Miesięcznik

Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 11 I NUMER 2 I LUTY 2014

W NUMERZE:

Gorąco wokół rekomendacji bancassurance

Pojazd zastępczy, utrata wartości, regres do zarządcy dróg

Zabezpieczenia ppoż./Koszt zadośćuczynień/Szkodowość czyli co?/Obrona przed roszczeniem

Prenumerata – patrz str. 2 i 51.

Szkodowość

Każdy ubezpieczyciel wymaga podania szkodowości, ale różnice pomiędzy ubezpieczycielami w zakresie oczekiwanych danych są wyraźne. – Piotr Rapusta

Obecnie nie ma ustalonej definicji szkodowości wykorzystywanej jako baza oceny ryzyka. Praktyka pokazuje, że panuje tu daleko idąca swoboda, a nawet dowolność: każdy ubezpieczyciel wymaga podania szkodowości, ale różnice pomiędzy ubezpieczycielami w zakresie oczekiwanych danych są wyraźne.

Widać tu zresztą brak współpracy pomiędzy ubezpieczycielami. Szkodowość podaje ubezpieczyciel (czasem kilku), który w przeszłości udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Aż nadto widać więc, że wypracowanie standardu w zakresie informacji szkodowej przysporzyłoby korzyści całemu rynkowi ubezpieczeniowemu. Niestety takiego standardu nie ma, a dyskusje nie mają końca i raczej nie zanosi się na rychłe załatwienie problemu.

BRAK STANDARDU

Ubezpieczyciel ustala własny zakres informacji o szkodowości i oczekuje, że podmiot, który zwraca się o ofertę ubezpieczenia, te informacje mu dostarczy. Tymczasem podmiot ten ma problem. Musi bowiem polegać na informacji szkodowej przekazanej przez ubezpieczyciela lub ubezpieczycieli, którzy ubezpieczali go w przeszłości. Ci przekazują mu informacje, które są dla nich samych standardem. W rezultacie ubezpieczyciele nie otrzymują takiej informacji, która pozwoli im realnie ocenić ryzyko. Wiadomo zaś, że jeśli ryzyko jest przez ubezpieczyciela nie całkiem rozpoznane, to przyjmuje on wyższe wartości ryzyka. Skutkiem tego albo odmawia złożenia oferty, albo oferuje ubezpieczenie na trudno akceptowalnych warunkach.

Oferując ubezpieczenie, ubezpieczyciel chce wiedzieć, na jaki poziom odszkodowań (świadczeń) z zaoferowanego ubezpieczenia się naraża. Informacja szkodowa ma mu udzielić znaczącej wskazówki. Oferowanie ubezpieczeń to przedsięwzięcie niewątpliwie komercyjne, a więc ma przynosić zyski. Dlatego oczywiste jest, że ubezpieczyciel chce znać ryzyko obciążających go wypłat.

Piotr Rapusta jest radcą prawnym, prokurentem, dyrektorem Biura Prawnego i Odszkodowań, Akma-Brokers.

INFORMACJA SZKODOWA

Niezależnie od tego, jakie w praktyce obowiązują standardy u poszczególnych ubezpieczycieli, zastanówmy się, jakie winny być elementy składowe informacji szkodowej, aby dzięki niej dostrzec realne ryzyko w przyszłości, kiedy będzie trwać nowa umowa ubezpieczenia.

Aby ten efekt osiągnąć, szkodowość musi pokazywać w jak największym stopniu samą przyczynę, a i moment wystąpienia przyczyny (okoliczności) prowadzącej do powstania szkody. Sam moment wystąpienia szkody (tym bardziej, że szkoda to pojęcie dla ubezpieczycieli niejednolicie rozumiane), jak też kwota i data wypłaty odszkodowania czy rodzaj ubezpieczenia (np. autocasco, odpowiedzialność cywilna, ubezpieczenie ogniowe) niewiele nam powie o tym, jakie ryzyko powstania podobnych szkód (z podobnych przyczyn) istnieje dzisiaj i będzie istnieć w najbliższym, zwykle rocznym, okresie ubezpieczenia. Tak więc informacja szkodowa powinna jak najbardziej jednoznacznie pokazywać, dlaczego doszło do szkody. Oczywiście nie sposób oczekiwać od informacji szkodowej pełnej analizy przyczyn powstawania szkód, niemniej przyczyny te muszą być rozpoznane.

Informacja szkodowa jest dla ubezpieczyciela podpowiedzią co do tego, jaka jest podatność danego przedmiotu (interesu) ubezpieczenia na powstanie szkody w przyszłości. Takie ryzyko może to być związane nie tylko z okolicznościami, cechami i właściwościami dotyczącymi określonego podmiotu (interesu), ale także np. branżą lub regionem, w którym działa podmiot poszukujący ubezpieczenia.

Zasadniczo, ze względu na treść informacji, szkodowość należy podzielić na dwa obszary ubezpieczeń (zastrzegam, że opracowanie nie dotyczy ubezpieczeń życiowych – te wymagają osobnego potraktowania):

1. ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
2. ubezpieczenia zdarzeń losowych (w szerokim rozumieniu tego słowa, a więc nie tylko zdarzeń o charakterze siły wyższej, lecz także np. kradzieżowych czy finansowych).

W każdym z tych obszarów ubezpieczeń informacja szkodowa powinna uwzględniać inne potrzeby i specyfikę przyczyn powstawania szkód.

W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej istotne jest, aby wiedzieć, jaki oraz kiedy został popełniony czyn (albo zaniechano czynu), skutkiem którego jest szkoda i wypłata odszkodowania; czas, jaki minie od daty popełnienia czynu do powstania szkody, a tym bardziej wypłaty odszkodowania może być liczony nawet w dziesiątkach lat. Tymczasem w ubezpieczeniach zdarzeń losowych szkoda powstaje zwykle wraz z chwilą, gdy wystąpi zdarzenie ją wywołujące (np. pożar, powódź, wybuch). Zatem informacja szkodowa w ubezpieczeniach zdarzeń losowych, mówiąca jakie szkody wystąpiły w minionych kilku latach, zwykle podaje prawidłowy obraz ryzyka. Przy ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej wiarygodność informacji szkodowej zależy bardzo silnie od tego, czy poznajemy przyczyny powstania szkody i w jakim okresie te przyczyny wystąpiły. Jeśli przyczyny szkody miały miejsce długo przed powstaniem szkody, informacja szkodowa musi pokazać te przyczyny i umiejscowić je w czasie, a niezależnie od tego musi ona też pokazać datę powstania szkody, jej wielkość oraz daty wypłaty odszkodowań. Same daty wypłaty odszkodowań w zakresie ryzyka ubezpieczenia odpowiedzialno- ▶

ści cywilnej mają niewielki, a w wielu wypadkach nawet fałszywy ładunek informacyjny o realnym ryzyku.

UBEZPIECZENIA OC

Z uwagi na znaczne komplikacje z właściwym skonstruowaniem informacji szkodowej w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, należy temu tematowi poświęcić nieco więcej uwagi.

Jak już wspomniano, szczególnego znaczenia nabiera tutaj data popełnienia czynu powodującego szkodę. I nie ma tu znaczenia, na jakim triggerze oparte było ubezpieczenie. Data popełnienia czynu pokazuje ryzyko. Trigger pokazuje sposób jego ubezpieczenia. Data czynu, z którego wynika szkoda, roszczenia, a w efekcie wypłata z umowy ubezpieczenia, jest kwestia podstawową. Daje mocną podstawę do stwierdzenia, czy chodzi o ryzyko już wygasłe, względnie silnie ograniczone, czy też wciąż aktualne. Jeżeli czyn powodujący szkodę pochodzi sprzed wielu lat, to w latach następnych mogło dojść do wyeliminowania ryzyka lub jego redukcji. Wiedząc, że przyczyną szkody są odległe zdarzenia, ubezpieczyciel wie, że winien dokładniej zbadać, co się działo w następnych latach, w szczególności, w jakim stopniu szkody powstały z podobnych przyczyn.

Dla przykładu: jeśli szkoda została spowodowana poparzeniem pacjentki w trakcie korzystania z urządzenia rentgenowskiego w styczniu 2008 r. i po procesie sądowym ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie w roku 2013, to oczywiste jest, że kwalifikacja wypłaconej kwoty na poczet szkodowości za rok 2013 jest z gruntu błędna. Nie obrazuje ona w żadnej mierze ani ryzyka istniejącego w roku 2013, ani ryzyka z roku 2014, obraz którego informacja szkodowa ma przecież przedstawiać. W tej sytuacji koniecznym jest wyjaśnienie, czy a jeśli tak, to jak podmiot poszukujący ochrony wyeliminował względnie ograniczył możliwość powstania podobnej szkody. Skoro jest mowa o zachowaniu szpitala sprzed 6 lat, to trzeba wyjaśnić, czy szpital w tej kwestii się zmienił. Gdyby w podanym przykładzie szpital zainstalował najnowocześniejszy sprzęt i zatrudnił wysoko kwalifikowany personel, a tym bardziej, gdyby w ogóle zlikwidował zabiegi z użyciem takiego sprzętu, to jasne jest, że informacja o samej szkodzie wypłaconej w roku 2013 jest niewiele, jeśli nie nic, warta.

Używanie informacji szkodowej w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej musi się łączyć z daleko idącą refleksją nad przyczynami szkód i stosowne do ustaleń rozbudowaną dodatkową informacją o zdarzeniach, które w przyszłości zmodyfikowały ryzyko powstania szkody z podanej przyczyny. Przepis art. 815 k.c. daje ubezpieczycielowi ogromne możliwości pozyskiwania informacji o okolicznościach, które budują ryzyko i to nie tylko przy zawieraniu, ale także w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

Stosownie do § 1 art. 815 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. Wedle § 2 art. 815 ubezpieczyciel może wymagać, aby w czasie trwania umowy zgłaszać mu zmiany okoliczności wymienionych w paragrafie poprzedzającym. Konsekwencją niedotrzymania tych warunków jest brak odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości, przy czym naruszenie spowodowane winą umyślną powoduje, iż w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem niezgłoszenia lub wadliwego zgłoszenia ww. okoliczności.

Tymczasem ubezpieczyciele nie w pełni wykorzystują te możliwości, co potwierdza m.in. analiza ogólnych warunków ubezpieczenia, gdzie ubezpieczyciele podają, jakie informacje są im potrzebne, aby zawrzeć umowę ubezpieczenia. Kwestie te szeroko i trafnie przedstawia Maria Tomaszewska-Pestka w artykule

„Szkodowość. Czyli co?" (zobacz: http://labrisk.pl/blog/szkodowosc-czyli-co/#more-678).

Autorka przytacza postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, z których wynika, jakich ubezpieczyciele oczekują informacji szkodowych:

- PZU – „ilość i wielkość szkód ze zdarzeń zaistniałych w okresie 3 ostatnich lat.";
- Ergo Hestia – „liczbę i wielkość szkód spowodowanych w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających rozpoczynający się okres ubezpieczenia.";
- Warta – „dane dotyczące przyczyny, liczby i wartości dotychczasowych roszczeń zgłoszonych wobec Ubezpieczającego/Ubezpieczonego oraz wypłaconych odszkodowań w zakresie odpowiedzialności cywilnej mającej być przedmiotem ubezpieczenia.";
- Allianz – „liczbę, wielkość, rodzaj szkód powstałych w okresie ostatnich pięciu lat, za których powstanie odpowiedzialny jest Ubezpieczony lub z których roszczenia wysunięto wobec niego w tym okresie";
- Uniqa – „oświadczenie o zgłoszonych szkodach i wypłaconych odszkodowaniach w okresie ostatnich 5 lat, z uwzględnieniem ich ilości, rodzaju i rozmiaru każdej z nich (w przypadku gdy ilość szkód przekracza 5 rocznie, za zgodą UNIQA TU S.A. można odstąpić od podania rozmiaru i rodzaju każdej ze szkód wykazując ich łączną roczną wysokość oraz ilość określając przy tym rodzaj szkód głównie występujących w danym roku)".

W uzupełnieniu dodam, że InterRisk wymaga podania „informacji na temat szkodowości za ostatnie 3 lata (ilość, rodzaj i wielkość szkód, z rozbiciem na poszczególne lata)". Należy też zauważyć, że są też ubezpieczyciele (jak Generali), którzy w ogólnych warunkach ubezpieczenia w ogóle nie podają, jakiej informacji szkodowej oczekują.
Różnice pomiędzy ubezpieczycielami w zakresie treści oczekiwanej informacji szkodowej są ogromne.
PZU interesują zdarzenia, które zaszły w ciągu ostatnich trzech lat i wynikłe z nich szkody. Warta oczekuje danych o przyczynach, liczbie i wartości roszczeń i odszkodowań, choć nie wiadomo za jaki okres wstecz. Pomijając drugorzędne różnice, Ergo Hestia, Allianz oraz Uniqa chcą informacji o szkodach, które zaszły w ciągu ostatnich 5 lat. InterRisk także oczekuje informacji o szkodach, ale tylko za 3 lata.

Łatwo dostrzec, że w ramach informacji szkodowej ubezpieczycieli nie zawsze interesują dane, które – zgodnie z tym, co wyżej podniesiono – są miarodajne dla oceny ryzyka w ubezpieczeniach OC. Zasadniczo ubezpieczyciele chcą jedynie wiedzieć, jakie szkody wystąpiły w okresie od 3 do 5 lat wstecz. W tym zakresie zdecydowanie pozytywnie należy ocenić stanowisko Warty, a nawet PZU, sięgają bowiem one także do przyczyn szkód (z tą uwagą, iż Warcie brakuje sprecyzowania okresu, za jaki wymaga przedmiotowej informacji).
Można się domyślać, że przedstawione różnice mają swoją przyczynę w triggerach, na jakich ubezpieczyciel opiera ubezpieczenie OC. Jednak analiza pokazuje, że wcale tak nie jest.
PZU, Warta i Ergo Hestia wymagają odmiennych informacji szkodowych, ale trigger stosują taki sam, tj. wymagają, aby w okresie ubezpieczenia nastąpił wypadek rozumiany jako śmierć, uszkodzenie ciała, doznanie rozstroju zdrowia, utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy i czyste straty finansowe.
Konsekwencję wykazuje jednak Allianz. Wymaga informacji o szkodach i wymaga, aby szkoda wystąpiła w okresie ubezpieczenia. Tyle tylko, że szkodę definiuje jako straty, utracone korzyści i czyste straty finansowe powstałe w okresie ubezpieczenia.
Uniqa i InterRisk wymagają podobnej informacji szkodowej (o zniszczeniach/uszkodzenia i stratach/utraconych korzyściach z nich wynikających), ale trigger mają inny niż Allianz czy Ergo Hestia. Obydwaj ci ubezpieczyciele stosują taki sam trigger (polegający na ochronie uzależnionej od zajścia w okresie ubezpieczenia zdarzenia bezpośrednio powodującego szkodę).

Niemal identyczny trigger jak Uniqa i InterRisk stosuje Generali, ale w przypadku tego ubezpieczyciela nie wiadomo, jak jest wymagana informacja szkodowa.

Jak widać w tej materii panuje całkowita dowolność, żeby nie powiedzieć chaos. Wydawałoby się zatem, że informacja szkodowa koresponduje z triggerem. Ale na przykładzie Ergo Hestii widać, że nie zawsze tak jest. Skoro Ergo Hestia obejmuje ochroną zniszczenia i uszkodzenia (uszczerbki fizyczne, cielesne, a nie wynikające z nich straty czy utracone korzyści) zaszłe w okresie ubezpieczenia, to logiczne jest, że informacja szkodowa winna obejmować dane o zniszczeniach, uszkodzeniach (uszczerbkach), tj. kiedy miały miejsce i na czym polegały, a nie dane o tym, jaki skutek finansowy spowodowały. Tymczasem w ramach informacji szkodowej Ergo Hestia wymaga podania „liczby i wielkość szkód spowodowanych w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających rozpoczynający się okres ubezpieczenia". Definiując w OWU szkodę jako straty lub utracone korzyści, a nie zniszczenie czy uszkodzenie, a zarazem w tych samych OWU zamieszczając wymóg podania informacji szkodowej obejmującej szkody, należy rozumieć, że informacja szkodowa podawana Ergo Hestii winna objąć „straty i utracone korzyści", czyli kwoty strat i utraconych korzyści w rozbiciu na szkodę. Nie koresponduje to zatem z treścią triggera.

Ciekawe podejście prezentuje natomiast PZU. W ramach informacji szkodowej wymaga bowiem podania „ilości i wielkości szkód ze zdarzeń zaistniałych w okresie 3 ostatnich lat", a triggerem obejmuje fizyczny uszczerbek lub rozstrój zdrowia, śmierć itp., a nie konsekwencje powyższych zdarzeń (straty/utracone korzyści). Mimo wszystko takie podejście ma sens.

PODSUMOWANIE

Szkodowość to niezwykle ważny czynnik oceny ryzyka. Ale aby dobrze spełniał swą rolę, musi być wypełniony „dobrą" treścią. „Dobra" informacja szkodowa może pokazać, że szkody, do których się odnosi, a ściślej możliwe przyczyny szkód, są już nieaktualne albo wciąż generują ryzyko powstania szkód. Pomimo wysokiej szkodowości (wysokich wypłat) klient może się charakteryzować całkiem niewielkim ryzykiem. O czym powinna powiedzieć m.in. dobra informacja szkodowa. Podmiot poszukujący ochrony winien otrzymać taka ofertę, na jaką zasługuje z uwagi m.in. na szkodowość. Wówczas można będzie powiedzieć, że ubezpieczyciel i ubezpieczany przez niego podmiot są zadowoleni z kontraktu i czują dobry interes, a w dalszej – także przecież ważnej – perspektywie, mogą przyczynić się do budowania wartości ogólnych, jak choćby pozytywnego wizerunku rynku ubezpieczeniowego. ❑