

SPOSOBY OGRANICZANIA I WYŁĄCZANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W UMOWACH DOTYCZĄCYCH RYZYKA UTRATY ZDROWIA

Methods of limiting and disclaiming liability by insurers in contracts for health risks

Barbara Foczpaniak, Katarzyna Kędzior, Katarzyna Robaczyńska

STRESZCZENIE

Artykuł analizuje najczęściej, współcześnie stosowane przez ubezpieczycieli sposoby ograniczania lub unikania odpowiedzialności, polegające na wprowadzaniu do umów ubezpieczenia ryzyka utraty zdrowia niedozwolonych, tzw. klauzul abuzywnych. Przepisy kodeksu cywilnego dotyczące niedozwolonych postanowień umownych mają na celu ochronę interesu słabszej strony umowy, za jaką uznaje się konsumenta, oraz wymuszenie przestrzegania przez zakład ubezpieczeń, jako silniejszego kontrahenta wierności zasadom uczciwości i rzetelności. Ogólne warunki ubezpieczenia od 2002 roku podlegają kontroli prowadzonej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Proces ten ma zapewnić prawidłowość w podejmowaniu decyzji oraz ochronę przed niekorzystnymi skutkami postanowień. Problem nieuczciwych praktyk ubezpieczycieli szczególnie dotyczy ubezpieczeń zdrowotnych. Poza klauzulami abuzywnymi częstymi sposobami ograniczania odpowiedzialności przez ubezpieczycieli jest również manipulacja wysokością sumy ubezpieczenia oraz wysokością składki. Artykuł prezentuje przykłady niedozwolonych klauzul, rażąco naruszających dobre obyczaje oraz interesy konsumentów.

ABSTRACT

The article presents some methods of limiting or avoiding liability by insurers, which are prohibited contractual provisions, i.e. abusive clauses in agreements concerning health care risks. The provisions of the Civil Code on prohibited contractual provisions are aimed at protecting the interests of the weaker side, the consumer, and enforcing the contractors compliance with the principles of integrity and reliability. Since 2002, the general insurance conditions are the subject to be controlled by the Authority of Competition and Consumer Protection. This process is to ensure correctness in decisions and protect against adverse consequences of the provisions. The problem of unfair insurance practices particularly affects health insurance. Frequent methods of limiting liability by insurers are the manipulation of the amount of the sum insured and the amount of the insurance premium. The article presents examples of prohibited clauses, grossly violating good customs and consumer interests.

Słowa kluczowe: klauzule abzytywne, kodeks cywilny, ubezpieczenie, ochrona konsumenta

Keywords: abusive clauses, civil code, insurance, consumer protection

WPROWADZENIE

Zakłady ubezpieczeń, aby ograniczyć swoją odpowiedzialność, wprowadzają do ogólnych warunków ubezpieczeniowych zastrzeżenia określające, kiedy nie ponoszą odpowiedzialności w ramach danego ubezpieczenia. Można wyróżnić wiele różnorodnych sposobów i form ograniczania i unikania odpowiedzialności przez ubezpieczycieli. Szeroką grupę stanowią niedozwolone postanowienia umowne, czyli tzw. klauzule abuzywne. Przepisy dotyczące niedozwolonych postanowień umownych zostały wprowadzone do kodeksu cywilnego ustawą z dnia 2 marca 2000r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny¹³⁷ mogą mieć zastosowanie do wszystkich rodzajów ubezpieczeń czy gwarancji ubezpieczeniowych. Istotą klauzul abuzywnych wyraża art. 385 k.c., w myśl którego *postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne)*. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Istnieją dwie przesłanki, dla których klauzula jest uznana za niedozwoloną. Są to sytuacje, w których prawa i obowiązki konsumenta są kształtowane w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz gdy interesy konsumenta są w sposób rażąco naruszane. Ponadto, aby konkretne postanowienia były uznane za niedozwolone, konsument nie może mieć rzeczywistego wpływu na postanowienia umowy. Szczególnie obejmuje to posta-

nowienia umowy przyjęte według jej wzorca (art. 385 § 3 k.c.), a więc te, które nie podlegają indywidualnym negocjacjom przed zawarciem umowy. Klauzule abuzywne które są wskazane w treści art. 385 k. c., można podzielić na cztery kategorie:

1. postanowienia przyznające przedsiębiorcy uprawnienia do jednostronnego kształtowania praw i obowiązków stron (np. przyznające mu prawo do jednostronnej zmiany umowy albo istotnych cech świadczenia bez ważnej przyczyny);
2. postanowienia ograniczające prawa konsumenta lub zwiększające jego obowiązki, bez zachowania symetrii w stosunku do praw (obowiązków) przedsiębiorcy (np. wyłączające lub istotnie ograniczające uprawnienie konsumenta do potrącenia swojej wierzytelności wobec przedsiębiorcy z jego wierzytelnością wzajemną);
3. postanowienia ograniczające odpowiedzialność przedsiębiorcy (np. wyłączające lub ograniczające jego odpowiedzialność wobec konsumenta za szkodę na osobie albo wyłączające lub istotnie ograniczające jego odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania);
5. postanowienia wyłączające lub ograniczające rzeczywistą wolę konsumenta (np. takie, z którymi nie miał on możliwości zapoznać się przed zawarciem umowy albo takie, których celem jest zmuszenie go do zawarcia z przedsiębiorcą innej umowy lub umowy podobnego rodzaju)¹³⁸.

¹³⁷ Dz. U. 2000 Nr 22 poz. 271 z póź. zm.

¹³⁸ K. Zagrobelny. 2008. W: E. Gniewek, Kodeks cywilny. Komentarz, komentarz do art. 3853 Kodeksu cywilnego, 2008.

SPOSOBY WYŁĄCZANIA LUB OGRANICZANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ŚWIETLE UWARUNKOWAŃ USTAWOWYCH I/LUB KRYTERIÓW MEDYCZNYCH

Podstawową formą wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela stanowiącą jej górną granicę jest suma ubezpieczenia, zwana też limitem odpowiedzialności bądź sumą gwarancyjną. Powinna ona być odzwierciedleniem wartości ubezpieczonego majątku (w ubezpieczeniach majątkowych) bądź wartości potrzeb powstałych w następstwie zdarzenia losowego (w ubezpieczeniach osobowych)¹³⁹. Ma to istotne znaczenie szczególnie w przypadku zdarzeń skutkujących koniecznością wypłat świadczeń okresowych przez nawet kilkadziesiąt lat, jak ma to miejsce w przypadku rent. Po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia (sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniach obowiązkowych), ustaje odpowiedzialność ubezpieczyciela, a osoba poszkodowana może domagać się wypłaty bezpośrednio od podmiotu ubezpieczonego¹⁴⁰.

W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, które należy wziąć pod uwagę w pierwszej kolejności to te wskazane w przepisach cywilnych regulujących tę odpowiedzialność. Podstawowym aktem prawnym jest kodeks cywilny, który w art. 822 określa ogólne zasady odpowiedzialności z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia¹⁴¹.

W przypadku odpowiedzialności cywilnej istotnym będzie przepis art. 361 § 1 k. c.¹⁴², wskazujący na konieczność istnienia normalnego związku przyczynowo-skutkowego między zdarzeniem a powstałą szkodą, która ma zostać naprawiona. Jeżeli istnieją dowody, które wykluczają taki związek, ubezpieczyciel może uwolnić się od odpowiedzialności. Inne okoliczności wyłączające odpowiedzialność zawarte są w art. 435 i są nimi: działanie siły wyższej, szkoda powstała wyłącznie z winy poszkodowanego lub wyłącznie z winy osoby trzeciej, za którą prowadzący przedsiębiorstwo nie ponosi odpowiedzialności¹⁴³.

Przepisem, który daje ubezpieczycielowi możliwość ograniczenia lub wyłączenia swojej odpowiedzialności ubezpieczyciela z mocy ustawy jest art. 415 k. c., wskazujący zasadę winy: *kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia*. Podmiotem odpowiedzialnym jest ten, którego zwinione zachowanie (działanie i zaniechanie) powoduje szkodę. Czyn sprawcy musi tu jednak spełnić określone przesłanki, tj. musi być bezprawny. Natomiast wina w rozumieniu tego przepisu oznacza winę w znaczeniu subiektywnym¹⁴⁴. W niektórych przypadkach zasada winy jest wskazana przez przepisy jako podstawowa zasada odpowiedzialności. Tak dzieje się w przypadku szkód powstałych u posiadaczy pojazdów mechanicznych w wyniku ich zderzenia. Zgodnie z art. 436 § 2 k.c., poszkodowany posiadacz może żądać naprawienia szkody wyłącznie w oparciu o zasadę winy: *w razie*

¹³⁹ <http://rf.gov.pl/vademecum-ubezpieczonego/encyklopedia-ubezpieczen>, dostęp 01.08.2017.

¹⁴⁰ E. Kiziewicz. 2016. Wyczerpanie sumy gwarancyjnej – kiedy wytoczyć powództwo? [w:] Monitor Ubezpieczeniowy, Nr 56.

¹⁴¹ Art. 822. Przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający, lub osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.

¹⁴² Art. 361 § 1. Zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

¹⁴³ Art. 435. § 1. Prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody (pary, gazu, elektryczności, paliw płynnych itp.) ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności.

¹⁴⁴ G. Bieniek. 2006. Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, t.1, Warszawa.

zderzenia się mechanicznych środków komunikacji poruszanych za pomocą sił przyrody wymienione osoby mogą wzajemnie żądać naprawienia poniesionych szkód tylko na zasadach ogólnych. Również tylko na zasadach ogólnych osoby te są odpowiedzialne za szkody wyrządzone tym, których przewożą z grzeszności. Zatem w sytuacji, gdy np. żaden z posiadaczy nie zostanie uznany za winnego spowodowania wypadku, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody.

W określonych przypadkach odpowiedzialność jest wyłączona mocą przepisów ustawy z 23 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹⁴⁵.

W przypadku odpowiedzialności na zasadzie winy należy również uwzględnić art. 426 k.c. Przepis ten wyłącza odpowiedzialność osób małoletnich do ukończenia przez nich 13 roku życia (*małoletni, który nie ukończył lat trzynastu, nie ponosi odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę*). W takiej sytuacji odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi osoba sprawująca opiekę nad małoletnim – zgodnie z art. 427 k.c.

kto z mocy ustawy lub umowy jest zobowiązany do nadzoru nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można, ten obowiązany jest do naprawienia szkody wyrządzonej przez tę osobę, chyba że uczynił zadość obowiązkowi nadzoru albo że szkoda byłaby powstała także przy starannym wykonywaniu nadzoru. Przepis ten stosuje się również do osób wykonywających bez obowiązku ustawowego ani umownego stałą pieczę nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można.

Wyłączenie odpowiedzialności z mocy przepisów daje również instytucja przedawnienia. W przypadku umowy ubezpieczenia roszczenia odszkodowawcze co do zasady przedawniają się z upływem 3 lat zgodnie z kodeksem cywilnym¹⁴⁶. Wyjątek stanowią ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, dla których termin przedawnienia (art. 442 k.c.) wynosi 10 lat w przypadku szkód powstałych w wyniku czynu niedozwolonego i 20 lat w przypadku szkód wyrządzonych przestępstwem. W przypadku szkód osobowych na osobach małoletnich, roszczenia przedawniają się z upływem 2 lat

¹⁴⁵ Dz. U. 2003 Nr 124 poz. 1152 z późn. zm. Art. 37 ust. 4. 4. W przypadku zespołu pojazdów mechanicznych lub pojazdów mechanicznych złączonych w celu holowania, ubezpieczeniem OC posiadacza pojazdu mechanicznego nie jest objęta odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z ruchem: 1) pojazdu ciągnącego lub holującego – w przyczepie lub pojeździe holowanym oraz 2) przyczepy lub pojazdu holowanego – w pojeździe ciągnącym lub holującym.

Art. 38. 1. Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody: 1) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona; 2) wynikłe w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu, chyba że odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż pojazd przewożący te przedmioty; 3) polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych; 4) polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska. 2. Wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie obejmuje szkody wyrządzonej w mieniu, jeżeli pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy tych pojazdów z tym samym finansującym lub zostały przewłaszczone przez posiadaczy tych pojazdów na tego samego wierzyciela lub które są przedmiotem zastrzeżenia własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela.

¹⁴⁶ Art. 819 § 1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. § 2. (uchylony).

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

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

od uzyskania przez nich pełnoletności¹⁴⁷. Natomiast w przypadku roszczeń o charakterze okresowym przedawnienie wynosi 3 lata¹⁴⁸. Należy przy tym zauważyć, że termin przedawnienia biegnie osobno dla każdego roszczenia.

FORMY WYŁĄCZANIA LUB OGRANICZANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI WYNIKAJĄCE Z OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA I KLAUZUL ABUZYWNYCH

Często spotykanym rozwiązaniem jest wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w odniesieniu do ryzyk, które wystąpiły już przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel wyłącza swoją odpowiedzialność w odniesieniu do ponownego wystąpienia choroby u danego ubezpieczonego, jeśli wystąpiła wcześniej przed zawarciem umowy o ubezpieczenie¹⁴⁹. Wyłączenia te dotyczą wystąpienia choroby tego samego rodzaju. Natomiast jeśli mamy do czynienia z chorobą, która wystąpiła przed zawarciem umowy o ubezpieczenie i trwała nieprzerwanie, nie ma potrzeby wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż wówczas nie występuje wypadek ubezpieczeniowy w trakcie trwania ubezpiecze-

nia¹⁵⁰. Powyższa zasada nie ma zastosowania w przypadku ubezpieczenia na życie *sensu stricto*.

Podobne postępowanie występuje w przypadku zdarzeń, które zostały spowodowane przez przyczyny zaistniałe przed zawarciem umowy o ubezpieczenie. Ubezpieczyciel wówczas nie ponosi odpowiedzialności za wypadek ubezpieczeniowy, który wystąpił w wyniku przyczyn obecnych w chwili podpisania umowy ubezpieczeniowej. Zasada dotyczy zarówno ubezpieczeń choroby oraz ubezpieczeń na życie *sensu stricto*.

Powyższe rodzaje wyłączeń wynikają z faktu, iż ubezpieczyciel nie bierze na siebie odpowiedzialności za zdarzenia, których ryzyko wystąpienia jest zbyt wysokie. Tym samym unika zawierania umów ze świadomością wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego podczas trwania ubezpieczenia. Konstrukcja ta dotyczy zarówno umów indywidualnych, jak i grupowych.

W większości umów o ubezpieczenie występują klauzule przewidujące możliwość samodzielnej zmiany zakresu świadczeń, czyli jednostronnego decydowania przez ubezpieczyciela o oferowanym ubezpieczeniu, w trakcie jego trwania¹⁵¹. Takie działania w sposób rażąco naruszają prawa konsumentów¹⁵². W takim przypadku konsument powinien zostać poinformowany o zaistniałej zmianie oraz mieć prawo

¹⁴⁷ Art. 4421. § 1. Roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

§ 2. Jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

§ 3. W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

§ 4. Przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności. 148 Art. 118. Jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi lat dziesięć, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej - trzy lata.

¹⁴⁹ Nawracała J. 2004. Ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ryzyk, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia (na przykładzie klauzuli wpisanej do rejestru niedozwolonych postanowień pod nr 3456), Wiadomości Ubezpieczeniowe numer specjalny 1/2013, 57-69.

¹⁵⁰ M. Krajewski „Wypadek ubezpieczeniowy” jest definiowany w doktrynie jako „zdarzenie, od którego zależy powstanie obowiązku świadczenia zakładu ubezpieczeń”, Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834 k.c. Komentarz, Warszawa; 53.

¹⁵¹ Raport z kontroli wzorców umownych ubezpieczeń na życie, Departament Polityki Konsumenckiej UOKiK, Warszawa, styczeń 2010.

do wypowiedzenia umowy, zgodnie z art. 384 k.c.

Stosowanie pojęć nieostrych oraz definicji umożliwiających zakładom ubezpieczającym swobodną interpretację powoduje, że konsument nie do końca jest świadomy swoich praw i obowiązków w myśl podpisywanej umowy. Dotyczy to zwłaszcza nieprecyzyjnych informacji na temat okoliczności decydujących o wypłacie i odmowie wypłaty świadczenia. Swobodna interpretacja pozwala na podjęcie niekorzystnej dla konsumenta decyzji, mimo faktu, iż w myśl art. 385 § 2 k.c., *postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta*. Dodatkowo osoby korzystające z ubezpieczeń, będący słabszymi uczestnikami rynku, nie mają możliwości negocjowania warunków umowy.

Istnieje również dysproporcja pomiędzy zasadami doręczania dokumentów oraz składania oświadczeń. Firmy ubezpieczeniowe w większości uznają pismo za dostarczone w przypadku wysłania go konsumentowi zwykłym listem pod ostatni podany adres, podczas gdy informacje przekazywane w odwrotnym kierunku należy przekazywać listem poleconym w ściśle określonej pisemnej formie (pod rygorem nieważności), co zdaniem Prezesa UOKiK stanowi naruszenie interesów konsumenta (art. 385 § 1 k.c.). Naruszana jest również zasada równości stron. Zastrzeżenie, iż w chwili składania wniosku o wypłatę ubezpieczenia należy dostarczyć firmie ubezpieczającej oryginał umowy o ubezpieczenie, również stanowi naruszenie art. 385 § 1 k.c., gdyż konsument, w chwili dostarczenia takiego dokumentu, traci potwierdzenie zawarcia umowy, tracąc również możliwość kwestionowania stanowiska ubezpieczyciela. Może również wystąpić sytuacja, iż ubezpieczony nie jest w posiadaniu w.w. oryginału certyfikatu. Co jest już podstawą odmowy wypłacenia świadczenia.

Kolejnym niedozwolonym w rozumieniu art. 385 § 1 k.c. postanowieniem są sprzeczności umowy z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia. Zakłady ubezpieczeń uchylają się od odpowiedzialności w przypadku ukończenia

przez konsumenta określonego wieku. Wprowadza to ubezpieczonego nie tylko w błąd co do okresu trwania umowy, ale również co do okresu, w którym działa ochrona ubezpieczeniowa. Należy wspomnieć, że składka obliczana jest na czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela (art. 813 § 1 k.c.) co może spowodować poniesienie przez ubezpieczonego zbyt wysokiej składki w stosunku do długości świadczenia ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z art. 812 § 1 k.c. różnice między umową ubezpieczającą a ogólnymi warunkami ubezpieczenia powinny zostać przedstawione konsumentowi przed zawarciem umowy na piśmie.

Zakłady ubezpieczeń przewidują również spadek wysokości świadczenia wypłacanego konsumentowi z chwilą osiągnięcia przez niego określonego wieku.

Krzywdzącym dla konsumenta jest również prawo ubezpieczyciela do wyboru, z której umowy ma być wypłacone świadczenie, gdy na rzecz konsumenta zawarto więcej niż jedną umowę. Jest to również naruszenie art. 385 § 1 k.c., uznane za krzywdzące. W przypadku ubezpieczeń osobowych, konsument ma prawo do ubezpieczenia tego samego ryzyka w postaci kilku umów, mając możliwość do otrzymania skumulowanego świadczenia w wyższej wysokości.

Podobnie krótkie terminy, w których konsument jest zobowiązany zawiadomić ubezpieczyciela o zdarzeniu, stanowią, w myśl art. 385 § 1 k.c., niedozwolone postanowienia umowne. W przypadku nieszczęśliwych wypadków i chorób ubezpieczony może nie mieć szansy na zachowanie wymaganego terminu. Jednak zastrzeżenie takiego terminu jest dopuszczalne i w myśl art. 818 k.c., nierozsądne zastrzeżenie terminu, którego nie spełnimy, może skutkować wypłatą mniejszego świadczenia.

Zakłady ubezpieczeń stosują również zasadę automatycznego rozwiązania umowy podstawowej w przypadku rozwiązania przez konsumenta umowy dodatkowej. W odwrotnej sytuacji, gdy rozwiązaniu podlegałaby umowa

podstawowa, logicznym jest zerwanie powiązanych z nią ustaleń dodatkowych. Jednak w przypadku rezygnacji konsumenta z dodatkowych świadczeń, automatyczne zerwanie umowy podstawowej budzi wiele wątpliwości. Postanowienie takie jest sprzeczne z art. 385 § 1 k.c., gdyż narusza zasady dobrych obyczajów, obciążając konsumenta niekorzystnymi aspektami ekonomicznymi.

Aspektem niezgodnym z art. 385 § 1 oraz 385 k.c. jest indeksacja składki bez podwyższenia sumy ubezpieczenia. Samo zjawisko indeksacji jest mechanizmem mającym, na celu ochronę świadczeń przed konsekwencjami inflacji. Jednak ubezpieczony, w przypadku zaakceptowania indeksacji, powinien otrzymać zaktualizowaną polisę, z podwyższoną składką oraz podwyższoną wartością ubezpieczenia. Natomiast firmy ubezpieczeniowe przewidują podwyższenie składki ubezpieczeniowej bez podwyższenia sumy ubezpieczenia konsumenta.

Kolejną kwestią, którą należy poruszyć jest odmowa wypłaty ubezpieczenia w przypadku popełnienia przez ubezpieczonego czynu zabronionego. Powołując się na art. 42 Konstytucji RP *każdego uważa się za niewinnego, dopóki jego wina nie zostanie stwierdzona prawomocnym wyrokiem sądu*. Zatem utożsamianie przez firmy ubezpieczeniowe domniemanego przestępstwa z wyrokiem prawomocnym jest naruszeniem interesów konsumenta (art. 385 § 1 k.c.).

Niektóre firmy ubezpieczeniowe stosują również zasadę wyłączenia odpowiedzialności w przypadku, gdy ubezpieczający, w dniu podpisania umowy, cierpi na nieuleczalną chorobę. Pomijając fakt, iż konsumenta może spotkać nieszczęśliwy wypadek, nie będący związany z występowaniem nieuleczalnej choroby, ubez-

pieczyciel zakładając wyłączenie odpowiedzialności u danej osoby nie powinien zawierać umowy o ubezpieczenie, gdyż jest to nieuczciwa praktyka, narażająca konsumenta jedynie na nieuzasadnione opłaty składek.

Firmy ubezpieczeniowe nagminnie naruszają postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia kodeks cywilny oraz ustawę o nieuczciwych praktykach. Nierzadko modyfikowany jest termin wypłaty świadczenia, co narusza art. 817 k.c.¹⁵³. Ubezpieczyciel ma obowiązek do wypłacenia świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania informacji o zdarzeniu lub, jeśli ustalenie odpowiedzialności nie jest w tym terminie możliwe, w ciągu 14 dni od dnia wyjaśnienia okoliczności. Po tym terminie konsument ma prawo domagać się wypłaty świadczenia, wraz z naliczonymi odsetkami.

Nieprawidłowe określenie momentu zawarcia umowy jest kolejnym punktem naruszającym interes konsumenta. Wiele firm uznaje datę wpłacenia kwoty na poczet pierwszej składki za podstawę zawarcia umowy. Jednakże na tle przepisów kodeksu cywilnego, w myśl art. 805 § 1 k.c. *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*. Tak więc za moment zawarcia umowy uznaje się złożenie oferty przez osobę ubezpieczającą się do ubezpieczyciela oraz jej akceptację. Nie są tu wymagane żadne formy kwalifikowane¹⁵⁴. Ponadto ubezpieczyciel jest zobowiązany do potwierdzenia umowy dokumentem ubezpieczenia (art. 809 § 1 k.c.).

¹⁵³ Art. 817. § 1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

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

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

¹⁵⁴ Wyrok SA w Łodzi z dnia 14.03.1994 roku, sygn. Akt. I Acr 62/96, OSA 1997, z.1, poz.4).

Zakłady ubezpieczeń żądają również zgłaszania zmian okoliczności dotyczących ubezpieczonego. Zgodnie z art. 815 § 1 k.c. *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. Natomiast § 2 tego samego artykułu głosi, iż jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w paragrafie poprzedzającym, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie.* Zatem w przypadku ubezpieczeń na życie, konsument nie jest zobligowany do informowania firmy ubezpieczającej o zmianie danych, a firmy ubezpieczeniowe niejasno sformułowały daną zasadę, wykraczając tym samym poza normę ustawową. W przypadku zatajenia przez osobę ubezpieczoną informacji, zgodnie z art. 815 § 3 k.c. *ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.* Zakłady ubezpieczające zbyt szeroko określają swoje stanowisko w tej sprawie, ograniczając swoją odpowiedzialność do wypłaty świadczenia nawet w przypadku, gdy zatajenie informacji nie ma związku z zaistniałą sytuacją.

Interesy konsumentów są również naruszone niedozwolonym potrąceniem kwot z wypłacanego świadczenia na poczet zaległych składek. Według art. 808 § 2 k.c. *roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.* Tak więc w przypadku wypłaty na rzecz osób trzecich potrącanie zaległych składek jest bezprawne.

Nieprawidłowe określanie w kwocie wypłacanego świadczenia udziałów osób uprawnionych oraz naruszenie art. 831 § 2 k.c., są kolejnym przykładem niezgodnego działania zakładów ubezpieczeniowych. Według powyższego artykułu *jeżeli wskazano kilka osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia, a nie oznaczono udziału każdej z nich w tej sumie, ich udziały są równe.* Zatem bezprawnym jest określanie udziałów osób uprawnionych do wypłaty świadczenia jako równe, w przypadku określenia ich przez osobę ubezpieczoną.

Ubezpieczyciele modyfikują również bezwzględnie wiążące unormowanie art. 814 § 3 k.c., według którego *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.* Zatem nie może nastąpić wcześniejsze ustanie umowy ubezpieczeniowej, jeżeli nie zostało to przewidziane w umowie lub OWU.

Niezgodnym jest również prawo do zmian umowy w trakcie jej trwania bez możliwości jej zerwania przez konsumenta. Jak głosi art. 384 k.c., *wzorzec wydany w czasie trwania stosunku umownego o charakterze ciągłym wiąże drugą stronę, jeżeli zostały zachowane wymagania określone w art. 384, a strona nie wypo-*

wiedziła umowy w najbliższym terminie wypowiedzenia. Podsumowując, ubezpieczyciel nie może zmienić treści umowy bez możliwości jej rozwiązania przez konsumenta, jeśli nowe warunki mu nie odpowiadają.

Przypisywanie definicji medycznych, niezgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej, również jest formą ograniczania odpowiedzialności zakładów ubezpieczeniowych, a także nieuczciwą praktyką rynkową, która może powodować podejmowanie przez konsumenta niewłaściwych decyzji. Dotyczy to między innymi wystąpienia zawału serca, gdzie podstawą do wypłacenia świadczenia z tego tytułu według ubezpieczycieli jest pojawienie się między innymi patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem), co jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, gdzie owa zmiana nie jest konieczna do stwierdzenia wystąpienia zawału mięśnia sercowego¹⁵⁵.

Pomijanie umieszczenia definicji w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia może powodować niezrozumienie danego pojęcia przez konsumenta, a definicja powinna zostać sporządzona jednoznacznie, tak, aby potencjalny ubezpieczający był świadomy czego dotyczy ochrona¹⁵⁶. Poprawna definicja w OWU ma wpływ na to, czy dane zdarzenie będzie stanowić podstawę do roszczeń wobec zakładów ubezpieczeniowych w celu wypłaty świadczenia. Wydawałoby się jednym z najbardziej istotnych tematów jest prawidłowe zdefiniowanie wcześniej już wspomnianego zawału serca, gdyż jest to od lat najczęściej dotykająca Polaków choroba.

Stosowana przez ubezpieczycieli definicja nowotworu również odbiega od stanu wiedzy medycznej. Według piśmiennictwa, *nowotwór to tkanka rozrastająca się w organizmie autonomicznie i wbrew ogólnoustrojowej harmonii,*

*mimo że wywodzi się z tkanki prawidłowej; nowotwory niezłośliwe (np. włókniaki, tłuszczaki) rosną powoli, nie niszczą okolicznych tkanek i nie dają przerzutów; złośliwe (np. raki, mięsaki) rosną szybko, przenikają tkanki otoczenia i niszczą je, produktami przemiany materii zatrzymują organizm, dają przerzuty.*¹⁵⁷ Natomiast ubezpieczyciele ograniczają nowotwór do ostrego stanu choroby, wyłączając na przykład najpopularniejsze rodzaje nowotworów skóry, pozostawiając jedynie ich złośliwą odmianę, stanowiącą jedynie 2% przypadków¹⁵⁸. Ogólna definicja choroby, która według definicji WHO *jest takim stanem organizmu, kiedy to czuje się on źle, a owego złego samopoczucia nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu. Przez dolegliwości rozumiemy przy tym doznania, które są przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń regulacji funkcji narządów, jest również swobodnie interpretowana przez ubezpieczycieli.* Firmy ubezpieczeniowe uznają chorobę za stan zdrowia, wymagający leczenia lub diagnostyki, bądź nawet ograniczają odpowiedzialność jedynie do choroby przewlekłej. Pozwala to na wyciągnięcie wniosku, iż ubezpieczyciele świadomie nie dążą do aktualizacji definicji według postępu medycyny, stosując nieadekwatne definicje oraz ograniczając swój zakres odpowiedzialności, wyszczególniając kolejne symptomy, bez wystąpienia których ubieganie się świadczenie jest bezpodstawne.

Metodą wyłączenia odpowiedzialności spotykaną często w ubezpieczeniach zdrowotnych jest *cream skimming*. Zachowanie to polega na ubezpieczaniu wybranych podmiotów spełniających określone warunki, dla których

¹⁵⁵ European Society of Cardiology, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation (2007).

¹⁵⁶ M.Orlicki, Kilka uwag o technice tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia, Wiadomości Ubezpieczeniowe 1/2011, 75-87.

¹⁵⁷ C. Sojecki. 1972. Leksykon PWN. Warszawa; 798.

¹⁵⁸ M. Berkan, Nowotwory nabłonkowe skóry, W: R. Kordek (red.), Onkologia, wyd. III, Via Medica, Gdańsk 2007, 274–278; D. Nejc, Czerniak, W: R. Kordek, Onkologia, op. cit., 279.

prawdopodobieństwo zrealizowania się ryzyka jest stosunkowo niskie. *Cream skinning* jest najbardziej widoczny w środowiskach obejmujących osoby wymagające wsparcia ze strony instytucji opiekuńczych, np. osoby niepełnosprawne, emeryci, dzieci, gdyż ubezpieczanie takich osób wiąże się z pokrywaniem wysokich kosztów ich leczenia przy jednoczesnym braku możliwości opłacania przez nie odpowiednio wysokich składek. Dlatego też osoby te często są skazane na korzystanie wyłącznie z publicznych ubezpieczeń, które wcale nie muszą zapewniać świadczeń opieki zdrowotnej dostosowanych do potrzeb tych pacjentów¹⁵⁹. Ubezpieczyciele natomiast kierują swoje produkty jedynie do wybranych grup bądź osób, wykluczając tym samym osoby objęte zagrożeniami społecznymi^{160 161}. W krajach, gdzie funkcjonują ubezpieczenia publiczne i prywatne często obserwowanym zjawiskiem jest przenoszenie pacjentów w trakcie ich leczenia z placówek prywatnych do placówek publicznych, gdzie osoby te mają zapewnione świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w ramach publicznego systemu. Dotyczy to w szczególności kosztochłonnych procedur, których ponoszenie jest w ten sposób przerzucane na publicznego płatnika¹⁶².

Z kolei dodatkowe klauzule ubezpieczeniowe, oferowane przez ubezpieczycieli do podstawowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, zmieniają zakres odpowiedzialności

w ten sposób, że z reguły rozszerzają ją o dodatkowe ryzyka jednocześnie ograniczając bądź wyłączając odpowiedzialność przy spełnieniu określonych przesłanek¹⁶³. Klauzule pozwalają na indywidualną konstrukcję ubezpieczenia, jednak często wiążą się z dodatkową opłatą dla ubezpieczającego¹⁶⁴. Mogą mieć charakter prewencyjny.

RYZIKO FANTOMOWE ORAZ FRANSZYZA REDUKCYJNA, FRANSZYZA INTEGRALNA I UDZIAŁ WŁASNY JAKO SZCZEGÓLNE FORMY OGRA NICZANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELI

Zakłady ubezpieczeń często ograniczają odpowiedzialność wprowadzając do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia franszyzę redukcyjną, integralną oraz udział własny. Franszyza integralna wyznacza próg kwotowy, poniżej którego ubezpieczyciel nie odpowiada za szkodę. Jest to sposób wyeliminowania szkód o niskiej wartości, w przypadku których koszt prowadzenia postępowania przerasta wartość szkody. W obecnej praktyce pojęcia franszyzy redukcyjnej i udziału własnego często są traktowane jako tożsame i prowadzą do ograniczenia ubezpieczenia, gdyż konsument bierze na swoje ryzyko część ewentualnej szkody. Istnieje możliwość przeniesienia pełnej odpowie-

¹⁵⁹ M.Polyakova. 2016. Risk selection and heterogeneous preferences in health insurance markets with a public option. *Journal of Health Economics*, vol. 49, September: 153-168. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.06.012>, dostęp 05.08.2017. ¹⁶⁰ B.Shapiro. 2017. Advertising in Health Insurance Markets. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2789904>, dostęp 05.08.2017.

¹⁶¹ N.Aizawa, Y.S. Kim, Risk selection and advertisement in the Medicare advantage market. <http://opim.wharton.upenn.edu/risk/ackoff/Ackoff2013/Aizawa+Kim.pdf>, Pobrano: 04.08.2017.

¹⁶² T. C. Cheng, J. Haisken-Denew, J. Yong. Cream skinning and hospital transfers in a mixed public-private system. *Social Science & Medicine*, vol. 132, May 2015, 156-164. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2015.03.035>, dostęp 05.08.2017.

¹⁶³ Np. klauzula nr 1 załącznika nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Ubezpieczenia Mienia Generali TU S.A., obowiązującego od 14.11.2016r.; klauzula nr 9 załącznika nr 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Warta Ekstrabiznes Plus TUiR Warta S.A. – tekst jednolity uwzględniający zmiany wprowadzone Anekssem nr 1/2015.

¹⁶⁴ Np. klauzula nr 511 załącznika do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk Ergo Hestia S.A. z dnia 01.01.2016r – opcjonalne klauzule dodatkowe; klauzula nr 26 załącznika do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Ogólnej, ustalone uchwałą nr UZ/16/2016 z dnia 15 stycznia 2016r. Zarządu PZU S. A.

działności na zakład ubezpieczający jednak wymaga to dodatkowej opłaty¹⁶⁵.

Ubezpieczyciel może również uwolnić się od odpowiedzialności w przypadku ryzyka fantomowego. Pojęcie to oznacza ryzyko, które wzbudza podejrzenie istnienia związku przyczynowego, jednak brak jest dowodów rzeczowych bądź naukowych potwierdzających ten związek¹⁶⁶. Czynniki wskazany jako sprawczy w rzeczywistości występuje, ale jest jednym z wielu elementów, które wywołują lub mogą wywoływać dany efekt; może też nie występować wcale w łańcuchu przyczynowo-skutkowym. Wskazana przyczyna jest statystycznie niepewna, a rezultat wykazuje wysoki stopień wątpliwości. Przykładem może tu być związek między działaniem pola elektromagnetycznego a zachorowaniem na chorobę nowotworową. Od późnych lat 70. XX wieku przeprowadzono ponad 40 badań epidemiologicznych dotyczących tego problemu i żadne z nich nie potwierdziło tej tezy¹⁶⁷. Innym przykładem ryzyka fantomowego może być związek między używaniem telefonu komórkowego na stacji paliw a pożarem na tej stacji, co spowodowało obowiązek ostrzegawczy w instrukcjach obsługi telefonów oraz na stacjach. Po przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że rzeczywistą przyczyną ognia jest elektryczność statyczna powstała podczas ponownego wejścia przez człowieka do samochodu w trakcie jego tankowania.

PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonych w niniejszym artykule rozważań wynika, że w praktyce ubezpieczeń zdrowotnych nadal stosowane są klauzule niedozwolone, przy czym niektóre w formie

bardzo wyrafinowanej. Najczęściej są to wyrażenia niedookreślone, które pozwalają na dość swobodną interpretację tych zapisów umowy ubezpieczenia, które dotyczą zobowiązań ubezpieczyciela. Mimo rygorystycznych przepisów chroniących interesy konsumenta w praktyce ubezpieczeniowej pojawiają się wciąż nowe sposoby wprowadzania do umów klauzul abuzywnych. Stąd konieczne jest stałe monitorowanie pojawiających się na rynku nowych ofert produktowych dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

PUBLIKACJE

Aizawa N., Kim Y.S., Risk selection and advertisement in the Medicare advantage market, dostęp 04.08.2017 <http://opim.wharton.upenn.edu/risk/ackoff/Ackoff2013/Aizawa+Kim.pdf>.

Berkan M. 2007. Nowotwory nabłonkowe skóry, [w:] R. Kordek (red.), *Onkologia*, wyd. III, Via Medica, Gdańsk, 274–278; D. Nejc, Czerniak, [w:] R. Kordek, *Onkologia*, op. cit., 279.

Bieniek G. 2006. Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, t.1, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.

Burgess A. 2007. Real and phantom risks at the petrol station: The curious case of mobile phones, fires and body static, *Health, Risk & Society*, vol. 9, Issue 1, 53–66.

¹⁶⁵ http://rf.gov.pl/pytania-i-odpowiedzi/ubezpieczenia-malych-i-srednich-przedsiębiorstw/Co_to_jest_fran-szyza_co_to_znaczy_udzial_wlasny__20332 dostęp 05.08.2017.

¹⁶⁶ P.W. Huber. 1995. Coping with phantom risks in the courts, *Risk: Health, Safety & Environment* (1990-2002), vol. 6 no. 2.

¹⁶⁷ K.R. Foster, D. E. Bernstein, P. W. Huber (red.). 1999. *Phantom risk: scientific inference and the law*. Cambridge, Massachusetts.

Cheng T.C., Haisken-Denew J., Yong J. 2015. Cream skimming and hospital transfers in a mixed public-private system. *Social Science & Medicine*, vol. 132, 156-164, dostęp 05.08.2017. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.035>.

Foster K.R., Bernstein D.E., Huber P. W. (red.).1999. *Phantom risk: scientific inference and the law*. Cambridge, Massachusetts.

Huber P.W. 1995. Coping with phantom risks in the courts, *Risk: Health, Safety & Environment* (1990-2002), vol. 6 no. 2.

Kiziewicz E. 2016. Wyczerpanie sumy gwarancyjnej – kiedy wytoczyć powództwo? [w:] *Monitor Ubezpieczeniowy*, Nr 56.

Krajewski M. 2004. „Wypadek ubezpieczeniowy” jest definiowany w doktrynie jako „zdarzenie, od którego zależy powstanie obowiązku świadczenia zakładu ubezpieczeń”- Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834 k.c. Komentarz, Warszawa: C.H.Beck, 53 i n.

Nawracała J. 2013. Ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ryzyk, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia (na przykładzie klauzuli wpisanej do rejestru niedozwolonych postanowień pod nr 3456), *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, nr 1, 57-69.

Orlicki M. 2011. Kilka uwag o technice tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia, *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, nr 1, 75-87.

Polyakova M. 2016. Risk selection and heterogeneous preferences in health insurance markets with a public option. *Journal of Health Economics*, vol. 49, 153-168, dostęp 05.08.2017. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.06.012>.

Shapiro B. 2017. Advertising in Health Insurance Markets, dostęp 05.08.2017. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2789904>.

Sojecki C. 1972. *Leksykon PWN*, Warszawa: Wydawnictwo PWN, 798.

Zagrobelny K. 2008. W: Gniewek E. *Kodeks cywilny. Komentarz*, , komentarz do art. 3853 *Kodeksu cywilnego*.

AKTY PRAWNE

Ustawa z dnia 2 marca 2000r. - O ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny, Dz. U. 2000 nr 22 poz. 271 z póź. zm.

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964r. - Kodeks cywilny, Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.

Ustawa z dnia 23 maja 2003 – O ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1152 z późn. zm.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

<http://rf.gov.pl/vademecum-ubezpieczonego/encyklopedia-ubezpieczen>,

Pobrano: 01.08.2017.

http://rf.gov.pl/pytania-i-odpowiedzi/ubezpieczenia-malych-i-srednich-przedsiębiorstw/Co_to_jest_franszyza_co_to_znaczy_udzial_wlasny___20332, Pobrano: 05.08.2017.

ORZECZNICTWO

Wyrok SA w Łodzi z dnia 14.03.1994 r., sygn. akt I Acr 62/96, OSA 1997, z.1, poz.4).

RAPORTY

Raport z kontroli wzorców umownych ubezpieczeń na życie. 2010. Warszawa, Departament Polityki Konsumenckiej UOKiK.

European Society of Cardiology, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation. 2007.

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Ubezpieczenia Mienia Generali TU S.A., obowiązującego od 14.11.2016r.; klauzula nr 9 załącznika nr 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Warta Ekstrabiznes Plus TUiR Warta S.A. – tekst jednolity uwzględniający zmiany wprowadzone Aneksem nr 1/2015.

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk Ergo Hestia S.A. z dnia 01.01.2016 – opcjonalne klauzule dodatkowe.

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Ogólnej, ustalone uchwałą nr UZ/16/2016 z dnia 15 stycznia 2016. Zarządu PZU S.A.