określone”) w umowie ubezpieczenia lub ogólnych warunkach ubezpieczenia (§ 1 pkt 1 projektowanego art. 826),

- rozbudowanie celów, dla osiągnięcia których mogą być wskazane konkretne środki: ratowanie przedmiotu ubezpieczenia, zapobieżenie szkodzie, zmniejszenie rozmiarów szkody już zaistniałej (§ 1 pkt 1 projektowanego art. 826),
- obwarowanie sankcją niewykonania powyższych obowiązków zarówno skutkiem rażącego niedbalstwa, jak i umyślności, przy równoczesnym ograniczeniu sankcji polegającym na tym, że ubezpieczyciel staje się wolny od odpowiedzialności jedynie w takim zakresie, w jakim szkody były następstwem zawinionego niezastosowania wskazanych środków (pomija się przy tym przewidzianą w obecnym unormowaniu możliwość wypłaty w tych warunkach całości lub części odszkodowania jedynie ze względu na zasady współzycia społecznego i interesy gospodarki narodowej – jako nieodpowiadającą wymogom gospodarki rynkowej) (§ 2 projektowanego art. 826),
- obciążenie ubezpieczyciela obowiązkiem zwrotu kosztów (jednak tylko w granicach sumy ubezpieczenia) zastosowania nakazanych środków, jeżeli były celowe, choćby okazały się bezskuteczne; przenosi to na ubezpieczyciela ryzyko trafności doboru właściwych środków, jakie wskazuje, i ryzyko ich skuteczności. Przepisowi temu nadaje się charakter semidyspozytywny, strony mogą wprowadzić w tej kwestii do umowy (lub ogólnych warunków ubezpieczenia) postanowienia bardziej korzystne dla ubezpieczającego (§ 3 projektowanego art. 826),
- stworzenie możliwości realizacji roszczeń regresowych przez zobowiązanie ubezpieczającego do zabezpieczenia możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób za tę szkodę odpowiedzialnych (§ 1 pkt 2 projektowanego art. 826),
- ze względu na umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy wszystkich powyższych paragrafów mają zastosowanie także do ubezpieczonego (§ 4 projektowanego art. 826).

23) Art. 827 reguluje kwestię granic ubezpieczalności ryzyka.

Pojęcie ryzyka wiąże się najściślej z losowością zdarzenia (wypadku ubezpieczeniowego), którego skutkiem jest powstanie szkody, odpowiedzialność ubezpieczeniowa nie może zatem obejmować ani winy umyślnej, ani – w zasadzie – rażącego niedbalstwa ubezpieczającego, jeżeli były one przyczyną zaistnienia szkody. (Odmienne reguły – i tu nie projektuje się zmiany – rządzą tylko ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, a to dlatego, że jego celem i racją istnienia jest ochrona osoby poszkodowanej; stąd też z reguły uzgadnia się, że za winę umyślną w końcowym rachunku odpowiada wprowadzie ubezpieczony-sprawca (zob. art. 822 § 6 projektu), ale realizuje się to dopiero w trybie regresu ubezpieczyciela). Regulacja granic odpowiedzialności musi uwzględniać nie tylko wymienione powyżej postaci winy, ale i rozstrzygać, czyja wina (tj. wina jakich osób-sprawców) jest prawnie doniosła dla odpowiedzialności.

Projektowane zmiany dotyczą przede wszystkim grona osób, których zawinione zachowanie się jest relewantne dla odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Grono to ulega skonkretyzowaniu i zawężeniu, a mianowicie zwolnienie od odpowiedzialności ubezpieczeniowej następuje w razie, gdy szkoda wynikła z winy umyślnej ubezpieczającego (ubezpieczonego – przy ubezpieczeniu na cudzy rachunek: zob. § 5 projektowanego art. 827), jego domowników (chyba że w umowie uzgodniono inaczej) oraz osób określonych w umowie lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia – co jest rozwiązaniem elastycznym, umożliwiającym uwzględnienie specyfiki danego rodzaju ubezpieczenia, a nawet uwarunkowań faktycznych konkretnej sytuacji obejmowanej umową (ta ostatnia grupa zastępuje ogólnikowe, szerokie i będące przyczyną stałych kontrowersji określenie – osoby „za które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność”) (§ 1, 3 i 4 projektowanego art. 827). Co do drugiej postaci winy, tj. rażącego niedbalstwa po stronie ubezpieczającego (ubezpieczonego), to w zasadzie również wyłącza ono odpowiedzialność ubezpieczeniową, jednakże przewiduje się, że skutek ten nie następuje w razie uznania, że w danych okolicznościach wymagają tego względy słuszności (kategoria „słuszności” zastępuje tu dotychczasowe „zasady współżycia społecznego albo interesy gospodarki narodowej”) (§ 1 projektowanego art. 827).

- 24) Art. 828 reguluje regres ubezpieczeniowy, czyli przejście z mocy prawa roszczeń ubezpieczającego (ubezpieczonego – § 3 projektowanego art. 828) na ubezpieczyciela, który spełnił świadczenie ubezpieczeniowe.

Projektowane zmiany stanowią jedynie konsekwencje zmian w art. 827, a mianowicie:

- z grona regresowo odpowiedzialnych wyłącza się jedynie domowników ubezpieczającego, jednak z wyjątkiem tych sytuacji, w których sprawca wyrządził szkodę umyślnie (granica ubezpieczalności). Wyłączenie domowników jest celowe ze względu na to, że wobec „wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego” odpowiedzialność regresowa tych osób uderzałaby gospodarczo także w ubezpieczającego (ubezpieczonego),
 - wobec projektowanego brzmienia art. 827 § 3 także projektowane unormowanie art. 828 § 2 i § 3 nie obejmuje już osób, „za które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność”.
- 25) Do dotychczasowego art. 829, normującego zakres przedmiotowy ubezpieczeń osobowych, projektuje się dodać § 2, w którym zostaje wyrażona powszechnie akceptowana zasada, zgodnie z którą ubezpieczenie na życie umową na cudzy rachunek wymaga wcześniej wyrażonej zgody ubezpieczonego. Chodzi tu o pozbawienie tego ubezpieczenia jakichkolwiek elementów zakładu o życie innej osoby, czy też spekulacji, której przedmiotem mogłoby się stać cudze życie.
- 26) Projektowana zmiana art. 830 § 1 stanowi w istocie doprecyzowanie i uzupełnienie (w razie braku określenia terminu wypowiedzenia) unormowania trybu zakończenia stosunku ubezpieczenia osobowego. Celem zmiany jest poprawienie sytuacji typowo słabszej strony umowy.
- 27) Projektowana zmiana art. 831 § 1 i dodanie § 1¹ pozostają w ścisłym związku z unormowaniem umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek (art. 808 projektu), przy której ubezpieczający i ubezpieczony są dwoma różnymi osobami.

Struktura umowy wymaga, żeby uprawnienie kształtowania jej treści przysługiwało stronie umowy, a ta rola przypada ubezpieczającemu, on zatem może wskazać (i zmieniać to wskazanie) osobę uposażonego w razie śmierci ubezpieczonego, czyli – w „zwykłym” układzie osób – swojej śmierci (§ 1 projektowanego art. 831).

Jednakże w umowie ubezpieczenia osobowego zawartej na cudzy rachunek wskazanie to musi być poprzedzone zgodą ubezpieczonego, któremu należy zapewnić decydujący wpływ na to, kto otrzyma świadczenie ubezpieczeniowe w razie jego śmierci. W celu uelastycznienia rozwiązania przewidziano też, że w umowie lub ogólnych warunkach tego rodzaju ubezpieczenia może być przewidziane wykonywanie powyższych uprawnień samodzielnie przez ubezpieczonego (§ 1¹ projektowanego art. 831).

Projektowana zmiana art. 831 § 2 ma charakter redakcyjny i jest konsekwencją zmiany w § 1 i dodania § 1¹.

- 28) Zmiana art. 833 polega na projektowanym dodaniu drugiego zdania, w którym określono granice umownego skracania – do 6 miesięcy – okresu, po którego upływie samobójczy charakter śmierci (mimo że jako zależna od woli ubezpieczonego nie jest zdarzeniem losowym) nie zwalnia od odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Skrócenie zwiększa ochronę interesu uposażonego, ale gdyby było nadmierne, mogłoby grozić przekształceniem się w pewnych szczególnych sytuacjach w motywację do samobójstwa.
- 29) Zgodnie z obecnym art. 834 tzw. stan bezsporności ubezpieczenia, czyli utrata przez ubezpieczyciela możliwości podniesienia zarzutu nieprawdziwości informacji (zatajenia choroby), następuje po upływie trzech lat od zawarcia umowy – bez powiązania z momentem zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Projektowana zmiana polega na tym, że termin powyższy zostaje powiązany z momentem nastąpienia wypadku. Ma to wykluczyć możliwość manipulacji terminem, polegającej na celowym opóźnieniu, aż do chwili osiągnięcia stanu bezsporności, przekazania ubezpieczycielowi informacji o wypadku. Skrócenie powyższego terminu może być dokonane nie tylko w ogólnych warunkach, ale i w indywidualnie negocjowanej umowie.

Art. 2. Dodanie art. 12¹ w ustawie o działalności ubezpieczeniowej jest konsekwencją uchylecia art. 812 § 2 K.c. Przy projektowaniu transpozycji omawianej regulacji rozważono potrzebę uregulowania tematyki ogólnych warunków ubezpieczenia i właściwe zlokalizowanie tego rodzaju wzorca. Treść art. 12¹ jest w znacznej mierze równobrzmiąca z uchylanym art. 812 § 2 K.c. Wprowadzone zmiany polegają na usunięciu lub korekcie tych sformułowań, które mogą zostać określone dopiero w treści poszczególnych umów (dotychczasowe punkty – 1, 3, 5, 6, 7, 12 art. 812 § 2 K.c.).

Potrzebę regulacji tego rodzaju wzorca umowy (w rozumieniu art. 354 K.c.), jakim są ogólne warunki ubezpieczeń, uzasadnia z jednej strony względ na konieczność poddania go nadzorowi (wykonywanemu przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w ramach ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów) oraz kontroli sądowej, z drugiej zaś – względ na funkcję informacyjną wzorca (informacja dla korzystających z usługi ubezpieczeniowej, szczególnie zaś konsumentów). Wskazanie minimum zawartości treści warunków ułatwia nadzór i kontrolę oraz czyni je bardziej skutecznymi. Ten kierunek działania jest zgodny ze wskazaniami unijnych dyrektyw, ewoluujących wyraźnie w stronę wzmacniania nadzoru nad zakładami ubezpieczeń, m.in. w zakresie stosowanych przez nie wzorców umów (m.in. dyrektywa nr 95/26/WE z dnia 29 czerwca 1995 r. nowelizująca dziewięć wcześniejszych dyrektyw ubezpieczeniowych oraz dyrektywa nr 2002/83/WE z dnia 5 listopada 2002 r.).

Co do funkcji informacyjnej ogólnych warunków ubezpieczenia w pierwszym rzędzie należy powołać jedno z podstawowych praw konsumenta, jakim jest prawo do informacji co do jego sytuacji prawnej w stosunkach umownych. W praktyce głównym, z uwagi na dostępność, źródłem wiedzy konsumenta w tym zakresie są ogólne warunki ubezpieczenia i polisa ubezpieczeniowa. Zachodzi więc potrzeba określenia minimalnej zawartości treści stosowanych przez profesjonalistę ogólnych warunków ubezpieczenia.

Z uwagi na to, że regulacja, o której wyżej mowa, zalicza się do unormowań prawa publicznego, a nie prywatnego (cywilnego), zdecydowano się na umiejscowienie jej w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Przemawiają za tym następujące argumenty:

- po pierwsze – wchodzi tu w grę ochrona interesu publicznego, który w stosunkach z udziałem konsumentów określa się jako „zbiorowy interes konsumentów”. Kwalifikacja taka przesądza o tym, że interes ten legitymizuje i profiluje działania nadzorcze organów władzy publicznej, a konkretnie – jego ochrona należy do UOKiK. Zwrócić należy również uwagę na fakt, że inicjatywie procesowej w stosunkach sądowej, abstrakcyjnej kontroli ogólnych warunków umów nadano charakter *actionis popularis* (skarga przysługuje odpowiednim organizacjom społecznym, a także każdej osobie indywidualnej, niezależnie od tego, czy jest ona lub zamierza być kontrahentem profesjonalisty korzystającego z wzorca umowy). Ochrona cywilnoprawna, szczególnie sądowa kontrola treści konkretnej umowy, w tym postanowień zaczerpniętych z wzorca, przysługuje wyłącznie kontrahentowi profesjonalisty,
- po drugie – sankcjonowanie naruszenia omawianego przepisu ma charakter publicznoprawny (kary za stosowanie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, a także zakaz posługiwania się zakwestionowanym wzorcem – są skierowane przeciwko naruszcycielowi-profesjonalistom). Brak natomiast sankcji cywilnoprawnych. Taką sankcją nie mogłaby być nieważność umowy, ta bowiem uderzałaby nie tylko w stosującego wzorzec profesjonalistę, ale i w osoby objęte ochroną ubezpieczeniową,
- po trzecie – celem unormowania jest także ochrona prawa konsumentów (klientów) do informacji, tak więc walor normatywny przepisów wobec profesjonalistów sprowadza się w istocie do instruktażu dla ich autora, bowiem skutki cywilnoprawne przepisów wynikają dopiero z umowy obejmującej m.in. postanowienia zaczerpnięte z konkretnych ogólnych warunków umów, jakie zastosowano przy jej zawarciu.

Powyższe argumenty uzasadniają ulokowanie unormowania dotyczącego treści ogólnych warunków ubezpieczenia w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, nie zaś w kodeksowej regulacji normującej umowę ubezpieczenia.

Projektowany przepis art. 13¹ cyt. ustawy o działalności ubezpieczeniowej stanowi właściwą implementację art. 31 dyrektywy nr 92/49/EWG Rady UE z

dnia 18 lipca 1992 r. dotyczącej m.in. obowiązków zakładu ubezpieczeń w zakresie informacji i jest konsekwencją projektowanego uchylenia tych fragmentów przepisu art. 812 K.c. (zob. art. 1 pkt 11), które powinny znaleźć miejsce wśród „zasad wykonywania działalności ubezpieczeniowej” (rozdział 2 cyt. ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Art. 3. Projektowany przepis art. 5¹ cyt. ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych jest transformacją art. 810 K.c., którego uchylenie przewidziano w niniejszym projekcie (cyt. art. 1 pkt 9 niniejszego uzasadnienia). Modyfikacja dotyczy sposobu określania treści umowy: treści tej nie mogą określać w sytuacji opisanej w hipotezie normy ogólnych warunków ubezpieczenia, ponieważ utraciły one – w świetle art. 384 K.c. – charakter normatywny. W tym stanie rzeczy stosunek ubezpieczenia określi oferta i obowiązujące przepisy prawa.

Art. 9¹ jest konsekwencją stworzenia przez nowe brzmienie art. 822 K.c. możliwości umownego konstruowania cech wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu OC; konieczne jest jednoznaczne określenie konstrukcji wypadku ubezpieczeniowego w obowiązkowym ubezpieczeniu OC. Przyjęto, że jedyną właściwą dopuszczoną przez ustawę konstrukcją jest ta, która zakłada, że wypadkiem ubezpieczeniowym jest zdarzenie, które miało miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Ponieważ cechy tego zdarzenia nie są określane w umowach ubezpieczeń obowiązkowych, lecz w ustawach, zrezygnowano przy tym z utartego sformułowania „... przewidzianego w umowie wypadku.”.

Art. 4 zawiera przepis przejściowy, określający międzyczasowe zasady stosowania znowelizowanych przepisów.

Art. 5 jest konsekwencją wprowadzenia w Kodeksie cywilnym określenia „ubezpieczyciel”, którym zastępuje się określenie „zakład ubezpieczeń”. Zmiana ta ma na celu wyeliminowanie rozbieżności w terminologii stosowanej w Kodeksie cywilnym i przepisach odrębnych.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Cel wprowadzenia ustawy

Projektowane rozwiązania uzupełniają reformę prawa ubezpieczeń gospodarczych, jakiej dokonano przez wydanie w dniu 22 maja 2003 r. czterech ustaw: o działalności ubezpieczeniowej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, o pośrednictwie ubezpieczeniowym, które to ustawy weszły w życie w dniu 1 stycznia 2004 r.

2. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje ustawa

Projekt ustawy oddziałuje na nieoznaczony krąg podmiotów. Rozwiązania przewidziane w projekcie dotyczą bowiem stron umowy ubezpieczenia.

3. Konsultacje

Projekt ustawy przedstawiono do konsultacji, zgodnie z § 12 i 13 uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

Projekt przesłano również do konsultacji do: Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego, Rzecznika Ubezpieczonych, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Przewodniczącego Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Prezesa Polskiej Izby Ubezpieczeń, Prezesa Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Prezesa Polskiego Biura Ubezpieczeń Komunikacyjnych, Prezesa Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, Prezesa Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Stowarzyszenia Polskich Brokerów oraz Polskiego Stowarzyszenia Aktuariuszy. Uwagi do projektu zostały zgłoszone przez: Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego, Rzecznika Ubezpieczonych, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK), Przewodniczącego Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (KNUiFE), Prezesa Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU), Prezesa Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego oraz Prezesa Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka.

Uwzględniono szereg uwag, w tym uwagi UOKiK, KNUiFE oraz PIU dotyczące potrzeby pozostawienia odpowiedniej regulacji, która określałaby podstawowy

zasób informacji, jaki powinny zawierać ogólne warunki ubezpieczenia. Odpowiedni przepis wprowadzono do ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Wobec wątpliwości podnoszonych w tle projektowanego art. 816 § 2 K.c. zdecydowano się zrezygnować z proponowanego przepisu, pozostawiając jako normę art. 816 K.c. – obecny § 1.

Część propozycji, zwłaszcza o charakterze szczegółowym, została uznana za niezasadne.

Nie uwzględniono, między innymi, uwag KNUiFE oraz UOKiK odnośnie do ubezpieczeń na cudzy rachunek, dotyczących nałożenia na ubezpieczającego obowiązku udzielania informacji ubezpieczonemu i wprowadzenia w tym zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczającego. Regulacja taka sprawiłaby bowiem, że ubezpieczający stawałby się de facto quasi-ubezpieczycielem, który odpowiada, gdy ubezpieczony nie miał pełnej informacji o obowiązkach wynikających z umowy ubezpieczenia, w sytuacji kiedy ubezpieczający mu ich nie przekazał.

Nie uwzględniono również propozycji KNUiFE w zakresie projektowanego art. 828 § 2 K.c. Wyłączenie dopuszczalności korzystania z regresu, w przypadku kiedy osoba trzecia korzystała z przedmiotu ubezpieczenia za wiedzą i zgodą ubezpieczonego, spowodowałoby objęcie pełną, ubezpieczeniową ochroną nie tylko ubezpieczającego i jego domowników, co ma uzasadnienie ekonomiczne, ale również nieprzewidywalnie duży krąg osób korzystających z rzeczy objętej ubezpieczeniem „za wiedzą i zgodą” ubezpieczonego. Takie rozwiązanie w ogóle nie pozwalałoby skalkulować ryzyka ubezpieczeniowego i prowadziło do przeniesienia na ubezpieczyciela skutków działań w zakresie m.in. profesjonalnej działalności gospodarczej ubezpieczonego itp.

4. Skutki społeczno-gospodarcze oraz finansowe ustawy

Ustawa nie spowoduje skutków dla finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Nie będzie też miała wpływu na rynek pracy, sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie ustawy może natomiast spowodować zmianę konkurencyjności na rynku ubezpieczeń związaną ze zmianą określenia „zakład ubezpieczeń” na „ubezpieczyciel”. W konsekwencji może to spowodować konieczność zmiany używanych obecnie wzorców umów, a tym samym powstanie dodatkowych kosztów po stronie tych zakładów.

Materia projektowanej nowelizacji jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU
Jarosław Pietras

Sekr.Min.JP-309 /06/DP/ot

Warszawa, dnia 1.08.2006 r.

Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jarosława Pietrasa, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

Jarosław Pietras

W związku z przedstawionym projektem ustawy (nr RM-10-124-05, Nowy Tekst II) pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

Przedmiot projektowanej regulacji jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

J. Pietras

Do uprzejmej wiadomości:
Pan Zbigniew Ziobro
Minister Sprawiedliwości