



**Rzecznik
Finansowy**

www.rf.gov.pl

RAPORT RZECZNIKA FINANSOWEGO

Ubezpieczenia turystyczne

Warszawa, czerwiec 2018 r.

Spis treści

Wstęp	4
Rozdział I – Ubezpieczenia turystyczne – stan prawny	8
1. Podstawowe zasady prawa ubezpieczeniowego	9
2. Zabezpieczenie pokrycia kosztów powrotu klientów z zagranicznej imprezy turystycznej i zwrotu wniesionych przez nich wpłat.....	13
2.1. Formy obowiązkowego zabezpieczenia na rzecz klientów	15
2.2. Turystyczny Fundusz Gwarancyjny	18
3. Zabezpieczenie roszczeń dochodzonych od przedsiębiorców świadczących usługi turystyczne obejmujące polowania	20
4. Ubezpieczenie uczestników zagranicznych imprez turystycznych.....	22
5. Ubezpieczenie uczestników wycieczek i imprez zagranicznych organizowanych przez szkoły	23
Rozdział II – Analiza produktowa polskiego rynku ubezpieczeń turystycznych	25
1. Przedmiot ubezpieczeń turystycznych	26
1.1. Koszty leczenia, transportu i ratownictwa	26
1.2. Assistance	30
1.3. Odpowiedzialność cywilna	33
1.4. Następstwa nieszczęśliwych wypadków	35
1.5. Bagaż podróży.....	37
1.6. Sprzęt sportowy i narciarski	38
1.7. Koszty rezygnacji z imprezy turystycznej, zmiany rezerwacji oraz przerwania podróży	39
1.8. Podróż samolotem	41
1.9. Utrudnienia w skorzystaniu z trasy narciarskiej	42
2. Zakres terytorialny.....	42
3. Okres ubezpieczenia.....	44
4. Suma ubezpieczenia, udział własny.....	45
5. Wyłączenia odpowiedzialności.....	49

6. Rozszerzenia ochrony	52
Rozdział III – Sprzedaż ubezpieczeń turystycznych	55
1. Podmioty dystrybuujące ubezpieczenia turystyczne	56
1.1. Sprzedaż transgraniczna ubezpieczeń (<i>cross-border</i>)	58
2. Sposoby dystrybucji ubezpieczeń turystycznych.....	60
2.1. Regulacje prawne w zakresie dystrybucji ubezpieczeń.....	60
2.2. Sprzedaż z wykorzystaniem klasycznych kanałów sprzedaży – bezpośrednia zakładów ubezpieczeń, poprzez agentów ubezpieczeniowych i poprzez brokerów.....	62
2.3. Sprzedaż przez organizatorów turystycznych	63
2.4. Sprzedaż zdalna ubezpieczeń turystycznych.....	66
2.4.1. Sprzedaż z wykorzystaniem elektronicznych narzędzi dostępu do nabycia usługi (sprzedaż <i>on-line</i>).....	67
2.4.2. Sprzedaż z wykorzystaniem operatorów sieci komórkowych	68
2.4.3. Sprzedaż w punktach samodzielnej obsługi (polisomaty, bankomaty) .	69
2.5. <i>Cross-selling</i> ubezpieczeń turystycznych z innymi produktami (bilety lotnicze, usługi bankowe, karty studenckie)	70
2.6. Inne formy sprzedaży ubezpieczeń turystycznych (<i>social selling</i> , czyli polisa z Facebooka).....	72
3. Formy zawarcia umowy.....	72
4. Wpływ EKUZ na decyzję o zakupie ubezpieczenia turystycznego	73
Rozdział IV – Likwidacja szkód z umów ubezpieczeń turystycznych	76
1. Zgłoszenie szkody	76
1.1. Forma i sposób zgłoszenia	76
1.2. Termin zgłoszenia szkody	76
1.3. Zakres informacji wymaganych w zgłoszeniu szkody	78
1.4. Informacje i dok. niezbędne do przeprowadzenia likwidacji szkody	78
2. Obowiązki ubezpieczonego (ubezpieczającego) w razie wystąpienia szkody	79
3. Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	80
4. Świadczenia zakładu ubezpieczeń i sposób ich ustalania.....	83
4.1. Rodzaje świadczeń	83

4.2. Sposób ustalania świadczeń.....	85
5. Termin likwidacji szkody.....	94
6. Procedura reklamacyjna	95
7. Najczęstsze problemy związane z likwidacją szkód z umów ubezpieczeń turystycznych	96
Rozdział V – Analiza problemów z zakresu ubezpieczeń turystycznych na przykładzie skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego w latach 2016- 2017	100
1. Odmowa pokrycia/refundacji kosztów leczenia lub udzielonej pomocy med101	
2. Odmowa wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu.....	110
3. Odmowa wypłaty odszkodowania związanego z uszkodzeniem lub utratą bagażu podróżnego	114
4. Odmowa wypłaty odszkodowania z tytułu opóźnienia bądź odwołania lotu	122
5. Odmowa wypłaty odszkodowania z tytułu rezygnacji z podróży	125
Rozdział VI – Ubezpieczenia turystyczne – aspekty międzynarodowe.....	130
1. Ubezpieczenia turystyczne w Finlandii.....	130
2. Ubezpieczenia turystyczne w Wielkiej Brytanii.....	131
3. Opisy przykładowych sporów rozstrzyganych przez Financial Ombudsman Service	133
3.1. Odmowa wypłaty świadczenia z powodu spożycia alkoholu.....	133
3.2. Odmowa wypłaty świadczenia za anulowaną wycieczkę narciarską	134
3.3. Złamanie ręki na wakacjach.....	135
3.4. Wypadek na stoku	136
Zakończenie.....	138

Wstęp

Przed nami wiele okazji do krótszego i dłuższego odpoczynku, gdy nadchodzi wreszcie wyczekiwany przez wielu sezon urlopowy czy tygodnie ferii zimowych. Wakacje letnie, a także zimowe to nie tylko olbrzymia przyjemność, lecz również szereg poważnych zagrożeń związanych z wyjazdem, które można wyeliminować – lub w pewien sposób ograniczyć – za pomocą oferowanych na rynku rozwiązań ubezpieczeniowych.

Niniejszy Raport Rzecznika Finansowego ma na celu z jednej strony uzmysłowienie zagrożeń związanych z aktywnością podejmowaną podczas sezonu urlopowego, z drugiej strony chodzi o ukazanie dostępnych na rynku rozwiązań ubezpieczeniowych oraz mechanizmów ich działania. Głównym zamierzeniem autorów jest przystępne przedstawienie oferowanych na rynku produktów ubezpieczeniowych zabezpieczających w coraz szerszym zakresie interesy konsumentów, a także wskazanie ich istotnych elementów, co powinno pozwolić na uniknięcie nietrafionych wyborów, skutkujących – jak pokazuje doświadczenie – rozczarowaniem i stratami finansowymi. W Raporcie autorzy skupili się również na: ukazaniu obowiązujących regulacji prawnych, szczególnie wymogów regulacyjnych, i zwiększonych w ostatnim czasie zabezpieczeń konsumentów w postaci pokrycia kosztów ich powrotu oraz zwrotu wniesionych przez nich wpłat; opisanu innowacyjnych sposobów dystrybucji tego rodzaju ubezpieczeń; ukazaniu procesu obsługi szkód; a także prezentacji problemów pojawiających się w praktyce obrotu. W Raporcie zostały również zasygnalizowane doświadczenia i obserwacje z innych, wybranych europejskich krajów związane z tym typem ubezpieczeń.

Opracowanie przeznaczone jest przede wszystkim dla osób wybierających się na wakacje – konsumentów usług ubezpieczeniowych – stąd wiele odwołań do przykładów obserwowanych w postępowaniach interwencyjnych Rzecznika oraz praktycznych wskazówek mających zwrócić uwagę Czytelników na najistotniejsze problemy. Publikacja została przygotowana głównie z myślą o osobach, które planują wyjazdy urlopowe za granicę, tym niemniej – wobec widocznych w ostatnich latach globalnych trendów migracji zarobkowej oraz stosunkowo

częstego przemieszczania się szczególnie przedstawiciele młodszych pokoleń – będzie ona przydatna również dla osób jadących na studia, staż, praktyki zawodowe czy do pracy za granicą.

Autorzy wyrażają też nadzieję, że opracowanie to stanie się zarówno przystępnie zredagowaną „ściągawką” dla przedstawicieli mediów, pomocną w prezentacji problematyki ubezpieczeń turystycznych, jak i podręczną pomocą dla pośredników ubezpieczeniowych, przydatną w poszukiwaniu wraz z klientami optymalnych rozwiązań ubezpieczeniowych, co nabiera szczególnego znaczenia wobec zbliżającego się poważnego wyzwania dla całej branży, czyli wejścia w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, będącej implementacją do prawa krajowego dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (zwanej dyrektywą IDD).

Pierwszy rozdział Raportu poświęcony został szczegółowemu omówieniu niedawno wprowadzonych do obrotu zmian, w tym poruszono zagadnienie obwarowań prawnych wiążących się z zabezpieczeniem pokrycia kosztów powrotu klientów z zagranicznej imprezy turystycznej oraz zwrotu wniesionych przez nich wpłat. W rozdziale tym wskazano również na podstawowe zasady prawa ubezpieczeniowego oraz omówiono pozostałe wymogi związane z ubezpieczeniami turystycznymi wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

Następny, kluczowy rozdział niniejszego Raportu, zawiera pogłębioną analizę produktową segmentu ubezpieczeń turystycznych, której celem jest przedstawienie mechanizmów rządzących poszczególnymi produktami wchodzącymi w skład pakietu ubezpieczeniowego oraz pobudzenie klientów do analizy ich indywidualnych potrzeb ubezpieczeniowych, a tym samym pomoc w optymalnym zabezpieczeniu się podczas wyjazdu turystycznego. Analizując własne potrzeby ubezpieczeniowe, trzeba bowiem pamiętać o dobrach, które są narażone na uszczerbek w związku z wyjazdem turystycznym. Katalog zagrożeń związanych z wyjazdami urlopowymi jest szeroki, a spotykane ryzyka mogą dotyczyć niemal każdego z nas. Wszystkie te zagrożenia mogą zostać wyeliminowane lub ograniczone poprzez wybór adekwatnych do ryzyk rozwiązań

ubezpieczeniowych, zapewniających ochronę odpowiednią do indywidualnych potrzeb.

W ramach dostępnych na polskim rynku ofert przedmiot i zakres ubezpieczenia są określone przez poszczególne zakłady ubezpieczeń w dość zbliżony sposób. Równocześnie w ostatnich latach – w dobie zwiększonej konkurencyjności – widoczne są tendencje do różnicowania ofert, co przejawia się przede wszystkim w stosowaniu przez ubezpieczycieli różnego rodzaju wariantów czy opcji, rozmaitym określaniu zakresu terytorialnego udzielanej ochrony oraz możliwych rozszerzeniach ochrony w ramach klauzul dodatkowych. Podobnie system przysługujących świadczeń jest dość rozbudowany i często zależy od wyboru wariantu ubezpieczenia oraz od tego, czy zakres ochrony został rozszerzony o klauzule (opcje) dodatkowe. Najczęściej oferty dla wypoczywających osób konstruowane są w formie pakietowej – różne ubezpieczenia powiązane z wyjazdem wypoczynkowym zamieszczane są w ramach jednej kompleksowej umowy ubezpieczenia, tzw. pakiecie ubezpieczeń turystycznych. Warunki umów ubezpieczenia, a także mnogość wariantów i możliwość skorzystania z dodatkowych opcji powodują, że aby świadomie zapewnić sobie dobre ubezpieczenie na czas wyjazdu turystycznego, nie można pominąć szczegółowej analizy takich ofert – zwłaszcza ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.) stanowiących treść umowy. Tylko to pozwoli uniknąć wszelkich nieporozumień i rozczarowań w razie zajścia wypadku. Analizując kolejno prezentowane przez zakłady ubezpieczeń oferty, trzeba zwracać uwagę na zasady nimi rządzące, określenie sytuacji, w których można ubiegać się o odszkodowanie, wysokość sum ubezpieczenia (kwot, do których w poszczególnych przypadkach odpowiada ubezpieczyciel) oraz – czasami bardzo szeroki – katalog wyłączeń spod ochrony ubezpieczeniowej (sytuacji, w których zakład ubezpieczeń nie wypłaci odszkodowania). Wobec rosnącej tendencji do aktywnego spędzania czasu szczególną uwagę w tym rozdziale zwrócono również na kwestie ubezpieczeniowe związane z uprawianiem różnorodnych dyscyplin sportu.

Problematyką poruszaną w trzecim rozdziale Raportu jest dystrybucja ubezpieczeń turystycznych. Podkreślone zostały innowacyjność oraz dynamiczny rozwój kanałów dystrybucji tych ubezpieczeń. Testowane od lat – z pozytywnym

skutkiem – w tym segmencie rynku nowatorskie sposoby sprzedaży produktów ubezpieczeniowych są obecnie przenoszone na inne gałęzie ubezpieczeń gospodarczych.

Rozdział czwarty poświęcony został omówieniu procesu likwidacji szkód z ubezpieczeń turystycznych. Szczególną uwagę zwrócono na kwestie związane z prawidłowym zgłoszeniem szkody, dokumentami niezbędnymi do sprawnego przeprowadzenia likwidacji szkody, a także formą, sposobem i terminem tejże. Omówiono również katalog świadczeń przysługujących ubezpieczonym, sposób ich ustalania, obowiązki ubezpieczonego (ubezpieczającego) w razie wystąpienia szkody oraz terminy likwidacji szkód, a także procedurę reklamacyjną w przypadku niezadowolenia konsumenta ze świadczonej usługi ubezpieczeniowej.

Kolejny rozdział to prezentacja na przykładach najczęstszych problemów, z którymi spotykają się konsumenci ubezpieczeń turystycznych i które zgłaszają do Biura Rzecznika Finansowego, prosząc o interwencję czy kierując zapytania i prośby o porady. Ukazanie licznych przykładów ma uczulić konsumentów na sytuacje, które mogą doprowadzić do braku ochrony lub utraty prawa do świadczenia.

Ostatni rozdział poświęcony został doświadczeniom i obserwacjom z dwóch wybranych krajów europejskich, przy czym obszerniej zostały zaprezentowane problemy rynku brytyjskiego, na którym z ubezpieczeń turystycznych korzysta wyjątkowo wysoka liczba konsumentów. Autorzy raportów Rzecznika Finansowego starają się, aby pojawiała się w nich, choćby w ograniczonych zakresie, komparatystyka – jako dająca szersze spojrzenie na omawiane zagadnienia – gdyż ma ona dużą wartość poznawczą. Doświadczenia z zagranicy mogą być ponadto inspirujące dla zakładów ubezpieczeń, które modyfikując ofertę produktową, starają się dostosowywać do aktualnych trendów i oczekiwań potencjalnych klientów.

Rozdział I – Ubezpieczenia turystyczne – stan prawny

Z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa ubezpieczenia turystyczne nie tworzą autonomicznej kategorii ani też nie są w odrębny sposób przez prawo regulowane. Pojęciem tym można się jednak posłużyć w odniesieniu do rozmaitych rodzajów i grup ubezpieczeń, które łączy kryterium funkcjonalne – związek z turystyką¹. Zapewniają one bowiem ochronę przed ryzykami, które wiążą się z podejmowaniem przez ludzi aktywności turystycznej, czyli korzystaniem z różnych form turystyki lub też ich organizowaniem (w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub poza nią). Ubezpieczenia, które można określić mianem turystycznych, tworzą bardzo zróżnicowaną grupę. Niektóre z nich mają charakter obowiązkowy, jednak zdecydowana większość jest dobrowolna, a w konsekwencji również co do ich treści stosuje się zasadę swobody umów. Mogą być one przy tym zawierane zarówno przez organizatorów turystyki (przedsiębiorców turystycznych oraz podmioty i osoby działające *non-profit*) – na własną rzecz lub na rzecz turystów, jak też przez samych turystów albo inne jeszcze osoby – na rzecz turystów właśnie.

W celu wprowadzenia do tematyki ubezpieczeń turystycznych w niniejszym rozdziale omówione zostaną te zasady prawa ubezpieczeń, które znajdują zastosowanie w odniesieniu do tej kategorii ubezpieczeń, a jednocześnie są najistotniejsze dla osób chcących w świadomy i jak najlepszy sposób zabezpieczyć swój pobyt turystyczny przed wiążącymi się z tym ryzykami. Następnie zaś przedstawione zostaną regulacje prawne nakładające obowiązek zawarcia ubezpieczeń (lub innych form zabezpieczenia interesów klientów) na podmioty prowadzące działalność związaną z organizacją imprez turystycznych, a także przewidujące przymus posiadania przez turystów ochrony ubezpieczeniowej.

¹ E. Kowalewski, *Ubezpieczenia turystyczne*, [w:] M. Nesterowicz (red.), *Odpowiedzialność biur podróży a ochrona klientów w prawie polskim i Unii Europejskiej*, Toruń 2013, s. 162–163.

1. Podstawowe zasady prawa ubezpieczeniowego

Stosownie do art. 805 § 1 i 2 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: w ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku, zaś w ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Jedną ze stron umowy ubezpieczenia jest zatem zawsze ubezpieczyciel, czyli zakład ubezpieczeń – przedsiębiorca, który dysponuje zezwoleniem na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej. W zamian za składkę, którą zobowiązuje się zapłacić ubezpieczający (druga ze stron umowy ubezpieczenia, która we własnym imieniu zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia), ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, a więc przyjmuje na siebie ryzyko zapłaty określonej sumy pieniężnej (świadczenia ubezpieczeniowego) w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (wypadku ubezpieczeniowego).

Umowa ubezpieczenia spełnia przede wszystkim funkcję ochronną, jej głównym celem jest bowiem kompensowanie szkód, które powstały w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, albo też udzielanie umówionego wsparcia finansowego, gdy z powodu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w życiu osoby ubezpieczonej stało się ono potrzebne.

Osobę, której interesu majątkowego albo sytuacji życiowej dotyczy przewidziany w umowie ubezpieczenia wypadek ubezpieczeniowy, określa się mianem ubezpieczonego. Ubezpieczonym jest albo ubezpieczający, jeśli to jego interes jest objęty ochroną ubezpieczeniową, albo też osoba, na której rachunek umowa ubezpieczenia została przez ubezpieczającego zawarta (art. 808 § 1 k.c.).

Szczególnie istotne jest rozróżnienie ubezpieczeń majątkowych i osobowych. W ubezpieczeniach majątkowych przedmiotem ubezpieczenia jest interes majątkowy osoby objętej ubezpieczeniem, natomiast w ubezpieczeniach osobowych przedmiotem ubezpieczenia są przede wszystkim określone dobra osobiste człowieka związane z jego życiem i zdrowiem. Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu (art. 821 k.c.). Ten interes może dotyczyć również odpowiedzialności cywilnej, co znajduje wyraz w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. W takim przypadku uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (poszkodowany) może dochodzić swoich roszczeń bezpośrednio od ubezpieczyciela (art. 822 § 1 i 4 k.c.). Z kolei ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć: przy ubezpieczeniu na życie – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, a przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (art. 829 § 1 k.c.). Osobę uprawnioną do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego określa się mianem uposażonego (art. 831 § 1 k.c.).

Ważnym elementem regulacji prawnej dotyczącej umowy ubezpieczenia są przepisy chroniące ubezpieczających, zwłaszcza będących konsumentami bądź po prostu osobami fizycznymi. Ze względu na daleko posuniętą asymetrię informacji oraz różnicę potencjałów są oni stroną zdecydowanie słabszą od znacznie silniejszych ekonomicznie zakładów ubezpieczeń. Dlatego też przepisy kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia mają charakter bezwzględnie obowiązujący (art. 807 § 1 k.c.), zdecydowano się również na rozszerzenie stosowania niektórych przepisów dotyczących ochrony konsumentów na osoby fizyczne, które nie są konsumentami, lecz przedsiębiorcami (art. 805 § 4 k.c.), a także na ubezpieczonych, na rachunek których zawarta została umowa ubezpieczenia, o ile nie wiąże się ona bezpośrednio z prowadzoną przez nich działalnością gospodarczą lub zawodową (art. 808 § 5 k.c.).

Stosownie do przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej² podstawą udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez zakład ubezpieczeń może być tylko i wyłącznie umowa ubezpieczenia zawarta z ubezpieczającym. Przed jej zawarciem zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego będącego osobą fizyczną o prawie właściwym dla umowy, jak również o sposobie i trybie rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia. Przed zawarciem umowy ubezpieczyciel ma również obowiązek doręczyć ubezpieczającemu ogólne warunki ubezpieczenia (dalej także: o.w.u.) – w przeciwnym razie nie będą one wiążące ani dla ubezpieczającego, ani dla innych osób korzystających z ochrony ubezpieczeniowej. O.w.u. określają m.in. rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot, prawa i obowiązki stron umowy, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, sposób określania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz przesłanki i tryb wypowiedzenia umowy (lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego). Tak o.w.u. i inne wzorce umowy, jak i sama umowa ubezpieczenia muszą być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a jeśli ich postanowienia są sformułowane niejednoznacznie, interpretuje się je na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Zakład ubezpieczeń zawiera ponadto w stosowanych przez siebie wzorcach umów – w szczególności w o.w.u. – informacje o tym, które postanowienia określają m.in. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, a także koszty oraz wszelkie inne obciążenia. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek – w szczególności ubezpieczenia grupowego – zakład ubezpieczeń przekazuje te informacje osobie zainteresowanej za pośrednictwem ubezpieczającego. O.w.u. oraz inne wzorce umowy powinny być ponadto umieszczone na stronie internetowej zakładu ubezpieczeń.

² Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1170 z późn. zm.

Z kolei ubezpieczający (a także ubezpieczony, który wie o zawarciu umowy na jego rachunek) jest obowiązany podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Jeśli natomiast okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał, nie zostaną ujawnione zgodnie z omawianym obowiązkiem, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za ich skutki. W przypadku zaś gdy do naruszenia tego obowiązku doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem tych właśnie okoliczności. O ile w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał przez jej zawarciem, ubezpieczający jest obowiązany o nich niezwłocznie zawiadamiać.

Zawarcie umowy powinno zostać potwierdzone przez ubezpieczyciela dokumentem ubezpieczenia (art. 809 § 1 k.c.), który nazywany jest najczęściej polisą bądź certyfikatem. Różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy, w razie zaś niedopełnienia tego obowiązku nie może on powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego (art. 812 § 8 k.c.).

Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej (art. 812 § 8 k.c.). Składkę oblicza się bowiem za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku więc wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa,

ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (art. 813 § 1 k.c.).

Umowa ubezpieczenia ma co do zasady charakter dobrowolny. Niemniej jednak ustawa lub ratyfikowana przez Polskę umowa międzynarodowa mogą nakładać obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeśli tak właśnie jest, a dodatkowo przedmiotem takiego ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna podmiotu, wówczas podstawowe zasady tego ubezpieczenia regulowane są przez przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych³ (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych). W każdym z obowiązkowych ubezpieczeń w tym ścisłym rozumieniu muszą zostać normatywnie wskazane: minimalna suma gwarancyjna, szczegółowy zakres ubezpieczenia i termin powstania obowiązku ubezpieczenia. Natomiast pozostałe ubezpieczenia, których obowiązek również został nałożony przez obowiązujące przepisy prawa, w tym zwłaszcza ubezpieczenia osobowe (np. NNW), określa się często dla rozróżnienia mianem ubezpieczeń przymusowych⁴.

2. Zabezpieczenie pokrycia kosztów powrotu klientów z zagranicznej imprezy turystycznej i zwrotu wniesionych przez nich wpłat

Prawo europejskie nakłada na państwa członkowskie obowiązek przyjęcia rozwiązań prawnych zapewniających, by organizatorzy imprez turystycznych posiadali zabezpieczenie na potrzeby zwrotu wszystkich wpłat dokonanych przez podróżnych lub w ich imieniu w zakresie, w jakim dane usługi nie zostały wykonane w wyniku niewypłacalności organizatora. W razie gdy umowa o udział w imprezie turystycznej obejmuje przewóz pasażerów, organizatorzy muszą ponadto posiadać zabezpieczenie na potrzeby powrotu podróżnych do kraju (bądź kontynuacji imprezy turystycznej). Jeśli realizacja imprezy turystycznej jest zagrożona na skutek niewypłacalności organizatora, zabezpieczenie ma być

³ Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 473.

⁴ M. Orlicki, *Ubezpieczenia obowiązkowe*, Warszawa 2011, s 123–193.

dostępne bezpłatnie, tak aby był zapewniony powrót do kraju lub – o ile będzie to konieczne – zostało opłacone zakwaterowania przed powrotem do kraju⁵.

W ramach polskiego porządku prawnego⁶ przewidziano, że przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych oraz pośredniczenia na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych⁷ jest obowiązany zapewnić odpowiednie zabezpieczenie klientów na wypadek swojej niewypłacalności. Zabezpieczenie to winno obejmować pokrycie kosztów powrotu z imprezy turystycznej do miejsca wyjazdu lub planowanego powrotu z imprezy turystycznej (obejmujących w szczególności koszty transportu, zakwaterowania, transferów, w tym także koszty poniesione przez klientów, jeżeli organizator lub pośrednik, wbrew obowiązкови, nie zapewnia tego powrotu), a także zwrot wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną, jeśli z przyczyn dotyczących organizatora turystyki lub pośrednika turystycznego oraz osób, które działają w ich imieniu, impreza turystyczna nie została lub nie zostanie zrealizowana, jak również zwrot części wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną odpowiadającej części imprezy turystycznej, która nie została lub nie zostanie zrealizowana z przyczyn dotyczących przedsiębiorcy turystycznego.

Organizatorzy i pośrednicy mogą wybrać jeden z kilku sposobów zabezpieczenia przewidzianych przez przepisy prawa – zawrzeć umowę ubezpieczenia na rzecz klientów, zawrzeć umowę gwarancji bankowej lub

⁵ Art. 17 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2015/2302 z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie imprez turystycznych i powiązanych usług turystycznych, zmieniającej rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 i dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/83/UE oraz uchylającą dyrektywę Rady 90/314/EWG (Dz. Urz. UE L 326, s. 1).

⁶ Art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1553 z późn. zm.). Począwszy od dnia 1 lipca 2018 r. omówione kwestie regulować będą przepisy ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (Dz. U. poz. 2361).

⁷ Wykaz tych podmiotów wraz najważniejszymi dotyczącymi ich informacjami znaleźć można w Centralnej Ewidencji Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych prowadzonej przez Ministerstwo Sportu i Turystyki (https://turystyka.gov.pl/ceotipt/podmioty/wyszukiwanie_p_77.html).

ubezpieczeniowej albo też przyjmować wpłaty klientów wyłącznie na rachunek powierniczy. Organizatorów i pośredników obejmuje ponadto obowiązek dokonywania terminowych wpłat składki w należnej wysokości do Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego, którego funkcjonowanie stanowi dodatkową formę zabezpieczenia interesów klientów.

2.1. Formy obowiązkowego zabezpieczenia na rzecz klientów

Jednym z warunków wpisu do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych jest przedłożenie oryginału umowy ubezpieczenia na rzecz klientów, umowy gwarancji bankowej lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej. Przedsiębiorcy zamierzający wykonywać usługi wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a wpłaty klientów przyjmować na rachunek powierniczy mogą natomiast poprzestać na złożeniu oświadczenia zawierającego stosowne zobowiązanie. Przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych oraz pośredniczenia na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych są obowiązani przedkładać marszałkowi województwa kolejne umowy ubezpieczenia na rzecz klientów albo gwarancje bankowe lub ubezpieczeniowe.

Dodatkowo, przedsiębiorcy ci wydają klientowi wpłacającemu należność z tytułu zawartej umowy bądź zaliczkę przekraczającą 10% tej sumy pisemne potwierdzenie posiadania określonego zabezpieczenia finansowego, wraz ze wskazaniem sposobu ubiegania się o wypłatę z niego środków.

Obowiązkowe ubezpieczenie na rzecz klientów w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych obejmuje pokrycie kosztów i zwrotu wpłat wymienionych w ustawie⁸, a więc jego zakres jest

⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 kwietnia 2013 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz klientów w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 2004). Począwszy od dnia 1 lipca 2018 r. kwestie te będzie natomiast regulować rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy ubezpieczenia na rzecz podróżnych związanej z działalnością wykonywaną przez

taki sam jak w przypadku pozostałych form zabezpieczenia, które mogą wybrać te pomioty. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych. W celu określenia minimalnej wysokości sumy gwarancyjnej dokonano rozróżnienia wykonywanej działalności w zależności od terytorium, na którym organizowane są imprezy turystyczne (państwa europejskie, państwa pozaeuropejskie oraz Polska i państwa z nią sąsiadujące), a także rodzaju wykorzystywanego środka transportu (transport lotniczy w ramach przewozu czarterowego oraz pozostałe środki transportu)⁹.

W oparciu o takie same zasady określona została minimalna wysokość sum gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej, wymagana w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych¹⁰. Przewidziano przy tym, że podmiot udzielający gwarancji (gwarant) zobowiązuje się w jej ramach – na wypadek niewypłacalności zleceniodawcy – nieodwołalnie i bez stawiania innych warunków niż w niej przewidziane, na żądanie beneficjenta gwarancji, którym jest marszałek województwa właściwy dla siedziby przedsiębiorcy turystycznego, do zapłaty kwoty niezbędnej na pokrycie kosztów powrotu klientów zleceniodawcy z imprezy turystycznej oraz zwrotu wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną. Gwarancją objęte są przy tym nawet te należności, które powstały w wyniku umyślnego działania bądź też na skutek rażącego niedbalstwa zleceniodawcy lub osób działających w jego imieniu. Wypłata kwoty niezbędnej na pokrycie kosztów powrotu klientów następuje w formie zaliczki niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni

organizatorów turystyki i przedsiębiorców ułatwiających nabywanie powiązanych usług turystycznych (Dz. U. poz. 2508).

⁹ Dla przykładu w odniesieniu do podmiotu organizującego imprezy turystyczne (lub pośredniczącego w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych) na terytorium państw europejskich i pozaeuropejskich z wykorzystaniem transportu lotniczego w ramach przewozu czarterowego minimalna wysokość sumy gwarancyjnej wynosi 12% rocznego przychodu z tytułu wykonywania tej działalności, nie mniej jednak niż równowartość 149 000 euro. Jeżeli jednak podmiot taki pobiera odpowiednio wysokie przedpłaty na poczet przyszłej imprezy lub usługi, wówczas suma gwarancyjna może wzrosnąć do 17% rocznego przychodu (ale nie mniej niż równowartość 212 000 euro) lub nawet 20% rocznego przychodu (nie mniej niż równowartość 250 000 euro).

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej i ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych (Dz. U. poz. 511). Począwszy od dnia 1 lipca 2018 r. kwestie te będzie natomiast regulować rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej i ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i przedsiębiorców ułatwiających nabywanie powiązanych usług turystycznych (Dz. U. poz. 2507).

roboczych od otrzymania żądania zapłaty, przy czym beneficjent jest następnie zobowiązany do przedstawienia gwarantowi jej rozliczenia. Natomiast żądanie zapłaty z tytułu zwrotu wpłat wniesionych przez klientów kierowane jest do gwaranta przez beneficjenta w formie pisemnej wraz z niezbędną dokumentacją. Wyliczenia kwot należnych poszkodowanym klientom dokonuje gwarant i to on odpowiada za prawidłowe rozliczenie środków z gwarancji. Po otrzymaniu dokonanego przez gwaranta szczegółowego wyliczenia kwot należnych poszkodowanym klientom beneficjent wydaje dyspozycję wypłaty środków, a gwarant dokonuje wypłat należnych kwot bezpośrednio klientom, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania dyspozycji¹¹.

Analogiczne zasady dotyczące wypłaty zaliczki na pokrycie kosztów powrotu klientów oraz wypłaty pozostałych środków odnoszą się do umów ubezpieczenia na rzecz klientów, przy czym mają dodatkowo zastosowanie przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych¹².

Zawieranie umów gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej na kwotę zabezpieczenia finansowego niższą niż minimalna albo umowy ubezpieczenia przewidującej niższą od minimalnej sumę gwarancyjną, a także nieprzedłożenie – mimo wezwania ze strony marszałka województwa – aktualnego dokumentu gwarancji lub umowy ubezpieczenia stanowią rażące naruszenie warunków wykonywania działalności, które skutkuje wydaniem przez organ prowadzący rejestr organizatorów turystyki i pośredników turystycznych decyzji o zakazie wykonywania przez przedsiębiorcę działalności objętej wpisem oraz wykreśleniem wpisu z rejestru. Taki sam skutek wiąże się z przyjmowaniem przez przedsiębiorcę od klientów wpłat z pominięciem rachunku powierniczego mimo

¹¹ Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 21 kwietnia 2011 r. w sprawie wzorów formularzy umowy gwarancji bankowej, umowy gwarancji ubezpieczeniowej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz klientów, wymaganych w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych (Dz. U. Nr 88, poz. 499). Z dniem 1 lipca 2018 r. wejdzie w tym zakresie w życie rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie wzorów umowy o turystyczny rachunek powierniczy, formularzy gwarancji bankowej, gwarancji ubezpieczeniowej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz podróźnych (Dz. U. poz. 2497).

¹² Załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Sportu i Turystyki z dnia 21 kwietnia 2011 r. w sprawie wzorów formularzy umowy gwarancji bankowej, umowy gwarancji ubezpieczeniowej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz klientów, wymaganych w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych. Por. obowiązujący od dnia 1 lipca 2018 r. załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Sportu i Turystyki z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie wzorów umowy o turystyczny rachunek powierniczy, formularzy gwarancji bankowej, gwarancji ubezpieczeniowej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz podróźnych.

złożenia oświadczenia, że wszelkie wpłaty klientów tytułem wynagrodzenia za wykonane usługi przyjmował będzie na rachunek powierniczy¹³.

2.2. Turystyczny Fundusz Gwarancyjny

Turystyczny Fundusz Gwarancyjny, utworzony w dniu 9 września 2016 r., to wyodrębniony rachunek w Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym, czyli instytucji działającej na podstawie przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Podmiot ten zapewnia obsługę Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego, gromadząc na wyodrębnionym rachunku bankowym jego środki, które pochodzą przede wszystkim z wpłat organizatorów turystyki i pośredników turystycznych. Podmioty obowiązane do naliczania i przekazywania składek bez wezwania obliczają należną kwotę i comiesięcznie przekazują ją na rzecz Funduszu oraz składają stosowną deklarację. W razie rażącego naruszenia tych obowiązków możliwe jest wykreślenie przedsiębiorcy z rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych oraz orzeczenie wobec niego zakazu wykonywania tego typu działalności przez okres 3 lat.

Obecnie obowiązują następujące wysokości składek od każdego klienta z tytułu zawartej umowy o świadczenie usług turystycznych za imprezy turystyczne: na terytorium państw europejskich i pozaeuropejskich z wykorzystaniem transportu lotniczego w ramach przewozu czarterowego – 15 zł; na terytorium państw pozaeuropejskich z wykorzystaniem innego środka transportu niż transport lotniczy w ramach przewozu czarterowego – 13 zł; na terytorium państw europejskich z wykorzystaniem innego środka transportu niż transport lotniczy w ramach przewozu czarterowego – 10 zł. Zwolnienie z opłaty przewidziano natomiast w odniesieniu do imprez turystycznych na terytorium Polski oraz na terytorium krajów mających lądową granicę z Polską (a w przypadku Federacji Rosyjskiej w obrębie obszaru obwodu kaliningradzkiego)¹⁴.

¹³ Art. 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 2168 z późn. zm.) w zw. z art. 10a pkt 1d, 2 i 7 ustawy o usługach turystycznych.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 21 listopada 2016 r. w sprawie wysokości składki na Turystyczny Fundusz Gwarancyjny (Dz. U. poz. 1900). Z dniem 1 lipca 2018 r. wysokość składek ulegnie

Środki Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego są przeznaczane na pokrycie kosztów powrotu klientów z imprezy turystycznej oraz zwrotu dokonanych przez nich wpłat na wypadek sytuacji, gdy środki finansowe pochodzące z zabezpieczeń finansowych zastosowanych przez przedsiębiorcę turystycznego okażą się niewystarczające.

Ze środków Funduszu pokrywa się także koszty jego obsługi oraz koszty związane z realizacją wypłat na rzecz klientów. O tym, że zastosowane zabezpieczenia finansowe okazały się niewystarczające na pokrycie kosztów powrotu klientów z imprezy turystycznej, podmiot udzielający tych zabezpieczeń niezwłocznie informuje właściwego marszałka województwa oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Marszałek występuje wówczas o wypłatę środków z Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego, a Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny niezwłocznie wypłaca marszałkowi lub wskazanej przez niego jednostce środki w zakresie niezbędnym do realizacji powrotu klientów. Środki te podlegają rozliczeniu. W przypadku zaś gdy zabezpieczenia finansowe okażą się niewystarczające na dokonanie klientom zwrotu wpłat, podmiot udzielający tych zabezpieczeń – niezwłocznie po dokonaniu weryfikacji zgłoszeń klientów – przekazuje właściwemu marszałkowi zgłoszenia zebrane od klientów, którzy nie otrzymali całości zwrotu wpłat, wraz z informacją dotyczącą wysokości kwot wypłaconych z zabezpieczeń finansowych oraz z wyliczeniem kwot, których zabrakło na zwrot wpłat każdemu klientowi. Informacje te podmiot ten przekazuje również do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, który niezwłocznie po otrzymaniu dyspozycji marszałka wypłaca należne klientom środki zgodnie z otrzymaną dyspozycją.

zmianie w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Sportu i Turystyki z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie określenia wysokości składki na Turystyczny Fundusz Gwarancyjny (Dz. U. poz. 2465).

Na swojej stronie internetowej¹⁵ Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zaleca, by klient uczestniczący w wycieczce organizowanej przez biuro podróży, które stało się niewypłacalne, w pierwszej kolejności podjął próbę kontaktu z przedstawicielami tego biura. Dodatkowo można skontaktować się z właściwym ze względu na siedzibę biura podróży urzędem marszałkowskim, gdyż to marszałek województwa jest organem zobowiązanym do prowadzenia działań związanych z organizacją powrotu klientów niewypłacalnego biura podróży do miejsca wyjazdu lub miejsca planowanego powrotu. Przebywając za granicą, można również zgłosić się po pomoc do polskiej placówki dyplomatycznej (konsulatu lub ambasady).

Bieżące informacje o niewypłacalnościach biur podróży są publikowane na stronie Ministerstwa Sportu i Turystyki¹⁶. Szczegółowe informacje o trybie postępowania w przypadku niewypłacalności danego biura podróży znajdują się zaś zazwyczaj na stronie internetowej urzędu marszałkowskiego właściwego ze względu na siedzibę danego biura podróży.

3. Zabezpieczenie roszczeń dochodzonych od przedsiębiorców świadczących usługi turystyczne obejmujące polowania

Ustawa z dnia 13 października 1995 r. – Prawo łowieckie¹⁷ przewiduje w art. 18, że jednym z warunków podjęcia i wykonywania działalności gospodarczej polegającej na świadczeniu usług turystycznych obejmujących polowania (zarówno te wykonywane na terytorium Polski, jak i za granicą) jest ustanowienie obowiązkowego zabezpieczenia majątkowego roszczeń osób trzecich z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Ustanowienie tego

¹⁵ https://ufg.pl/infoportal/faces/pages_home-page/Page_3dc12681_156b6b90c42__7ff6/Page_3dc12681_156b6b90c42__7ff4/Page_3dc12681_156b6b90c42__7fef?_afLoop=4552256244418631&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=1351xlhzm_148.

¹⁶ <https://www.msit.gov.pl/turystyka/rynek-turystyczny/dla-klientow-biur-podro>. Informacja dotycząca niewypłacalności jest również dostępna w Centralnej Ewidencji Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych (dział IV).

¹⁷ Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1295 z późn. zm.

zabezpieczenia może polegać na zawarciu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem działalności, zawarciu umowy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej albo blokadzie środków finansowych na rachunku bankowym na rzecz właściwego samorządu województwa.

Ubezpieczeniem OC przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie łowiectwa jest objęta jego odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego (w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej) w związku z wykonywaną przez niego działalnością gospodarczą polegającą na świadczeniu usług turystycznych obejmujących polowania.

Ubezpieczenie to nie obejmuje jednak szkód: w mieniu wyrządzonych osobom bliskim ubezpieczonego; wynikających z wykonywania działalności po wykreśleniu z rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej; polegających na zapłacie kar umownych; powstałych w związku z używaniem broni palnej; powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek i aktów terroru.

Minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych 20 000 euro – dla przedsiębiorcy świadczącego usługi turystyczne obejmujące polowania wykonywane przez cudzoziemców na terytorium Polski oraz polowania za granicą, 15 000 euro – dla przedsiębiorcy świadczącego usługi turystyczne obejmujące wyłącznie polowania za granicą, a 10 000 euro – dla przedsiębiorcy świadczącego usługi turystyczne obejmujące wyłącznie polowania wykonywane przez cudzoziemców na terytorium Polski¹⁸.

Umowa gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej musi przewidywać minimalną wysokość tej gwarancji na poziomie co najmniej 4% rocznego przychodu z tytułu wykonywanej przez przedsiębiorcę działalności gospodarczej,

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 19 lutego 2005 r. w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie łowiectwa (Dz. U. Nr 32, poz. 283).

której dotyczy obowiązek zabezpieczenia. Suma gwarancji nie może jednak być niższa niż kwoty wskazane powyżej jako minimalne sumy gwarancyjne w odniesieniu do ubezpieczenia OC¹⁹. Z kolei blokada środków finansowych na rachunku bankowym obejmuje 4% rocznego przychodu z tytułu wykonywania przez przedsiębiorcę działalności gospodarczej, której dotyczy obowiązek zabezpieczenia, uzyskanego w roku obrotowym poprzedzającym rok zawarcia umowy, jednak nie mniej niż równowartość w złotych 20 000 euro²⁰.

4. Ubezpieczenie uczestników zagranicznych imprez turystycznych

Stosownie do art. 14 ust. 3 ustawy o usługach turystycznych organizatorzy turystyki organizujący imprezy turystyczne²¹ za granicą mają obowiązek zawarcia na rzecz osób w nich uczestniczących umów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia. Co jednak istotne, przepisy przewidujące przymus zawarcia tych umów ubezpieczeń nie regulują ich szczegółowego zakresu ani też minimalnych sum ubezpieczenia. Przed zawarciem umowy organizator turystyki lub pośrednik turystyczny jest jedynie obowiązany podać klientowi informację o zakresie ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia²². Rodzaj i zakres ubezpieczenia turystów oraz nazwę i adres ubezpieczyciela powinna też określać pisemna umowa o świadczenie usług turystycznych polegających na organizowaniu imprez turystycznych.

Począwszy od dnia 1 lipca 2018 r. omówione powyżej kwestie regulować będą przepisy ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 19 lutego 2005 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej wymaganej w związku z wykonywaną przez przedsiębiorcę działalnością gospodarczą w zakresie łowiectwa (Dz. U. Nr 32, poz. 282).

²⁰ Art. 18 ust. 3 pkt 3 prawa łowieckiego.

²¹ Tj. co najmniej dwie usługi turystyczne tworzące jednolity program i objęte wspólną ceną, jeżeli obejmują nocleg lub trwają ponad 24 godziny albo jeżeli program przewiduje zmianę miejsca pobytu.

²² Niezależnie od tego organizator turystyki lub pośrednik turystyczny podaje klientowi przed zawarciem umowy informację o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia od kosztów rezygnacji z udziału w imprezie turystycznej. Organizator turystyki jest również obowiązany poinformować klienta o szczególnych zagrożeniach życia i zdrowia na odwiedzanych obszarach oraz o możliwości związanej z tym ubezpieczenia, co dotyczy także zagrożeń powstałych po zawarciu umowy.

powiązanych usługach turystycznych²³. Akt ten przewiduje w art. 42 ust. 7 obowiązek zawarcia przez organizatorów turystyki organizujących imprezy turystyczne za granicą umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia – na rzecz podróżnych.

Niezależnie od tego organizator turystyki lub agent turystyczny, w przypadku gdy impreza turystyczna jest sprzedawana za jego pośrednictwem, będzie zobowiązany udzielić podróżnemu – zanim podróżny ten zwiąże się jakąkolwiek umową o udział w imprezie turystycznej lub odpowiadającą jej ofertą – informacji o ubezpieczeniach obowiązkowych lub dobrowolnym ubezpieczeniu na pokrycie kosztów rozwiązania przez podróżnego umowy o udział w imprezie turystycznej lub kosztów świadczenia pomocy, w tym kosztów powrotu do kraju w razie wypadku, choroby lub śmierci.

5. Ubezpieczenie uczestników wycieczek i imprez zagranicznych organizowanych przez szkoły

W obecnym stanie prawnym uczestnikiem wycieczki lub imprezy zagranicznej organizowanej przez szkoły i przedszkola (a także takie placówki, jak młodzieżowe ośrodki wychowawcze, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, placówki kształcenia ustawicznego czy placówki kształcenia praktycznego) dla wychowanków i uczniów może być wyłącznie osoba ubezpieczona od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia²⁴. Dotyczy to następujących form krajoznawstwa i turystyki: wycieczek przedmiotowych (inicjowanych i realizowanych przez nauczycieli w celu uzupełnienia obowiązującego programu nauczania, w ramach danego przedmiotu lub przedmiotów pokrewnych), wycieczek krajoznawczo-turystycznych (w których udział nie wymaga od uczestników przygotowania kondycyjnego i umiejętności specjalistycznych),

²³ Dz. U. poz. 2361.

²⁴ § 15 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 listopada 2001 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki krajoznawstwa i turystyki (Dz. U. Nr 135, poz. 1516 z późn. zm.).

impresz krajoznawczo-turystycznych (np. biwaków) oraz imprez turystyki kwalifikowanej i obozów wędrownych (w których udział wymaga od uczestników przygotowania kondycyjnego i umiejętności specjalistycznych, w tym posługiwania się specjalistycznym sprzętem).

Przepisy wprowadzające obowiązek posiadania przez uczestnika wycieczki lub imprezy zagranicznej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia nie regulują szczegółowego zakresu tego ubezpieczenia ani też minimalnych sum ubezpieczenia. Nie nakładają także obowiązku zawarcia takiej umowy na konkretny podmiot, np. na szkołę lub placówkę organizującą daną wycieczkę albo imprezę. Z punktu widzenia aktualnie obowiązującego prawa wystarczające jest zatem, by osoba biorąca udział w wycieczce lub imprezie zagranicznej była objęta jakąkolwiek ochroną w ramach ubezpieczenia NNW i kosztów leczenia. Ochrona ta może przy tym wynikać z umowy ubezpieczenia indywidualnego bądź grupowego zawartej przez organizatora, uczestnika (lub jego opiekuna prawnego) albo inną osobę.

Z dniem 1 września 2014 r. zniesiona została natomiast obligatoryjność ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku wycieczek i imprez organizowanych w kraju. Uzasadniono to tym, że przepisy dotyczące ubezpieczeń obowiązkowych nie ustanawiają jakichkolwiek obowiązkowych ubezpieczeń związanych z działalnością szkół i placówek oświatowych. Umowa ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci i młodzieży szkolnej powinna być zatem dobrowolna. Natomiast w celu zachowania spójności z obowiązkowym ubezpieczeniem uczestników zagranicznych imprez turystycznych zachowane zostało rozwiązanie, że uczestnikiem wycieczki lub imprezy zagranicznej może być tylko osoba, która została ubezpieczona od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia. Nadmieniono przy tym, że koszty takiego ubezpieczenia będą ponosić rodzice uczniów uczestniczących w wycieczkach i imprezach zagranicznych²⁵.

²⁵ https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2014/09/uzasadnienie_do_rozporzadzenia_-_organizowanie_przez_szkoly_turystyki_i_krajoznawstwa_3.pdf.

Rozdział II – Analiza produktowa polskiego rynku ubezpieczeń turystycznych

Na polskim rynku dostępna jest szeroka gama ubezpieczeń oferowanych zarówno turystom indywidualnym, jak i tym korzystającym z usług przedsiębiorców organizujących imprezy turystyczne. Tak w pierwszym, jak i drugim przypadku rozwiązaniem cieszącym się dużą popularnością są pakiety ubezpieczeń związanych z wypoczynkiem określonego rodzaju (np. turystyka krajowa, zagraniczna lub zimowa), w ramach których klient może skonfigurować ochronę ubezpieczeniową według swoich potrzeb. Ma on przy tym możliwość wyboru spośród szeregu różnorodnych ubezpieczeń, których postanowienia są wówczas zawarte w jednym dokumencie obejmującym poszczególne o.w.u. Zakłady ubezpieczeń przewidują zazwyczaj możliwość wyboru jednego z kilku dostępnych wariantów (poczynając od zupełnie podstawowego, jeśli chodzi o zakres ochrony, liczbę rodzajów ubezpieczeń i wysokości sum ubezpieczenia, aż do takiego o najszerszym zakresie ochrony) albo dają ubezpieczającemu możliwość swobodnego skompilowania zakresu ochrony w ramach dostępnych ubezpieczeń, sum ubezpieczenia czy też jeszcze innych opcji pozwalających na rozszerzenie ochrony. W takich przypadkach ubezpieczyciel udziela ochrony wynikającej z różnych ubezpieczeń (np. kosztów leczenia, bagażu podróżnego, NNW i OC) na podstawie jednej umowy, potwierdzonej jednym dokumentem ubezpieczenia.

W dalszej części niniejszego rozdziału przeprowadzona zostanie analiza podstawowych parametrów najpopularniejszych ubezpieczeń turystycznych – ich przedmiotu, zakresu terytorialnego, okresu ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i ewentualnego udziału własnego, wyłączeń odpowiedzialności oraz rozszerzeń ochrony. W analizie tej skupiono się przede wszystkim na ofercie zakładów ubezpieczeń o największym udziale w segmencie ubezpieczeń turystycznych, specjalizujących się w tego typu produktach, a często również współpracujących przy ich dystrybucji z największymi biurami podróży działającymi w Polsce.

1. Przedmiot ubezpieczeń turystycznych

W tej części rozdziału omówione pokrótce zostaną przedmiot, a także zakres i specyfika najważniejszych dla turystów ubezpieczeń:

- kosztów leczenia (mogących obejmować także inne koszty, zwłaszcza transportu i ratownictwa);
- *assistance*;
- odpowiedzialności cywilnej;
- następstw nieszczęśliwych wypadków;
- bagażu podróжного;
- sprzętu sportowego i narciarskiego;
- kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej, zmiany rezerwacji oraz przerwania podróży, podróży samolotem oraz
- utrudnień w skorzystaniu z trasy narciarskiej.

1.1. Koszty leczenia, transportu i ratownictwa

Ubezpieczenie kosztów leczenia jest niewątpliwie najistotniejszym ubezpieczeniem dla turystów wyjeżdżających za granicę. W większości państw świata leczenie obcokrajowców jest bowiem pełnopłatne i wiąże się dla nich z koniecznością pokrycia nierzadko bardzo wysokich kosztów. Polski turysta może wprawdzie korzystać z bezpłatnego leczenia w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz w państwach zrzeszonych w EFTA (czyli Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii) – w tym celu powinien wyrobić Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), która poświadcza uprawnienie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych niezbędnych z powodów medycznych – jednak nie zwalnia go to od ewentualnego obowiązku współpłacenia za tego typu usługi według zasad powszechnie obowiązujących w danym państwie. Pamiętać też należy o potencjalnych utrudnieniach w dostępie do publicznej służby zdrowia, w tym zwłaszcza ze względu na możliwy wydłużony czas oczekiwania na świadczenia medyczne czy choćby znaczne oddalenie od placówek publicznych w przypadku niektórych kurortów i innych popularnych wśród turystów miejsc.

Karta EKUZ nie zapewnia również pokrycia kosztów odpłatnego w niektórych państwach ratownictwa górskiego, a także kosztów transportu chorego do kraju oraz wielu innych usług niezbędnych w razie wypadku lub nagłej choroby.

Przedmiotem ubezpieczenia kosztów leczenia są przede wszystkim niezbędne i udokumentowane koszty leczenia, poniesione przez ubezpieczonego w trakcie podróży objętej ochroną ubezpieczeniową w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem wymagającym udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej. Chodzi przy tym o jedynie takie leczenie, które jest niezbędne do przywrócenia zdrowia ubezpieczonego do stanu umożliwiającego mu powrót do kraju zamieszkania. Ubezpieczyciele wskazują zazwyczaj w o.w.u., jakie dokładnie koszty obejmuje ubezpieczenie. Przykładowy zakres kosztów leczenia objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z podróżą zagraniczną może obejmować:

- wizyty lekarskie (**w tym dojazd lekarza do ubezpieczonego**), zalecone przez lekarza badania, zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych, leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne,
- leczenie operacyjne **konieczne do przeprowadzenia niezwłocznie po wystąpieniu objawów**,
- przedwczesny poród i powikłania ciąży (**zazwyczaj ograniczone do np. 32. tygodnia**),
- leczenie stomatologiczne nagłych stanów zapalnych i bólowych albo konieczne wskutek urazu doznanego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (**do określonej wysokości**),
- naprawa lub zakup okularów oraz naprawa protez uszkodzonych wskutek nieszczęśliwego wypadku (**czasem do określonej wysokości albo z zastrzeżeniem, że tylko gdy jest to niezbędne jeszcze przed powrotem do kraju zamieszkania**).

W wielu przypadkach ubezpieczyciele zastrzegają w o.w.u., że w razie konieczności poniesienia kosztów powyżej określonej kwoty bądź leczenia ambulatoryjnego obejmującego więcej niż jedną wizytę lekarską ubezpieczony jest zobowiązany uzyskać wcześniejszą akceptację ze strony telefonicznego centrum alarmowego.

Standardowo ubezpieczyciel pokrywa koszty leczenia trwającego aż do dnia, w którym stan zdrowia ubezpieczonego pozwala na transport do kraju, ewentualnie jednak nie dłużej niż określony w o.w.u. czas.

Umowa może też przewidywać określone świadczenia na wypadek, gdy niezbędna jest kontynuacja leczenia w Polsce, np. zwrot kosztów zdjęcia gipsu lub szwów bądź zmiany opatrunku albo też dzienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu w szpitalu mającego miejsce bezpośrednio po powrocie ubezpieczonego do kraju i będącego kontynuacją leczenia rozpoczętego za granicą.

Ubezpieczenie kosztów leczenia nazywane bywa również w odmienny sposób – poprzez dodanie innych jeszcze elementów wchodzących w jego zakres – np. jako ubezpieczenie kosztów leczenia i transportu. Na ogół bowiem obejmuje ono nie tylko koszty samego leczenia ubezpieczonego, lecz także koszty innych usług niezbędnych w razie nagłych problemów zdrowotnych, chociażby właśnie transportu ubezpieczonego, a nawet przewozu jego zwłok do Polski lub zorganizowania pogrzebu za granicą. Typowe wydatki, które mogą zostać pokryte w ramach udzielanej ochrony, to koszty:

- transportu medycznego z miejsca wypadku do placówki służby zdrowia; transportu medycznego do innej placówki służby zdrowia **zgodnie z zaleceniem lekarskim**;
- transportu medycznego do miejsca zakwaterowania ubezpieczonego po udzieleniu pomocy medycznej, **gdy wymaga tego stan zdrowia ubezpieczonego**;
- transportu po zakończeniu leczenia do miejsca, z którego podróż może być kontynuowana; transportu medycznego do miejsca zamieszkania

ubezpieczonego lub placówki służby zdrowia w Polsce, **gdy wymaga tego stan zdrowia ubezpieczonego**;

- transportu powrotnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego w Polsce, jeśli **powrót nie może odbyć się zaplanowanym środkiem transportu**; transportu zwłok do miejsca pochówku w Polsce lub kremacji oraz zakupu i transportu urny (albo pogrzebu za granicą), **do określonej kwoty**.

W sytuacji gdy powrót ubezpieczonego do Polski nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia, ubezpieczenie pokrywa zwykle również dodatkowe koszty niezbędnego zakwaterowania i wyżywienia.

Kolejnym ważnym punktem, którego dotyczyć może omawiane ubezpieczenie, są niezbędne koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej, prowadzonej przez wyspecjalizowane służby ratownicze w celu ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi (przy czym wypadek ten nie musi skutkować trwałym uszkodzeniem ciała) lub nagłemu zachorowaniu. Koszty te mogą dotyczyć zarówno poszukiwań przez wyspecjalizowane służby ratownictwa, jak i udzielenia doraźnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia, a także transportu z miejsca wypadku do najbliższego koniecznego ze względu na stan zdrowia punktu opieki medycznej, w tym również przy użyciu specjalistycznych środków transportu (np. helikoptera).

Ubezpieczenie kosztów leczenia jest także dość często połączone z ubezpieczeniem *assistance* związanym z koniecznością bezzwłocznego poddania się leczeniu na skutek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa obejmuje nie tylko pokrycie kosztów wynikających z zajścia określonego zdarzenia, ale też organizację odpowiednich usług. Z reguły dzieje się to dla ubezpieczonego bezgotówkowo, a zatem korzysta on z opłacanych przez ubezpieczyciela usług, bez konieczności samodzielnego wykładania środków i oczekiwania na ich zwrot. W takich sytuacjach bardzo istotną rolę odgrywa utrzymywane przez ubezpieczyciela (często prowadzone na jego zlecenie przez inne przedsiębiorstwo, wyspecjalizowane w obsłudze klientów korzystających z ubezpieczenia *assistance*) całodobowe centrum alarmowe, które zajmuje się nie tylko organizacją niezbędnych usług wchodzących w zakres

ubezpieczenia, ale też podejmuje bieżące decyzje w tym zakresie, a w razie potrzeby kontaktuje się również z placówkami medycznymi i innymi podmiotami w miejscu pobytu ubezpieczonego.

Stąd też popularne jest zastrzeżenie w o.w.u., że ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za koszty poniesione przez ubezpieczonego bez zgody centrali alarmowej, chyba że chodzi o sytuacje, w których nie mógł on skontaktować się z nią ze względu na stan zdrowia, bądź też koszty te są poniżej określonego pułapu lub dotyczą pojedynczej wizyty ambulatoryjnej czy u stomatologa.

Zwrot takich kosztów poniesionych samodzielnie przez ubezpieczonego następuje na podstawie rachunków oraz dokumentacji medycznej, przy czym ubezpieczyciele zastrzegają sobie prawo do ich weryfikacji oraz zasięgania opinii specjalistów, a także do refundacji kosztów do wysokości kwoty, jaka zostałaby zapłacona, gdyby to oni sami organizowali usługę.

1.2. Assistance

Ubezpieczenie *assistance* jest bardzo specyficznym produktem ubezpieczeniowym. Jego przedmiotem są organizacja określonych usług przez ubezpieczyciela (a w zasadzie na ogół organizacja usług na jego zlecenie) oraz pokrycie ich kosztów, co w założeniu ma stanowić dla ubezpieczonego wymierną pomoc oraz istotne ułatwienie w razie zajścia któregoś z określonych w o.w.u. zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową. W ofertach przeznaczonych dla turystów ubezpieczeniu *assistance* bywają czasem nadawane nazwy o charakterze bardziej opisowym, np. ubezpieczenie pomocy w podróży.

Koszty usług przewidzianych w umowie są pokrywane do wysokości umówionej sumy ubezpieczenia lub do wysokości szczegółowych limitów wskazanych w o.w.u. Zakres świadczeń objętych ubezpieczeniem *assistance* przeznaczonym dla turystów bywa mocno zróżnicowany i obejmuje przede wszystkim organizację pomocy medycznej, polegającą na wskazaniu placówki medycznej lub zorganizowaniu wizyty lekarskiej, a także udzielenie placówce

medycznej gwarancji pokrycia kosztów leczenia ambulatoryjnego lub hospitalizacji i przejęcie rozliczenia z jednostką medyczną prowadzącą leczenie. Ponadto może ono przewidywać organizację i transport ubezpieczonego: do placówki medycznej; między placówkami medycznymi, jeżeli jest to zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie; transportu medycznego do miejsca zakwaterowania po udzieleniu pomocy medycznej, jeżeli lekarz tak zaleci; z miejsca hospitalizacji do miejsca umożliwiającego kontynuowanie przewidzianej podróży po zakończeniu leczenia; do miejsca zamieszkania w Polsce lub placówki medycznej w Polsce, jeżeli z uwagi na stan zdrowia ubezpieczony nie może skorzystać z uprzednio przewidzianego środka lokomocji, przy czym transport ubezpieczonego dokonywany jest po udzieleniu pomocy medycznej umożliwiającej powrót do Polski, a odbywa się dostosowanym do jego stanu zdrowia środkiem transportu. Kolejne świadczenia to organizacja i transport zwłok ubezpieczonego do miejsca pochówku w Polsce bądź pochówek za granicą, w razie gdy ubezpieczony zmarł w czasie podróży zagranicznej, przy czym maksymalne koszty pokrywane lub zwracane przez zakład ubezpieczeń są zazwyczaj ograniczone odrębnym limitem.

Ubezpieczenie *assistance* może także obejmować organizację i pokrycie kosztów np.:

- zakwaterowania i wyżywienia osoby towarzyszącej ubezpieczonemu, **gdy jest to niezbędne do załatwienia spraw związanych z powrotem ubezpieczonego do Polski oraz sprawowania nad nim opieki do czasu tego powrotu lub transportu do Polski;**
- podróży osoby towarzyszącej, **gdy ubezpieczony ze względu na stan zdrowia jest transportowany do Polski;**
- wizyty osoby wezwanej do towarzyszenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu przez dłuższy okres; kierowcy zastępczego, **gdy w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania stan zdrowia ubezpieczonego nie pozwala na prowadzenie samochodu;**
- transportu do Polski osób bliskich ubezpieczonemu, wspólnie z nim podróżujących, **w razie śmierci lub hospitalizacji ubezpieczonego;**

- zakwaterowania i wyżywienia ubezpieczonego za granicą w celu rekonwalescencji.

Poza tym katalog świadczeń może również zawierać m.in.:

- organizację i pokrycie kosztów przerwania podróży zagranicznej ubezpieczonego;
- udzielenie pomocy w odzyskaniu i ponownym skierowaniu bagażu podróżnego;
- pokrycie niezbędnych kosztów związanych z opóźnieniem lotu;
- udzielenie pomocy w razie utraty środków płatniczych albo dokumentów;
- udzielenie pomocy w razie zablokowania rachunku bankowego;
- udzielenie informacji o kancelariach prawnych i tłumaczach, gdy ubezpieczony popadnie w konflikt z prawem w trakcie podróży zagranicznej

Warunki ubezpieczenia *assistance* przewidują obowiązek niezwłocznego zgłoszenia do centrum alarmowego (telefonicznie, względnie pocztą elektroniczną lub faksem) zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz współpracy z tym centrum w zakresie ustalenia okoliczności powstania szkody oraz zasadności i wysokości świadczenia, w tym - w celu umożliwienia lekarzom upoważnionym przez ubezpieczyciela - dostępu do wszystkich istotnych dla sprawy informacji medycznych. Jeżeli ubezpieczony nie skontaktował się z centrum alarmowym z przyczyn od siebie niezależnych, a więc z powodu zdarzenia losowego albo siły wyższej, powinien to uczynić, gdy będzie to już możliwe, przekazując wówczas informacje o zaistniałych kosztach, a w razie potrzeby przesyłając też niezbędną dokumentację. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia i potwierdzeniu objęcia go ochroną ubezpieczeniową centrum alarmowe spełnia świadczenie wynikające z zakresu umowy ubezpieczenia. Pokrycie kosztów wchodzących w zakres ubezpieczenia *assistance* oraz powiązanego z nim ubezpieczenia kosztów leczenia jest dokonywane poprzez zapłatę bezpośrednio na rzecz wystawcom rachunków.

Jeżeli natomiast ubezpieczony z określonych powodów musiał pokryć koszty we własnym zakresie, ubezpieczyciel dokonuje ich zwrotu jemu lub osobie, która je poniosła. Koszt rozmów telefonicznych ubezpieczonego z centrum alarmowym jest natomiast zwracany tylko wtedy, gdy zostało to zastrzeżone w warunkach zawartej umowy.

1.3. Odpowiedzialność cywilna

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zapewnia turystyce ochronę ubezpieczeniową w razie zajścia wypadku, za który ubezpieczony ponosi odpowiedzialność cywilną. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z tego ubezpieczenia ma wtórny (akcesoryjny) charakter w stosunku do odpowiedzialności ubezpieczonego, co oznacza, że ubezpieczyciel odpowiada tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony sprawca. Zobowiązanie osoby ponoszącej odpowiedzialność odszkodowawczą musi przy tym mieścić się w granicach ochrony udzielanej przez ubezpieczyciela, ta zaś jest limitowana przewidzianą w umowie ubezpieczenia sumą gwarancyjną (wyznaczającą górną granicę odpowiedzialności), a także postanowieniami umownymi określającymi kryteria wypadku ubezpieczeniowego (w tym również przewidującymi określone wyłączenia ochrony).

Ustalenie sumy gwarancyjnej na zbyt niskim poziomie albo skorzystanie z oferty ubezpieczenia o zbyt wąskim zakresie ochrony może zatem wiązać się z koniecznością samodzielnego naprawienia przez ubezpieczonego wyrządzonej przez siebie szkody – w całości lub w części.

Ubezpieczenie OC przeznaczone dla turystów obejmuje zazwyczaj odpowiedzialność ubezpieczonego za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej na skutek jego działania lub zaniechania stanowiącego czyn niedozwolony, do której naprawienia ubezpieczony jest zobowiązany zgodnie z właściwymi przepisami prawa (tzw. odpowiedzialność deliktowa). Za szkody wyrządzone przez

ubezpieczonego rozumie się także szkody wyrządzone przez osoby (np. dzieci), za które ubezpieczony ponosił odpowiedzialność, względnie też przez należące do niego zwierzęta (**o ile nie przewidziano w tym zakresie wyłączenia**). Co istotne, ubezpieczeniem tym są z reguły objęte tylko szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego.

Warunki ubezpieczenia OC przewidują na ogół, że ochroną objęte są szkody na osobie (wynikające z uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub spowodowania śmierci) oraz szkody w mieniu (wynikające z uszkodzenia, zniszczenia lub utraty mienia). Stosowane w o.w.u. definicje mogą w niektórych przypadkach powodować, że nie wchodzi w zakres udzielanej ochrony utracone przez poszkodowanego korzyści oraz tzw. czyste straty finansowe, a więc straty niezwiązane ze szkodą w mieniu ani na osobie. Ubezpieczyciel jest ponadto wolny od odpowiedzialności, jeśli ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie.

W odniesieniu do ubezpieczenia OC zastosowanie ma zazwyczaj dosyć szeroki katalog wyłączeń charakterystycznych dla tego typu ubezpieczenia. Obejmować on może m.in. szkody: wyrządzone osobom bliskim; powstałe w środowisku naturalnym; powstałe wskutek przeniesienia choroby; powstałe wskutek wykonywania czynności zawodowych lub prowadzenia działalności gospodarczej; powstałe w wartościach pieniężnych, dokumentach lub dziełach sztuki; powstałe w związku z posiadaniem lub używaniem broni palnej albo podczas polowań; powstałe w mieniu ruchomym, z którego ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, użyczenia lub innej umowy odpłatnej; powstałe wskutek posiadania, użytkowania lub prowadzenia pojazdów mechanicznych albo statków powietrznych lub wodnych; związane z naruszeniem praw autorskich, patentów lub znaków towarowych. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje również grzywien i kar administracyjnych lub karnych bądź innych kar o charakterze pieniężnym.

1.4. Następstwa nieszczęśliwych wypadków

Przedmiotem omawianego ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w postaci śmierci albo trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego. Kluczową kwestią dla określenia zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest sposób zdefiniowania w o.w.u. pojęcia „nieszczęśliwy wypadek”.

Używane przez ubezpieczycieli definicje są do siebie dosyć podobne i nawiązują zazwyczaj do sposobu rozumienia tego pojęcia na gruncie przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy. Przykładowo nieszczęśliwy wypadek może zostać określony jako: niespodziewane i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał rozstroju zdrowia, fizycznych obrażeń lub zmarł. Inną przykładową definicją jest: gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które:

- 1) jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego,
- 2) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
- 3) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności w odniesieniu do ubezpieczonego;
- 4) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością;
- 5) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie i w następstwie której ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Doświadczenia Rzecznika Finansowego wskazują, że jednym z poważniejszych praktycznych problemów powstających na gruncie stosowanych w o.w.u. definicji nieszczęśliwego wypadku bywa odmienne rozumienie przez klienta i ubezpieczyciela niektórych z zawartych w definicjach określeń, takich np. jak „przyczyna zewnętrzna”.

Dodatkowo świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wynoszące co do zasady 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia – jest z reguły należne tylko wtedy, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie dwóch lat od daty wypadku.

Zawierając umowę ubezpieczenia NNW lub przystępując do takiej umowy grupowej, klient może wskazać imiennie jedną osobę lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci, przy czym dyspozycja ta może zostać w każdym czasie trwania umowy zmieniona. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia, przypada ona najbliższej rodzinie ubezpieczonego w kolejności ustalonej w o.w.u.

Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu jest należne w razie trwałego, nierokującego poprawy upośledzenia organu, narządu lub układu. Wysokość świadczenia ustalana jest jako procent sumy ubezpieczenia równy procentowi uszczerbku na zdrowiu. Ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje lekarz wyznaczony przez ubezpieczyciela na podstawie tabeli procentowej świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej z reguły fragment o.w.u. lub stanowiącej załącznik do o.w.u. Ubezpieczyciele przewidują na ogół, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku. Poziom trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez lekarza wyznaczonego przez ubezpieczyciela najczęściej tylko na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez ubezpieczonego, względnie również w oparciu o bezpośrednie badanie lekarskie czy dodatkowe badania obrazowe.

1.5. Bagaż podróżny

Przedmiotem tego ubezpieczenia jest bagaż podróżny stanowiący własność ubezpieczonego lub znajdujący się w jego posiadaniu podczas podróży. O tym, co jest uznawane za bagaż podróżny, decydują postanowienia o.w.u. Pojęcie to może obejmować np. walizy, kufry, torby i plecaki, przedmioty osobistego użytku, zwyczajowo zabierane w podróż (odzież, obuwie, środki higieny osobistej, drobne urządzenia elektryczne, książki, okulary, namioty, śpiwory, wózki dziecięce itd.), a także przenośny sprzęt elektroniczny (komputery, telefony, sprzęt fotograficzny i audio-video itd.) znajdujący się pod bezpośrednią opieką ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia bagażu podróżnego obejmuje jego utratę, zniszczenie lub uszkodzenie, ale wskutek jedynie ściśle określonych zdarzeń, takich jak: rabunek (rozbój), kradzież z włamaniem, wypadek środka transportu, nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie ubezpieczonego, w wyniku którego stracił on możliwość opieki nad bagażem podróżnym, pożar, powódź, huragan, wybuch, trzęsienie ziemi itp.

Jak zatem widać, ubezpieczenie to nie chroni klienta w razie utraty bagażu na skutek „zwykłej” kradzieży niezwiązanej z włamaniem (czyli zaborem mienia po uprzednim usunięciu istniejących zabezpieczeń przy użyciu siły fizycznej lub narzędzi) ani rozbojem (którego kwalifikacja jest uzależniona od zastosowania przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia, bądź doprowadzeniem ubezpieczonego do nieprzytomności lub bezbronności).

Ochroną objęte bywają także szkody powstałe w bagażu, który nie znajdował się pod bezpośrednią opieką ubezpieczonego, lecz został powierzony do przewozu przewoźnikowi, oddany za pokwitowaniem do przechowalni czy też pozostawiony w zamkniętym na zamek zabezpieczającym bagażniku samochodowym.

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia, która w odniesieniu do bagażu podróżnego jest zawsze wskazywana odrębnie. W przypadku uszkodzenia przedmiotu wchodzącego w

skład bagażu odszkodowanie wypłaca się w wysokości kosztów naprawy, a jeśli przekraczają one wartość przedmiotu – w wysokości utraty jego wartości. W razie natomiast utraty lub całkowitego zniszczenia bagażu, odszkodowanie wypłaca się w wysokości jego rzeczywistej wartości.

Ubezpieczenie bagażu podróznego może także obejmować ryzyko opóźnienia dostarczenia bagażu przez przewoźnika. Często jednak ryzyko to jest ujmowane oddzielnie albo też jest połączone z innymi ryzykami związanymi z podróżą lotniczą, w związku z czym zostanie ono omówione w dalszej części rozdziału.

1.6. Sprzęt sportowy i narciarski

Przedmiotem ubezpieczenia może być także sprzęt sportowy, w tym również – czasami traktowany oddzielnie – sprzęt narciarski. Ochroną jest wówczas obejmowane ryzyko utraty tego sprzętu bądź jego zniszczenia lub uszkodzenia wskutek określonych w o.w.u. okoliczności. W przypadku sprzętu znajdującego się pod bezpośrednią opieką ubezpieczonego mogą to być w szczególności: rozbój (rabunek), kradzież z włamaniem (w miejscu zakwaterowania albo z zamkniętego bagażnika samochodu lub z zamkniętej kabiny jednostki pływającej lub przyczepy), wypadek środka transportu, nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie ubezpieczonego, w wyniku którego stracił on możliwość opieki nad sprzętem, pożar, powódź, huragan, wybuch, trzęsienie ziemi itp. Natomiast sprzęt niebędący pod bezpośrednią opieką ubezpieczonego może być objęty ochroną, gdy został oddany za pokwitowaniem do przechowalni bagażu, został powierzony do przewozu zawodowemu przewoźnikowi czy też był przechowywany w zamkniętym indywidualnym pomieszczeniu bagażowym. W ramach ubezpieczenia sprzętu narciarskiego i sportowego ochrona może obejmować inne jeszcze ryzyka, chociażby koszty związane z opóźnieniem dostarczenia tego sprzętu przez przewoźnika.

Kluczowe dla omawianego ubezpieczenia pojęcia „sprzęt narciarski” i „sprzęt sportowy” są oczywiście szczegółowo definiowane w o.w.u. Definicja sprzętu narciarskiego obejmuje na ogół narty biegowe lub zjazdowe wraz z wiązaniami narciarskimi, kijkami, butami narciarskimi, jak też deskę snowboardową wraz z

wiązaniami. Mianem sprzętu sportowego określa się sprzęt niezbędny do uprawiania określonych sportów (np. jazdy konnej, myślistwa, nurkowania, raftingu, jazdy na quadach, kitesurfingu, windsurfingu, surfingu czy jazdy na nartach lub skuterach wodnych) bądź uprawiania turystyki kwalifikowanej (np. jazdy na rowerze, pływania żaglówką, kajakiem lub rowerem wodnym, wędkarstwa czy wędrowki po górach do określonej wysokości).

Podobnie jak w ubezpieczeniu bagażu podróżnego świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w wysokości rzeczywistej wartości utraconego lub zniszczonego sprzętu albo kosztów naprawy sprzętu uszkodzonego, nie więcej jednak niż jego rzeczywista wartość.

1.7. Koszty rezygnacji z imprezy turystycznej, zmiany rezerwacji oraz przerwania podróży

Przedmiotem ubezpieczenia kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej jest ryzyko poniesienia kosztów z tytułu odwołania przez ubezpieczonego uczestnictwa w niej przed planowaną datą wyjazdu, określoną w umowie uczestnictwa w imprezie turystycznej zawartej z organizatorem turystyki.

Każdy z ubezpieczycieli określa w o.w.u. katalog dopuszczalnych przyczyn rezygnacji przez ubezpieczonego z imprezy, jedynie zatem wystąpienie jednej z tych przyczyn daje prawo ubiegania się o wynikający z umowy ubezpieczenia zwrot kosztów.

Przykładowo chodzić może więc o przypadki takie jak: śmierć ubezpieczonego; śmierć współuczestnika podróży; śmierć najbliższego krewnego ubezpieczonego, **która nastąpiła w okresie 45 dni przed wyjazdem**; nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie ubezpieczonego lub współuczestnika podróży, **o ile istnieją przeciwwskazania medyczne do odbycia podróży potwierdzone zaświadczeniem lekarskim**; nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie najbliższego krewnego ubezpieczonego

skutkujące hospitalizacją lub powodujące konieczność sprawowania nad nim opieki aż do dnia wyjazdu; szkoda w mieniu ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie 30 dni przed wyjazdem i powodowała konieczność dokonania przez niego czynności prawnych i administracyjnych oraz jego obecności w kraju w czasie planowanej podróży; kradzież dokumentów ubezpieczonego, **których brak uniemożliwia odbycie podróży zagranicznej (np. paszportu, dowodu osobistego, wizy), jeśli miała ona miejsce w okresie 14 dni przed wyjazdem i została zgłoszona policji**; zwolnienie ubezpieczonego z pracy przez pracodawcę, **jeśli w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia był on zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony albo pracował przez okres co najmniej 6 miesięcy na podstawie umowy o pracę na czas określony**, przy czym nie dotyczy to zwolnienia dyscyplinarnego lub rozwiązania umowy za porozumieniem stron; otrzymanie przez ubezpieczonego wezwania na policję lub do sądu, **o ile jego stawiennictwo jest obowiązkowe i przypada w czasie planowanej podróży.**

Koszty zmiany rezerwacji biletu lub zakupu nowego biletu w celu kontynuowania podróży również mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku zostaną one pokryte przez ubezpieczyciela, jeżeli ubezpieczony spóźni się na planowany środek transportu ze względu na zajście okoliczności wskazanej w o.w.u., jak np. opóźnienie środka transportu komunikacji publicznej, którym ubezpieczony lub współuczestnik podróży miał dotrzeć do miejsca rozpoczęcia przewozu, albo też wypadek komunikacyjny, któremu uległ ubezpieczony lub współuczestnik podróży.

Ubezpieczenie kosztów przerwania podróży dotyczy z kolei kosztów poniesionych przez ubezpieczonego w związku z koniecznością wcześniejszego, nieprzewidzianego powrotu do kraju zamieszkania. Chodzi tu przede wszystkim o koszty transportu powrotnego oraz koszty niewykorzystanych, a opłaconych świadczeń wynikających z umowy uczestnictwa w imprezie turystycznej, takich jak zakwaterowanie, wyżywienie czy wycieczki fakultatywne. Zdarzenia, które uzasadniają udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, to przede wszystkim: śmierć współuczestnika podróży; śmierć najbliższego krewnego ubezpieczonego; hospitalizacja w kraju zamieszkania najbliższego krewnego ubezpieczonego wynikająca z nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania; szkoda w

mieniu ubezpieczonego, która powoduje konieczność dokonania przez niego czynności prawnych i administracyjnych oraz wymaga jego obecności w kraju w czasie trwania podróży.

Zazwyczaj ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu (czasem też zobowiązuje się do jego zorganizowania) do wysokości rzeczywistych kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, ale nie więcej niż koszty uwzględnione w ubezpieczonej umowie uczestnictwa w imprezie turystycznej.

1.8. Podróż samolotem

Pokrycie określonych kosztów na wypadek opóźnienia lub odwołania lotu albo też opóźnienia bagażu jest zwykle możliwe albo na podstawie zupełnie odrębnego ubezpieczenia, albo też w ramach ubezpieczenia *assistance*. Jeśli chodzi o opóźnienie lub odwołanie lotu, to może ono dotyczyć przede wszystkim zagranicznego lotu rejsowego wykonywanego przez zawodowego przewoźnika lotniczego, przy czym w o.w.u. wskazuje się minimalny poziom opóźnienia dający uprawnienie do świadczenia (np. pięć godzin). W takim przypadku umowa może przewidywać np. zwrot na rzecz posiadacza ważnego biletu lotniczego wydatków poniesionych na niezbędne przybory toaletowe, odzież czy artykuły spożywcze. Świadczenie to zwykle nie przysługuje, jeśli opóźnienie ma miejsce już po powrocie ubezpieczonego do Polski.

Również opóźnienie dostarczenia bagażu podróznego, powierzonego przewoźnikowi na podstawie dokumentu przewozowego, musi przybrać określony rozmiar (np. pięciu godzin), by ubezpieczonemu przysługiwało z tego tytułu świadczenie. Tym jest zaś na ogół zwrot kosztów zakupu niezbędnych przyborów toaletowych i odzieży, do wysokości określonego limitu. W zależności od przyjętych przez ubezpieczyciela rozwiązań świadczenie z tytułu ubezpieczenia opóźnienia dostarczenia bagażu podróznego może pomniejszać sumę ubezpieczenia bagażu podróznego.

1.9. Utrudnienia w skorzystaniu z trasy narciarskiej

W związku z bardzo dużą popularnością wyjazdów turystycznych związanych z amatorskim uprawianiem narciarstwa na rynku znaleźć można wyspecjalizowane oferty pakietów ubezpieczeniowych przeznaczonych dla narciarzy. Przewidują one – poza najbardziej popularnymi rodzajami ubezpieczeń – ochronę także w razie zajścia różnego rodzaju zdarzeń powodujących utrudnienia w skorzystaniu z trasy narciarskiej czy też w ogóle niemożności uprawiania narciarstwa w trakcie wyjazdu. Ubezpieczenia takie mogą zatem przewidywać zapłatę świadczenia dziennego w określonej wysokości na wypadek zamknięcia tras zjazdowych ze względu na niekorzystne warunki pogodowe, jak brak śniegu, gęsta mgła czy zagrożenie lawinowe. Możliwy jest także pełny lub częściowy zwrot kosztów niewykorzystanego karnetu uprawniającego do korzystania z wyciągów lub uczestnictwa w zajęciach szkółki narciarskiej w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego. W niektórych przypadkach w grę wchodzi także zwrot kosztów wypożyczenia sprzętu narciarskiego poniesionych przez ubezpieczonego, gdy nie mógł on z niego skorzystać z powodów zdrowotnych, albo też gdy był on zmuszony wypożyczyć ten sprzęt ze względu na opóźnienie w dostarczeniu jego własnego sprzętu przez przewoźnika.

Omawiane zdarzenia mogą być objęte ochroną nie tylko w oparciu o wyżej wymienione ubezpieczenia, ale też w ramach specjalnej opcji ubezpieczenia *assistance*. W takim przypadku ubezpieczyciel może również pokryć koszty wypożyczenia sprzętu bądź koszty karnetu uprawniającego do korzystania z wyciągów narciarskich albo koszty zajęć w szkółce narciarskiej.

2. Zakres terytorialny

Określenie w treści umowy ubezpieczenia czy też w ramach postanowień o.w.u. zakresu terytorialnego ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela nie jest bezwzględnym wymogiem, który wynikałby z przepisów prawa. Jeśli umowa nie zawiera w tej mierze żadnych ograniczeń, wówczas uznać trzeba, że obowiązuje ona przez cały okres jej trwania bez względu na to, gdzie

miałoby dojść do zdarzenia ubezpieczeniowego. Praktyka wskazuje jednak, że poszczególne produkty w ramach ubezpieczeń turystycznych są powiązane z określonymi kategoriami podróży – przede wszystkim krajowymi, z ograniczeniem ich obowiązywania wyłącznie do terytorium Polski, oraz zagranicznymi, które przewidują ochronę poza granicami Polski. Większość oferowanych w tym segmencie rynku produktów jest przeznaczona dla turystów planujących podróże zagraniczne, z nimi bowiem zazwyczaj wiążą się innego charakteru ryzyka, często też o poważniejszej skali (np. koszty leczenia za granicą czy transport poszkodowanego turysty do kraju). Ubezpieczenia te są przy tym najbardziej zróżnicowane, przewidują rozliczne wypadki ubezpieczeniowe i chronią w związku z tym różnego rodzaju interesy majątkowe oraz dobra osobiste ubezpieczonych.

Co istotne, znaczna część ubezpieczeń turystycznych przeznaczonych dla osób wyjeżdżających za granicę przewiduje albo określone ograniczenia ich obowiązywania (np. wyłącznie na terenie Europy) albo – a jest to często stosowane rozwiązanie – różnicowanie wysokości składki w zależności od strefy geograficznej, do której wybierają się ubezpieczeni i na terenie której ma być udzielana ochrona ubezpieczeniowa.

Podstawową strefą geograficzną, od której pobierana jest składka w najniższej wysokości, jest umownie ujmowana Europa. Każdy z ubezpieczycieli może różnie dookreślać to używane przez siebie w o.w.u. pojęcie, można jednak pokusić się o pewne uogólnienie, że najczęściej chodzi tu o państwa położone na terytorium kontynentu europejskiego, w tym również określone archipelagi i wyspy do nich należące (takie jak Wyspy Kanaryjskie czy Madera). Terytorium Rosji bywa w tym wariantcie obejmowane wyłącznie do Uralu. Częste jest również włączanie do tego podstawowego obszaru geograficznego całych terytoriów określonych państw pozaeuropejskich, zwłaszcza tych położonych w basenie Morza Śródziemnego, jak Cypr, Egipt, Maroko, Tunezja i Turcja czy też Gruzja. Kolejna strefa geograficzna bywa określana po prostu jako „świat” i obejmuje terytoria wszystkich państw świata. Zdarza się jednak, że spod tej kategorii wyłączonych zostaje kilka określonych państw, głównie ze względu na wysokie

potencjalne koszty (np. leczenia) powstające w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Mowa tu przede wszystkim o Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Japonii i Australii, które bywają w związku z tym traktowane jako oddzielna, kolejna strefa geograficzna, bądź też ochrona w pewnym zakresie (np. dotyczącym określonych rodzajów kosztów leczenia) jest na ich terytorium wyłączona lub uzależniona od zapłaty dodatkowej składki.

Ubezpieczenia dotyczące podróży turystycznych po Polsce przewidziane są na wypadek zajścia określonych zdarzeń powstałych w trakcie przemieszczania się albo pobytu ubezpieczonego poza miejscem zamieszkania.

Mogą one przy tym zapewniać ochronę ubezpieczeniową nie tylko na terytorium naszego kraju, ale też w określonej w o.w.u. strefie przygranicznej państw sąsiadujących z Polską (np. jako pas terytorium tych państw o szerokości 30 km, mierzony od granicy Polski w ich głąb).

Przykładowy pakiet ubezpieczenia turystycznego może obejmować takie produkty, jak ubezpieczenia: następstw nieszczęśliwych wypadków, odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, bagażu podróżnego, sprzętu sportowego oraz *assistance* (w tym obejmujące poszukiwanie i ratownictwo w związku z amatorskim uprawianiem sportów).

3. Okres ubezpieczenia

Okres trwania ubezpieczenia jest zawsze wskazywany w dokumencie ubezpieczenia (polisie, certyfikacie). Na ogół okres ten wynika wprost z potrzeby danego klienta wiążącej się z konkretnym, planowanym przez niego wyjazdem turystycznym. Ubezpieczenia takie można określić jako krótkoterminowe. Ubezpieczyciele określają czasem w o.w.u. dopuszczalną długość okresu takiego ubezpieczenia, np. w przedziale od 1 do 90 dni. W takim przypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się (pod warunkiem opłacenia składki) od dnia wskazanego w umowie jako data rozpoczęcia podróży, kończy się

zaś z upływem okresu ubezpieczenia zgodnego z deklaracją dotyczącą zakończenia podróży, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem (czego przyczyną może być np. odstąpienie od umowy). Gdy przedmiotem ochrony jest rezygnacja z imprezy czy anulowanie biletu bądź rezerwacji, ochrona trwa natomiast do momentu rozpoczęcia się imprezy, przeprowadzenia odprawy przed lotem (lub wejścia na pokład innego środka lokomocji) tudzież zameldowania się w obiekcie hotelarskim.

W ofercie zakładów ubezpieczeń znajdują się poza tym także ubezpieczenia długoterminowe, zazwyczaj roczne, określane czasem z języka angielskiego mianem „*multitrip*”. Tego typu umowy zawierane są na ogół na dowolną liczbę podróży, choć zwykle pojedyncza podróż nie może być dłuższa niż okres wskazany w o.w.u. (np. 40 dni).

4. Suma ubezpieczenia, udział własny

Suma ubezpieczenia to ustalona w umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jest ona zawsze określana w dokumencie ubezpieczenia, zazwyczaj odrębnie w odniesieniu do poszczególnych rodzajów ubezpieczenia, gdy mowa o umowie pakietowej. W przypadku umowy ubezpieczenia grupowego suma ubezpieczenia jest na ogół jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych i obowiązuje w stosunku do każdego z nich oddzielnie.

Suma ubezpieczenia wyznacza maksymalny poziom świadczenia, jakie jest obowiązany wypłacić ubezpieczyciel z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Jeśli zatem wysokość objętej ubezpieczeniem szkody będzie przewyższać sumę ubezpieczenia, wówczas uprawniony uzyska jedynie częściowe jej naprawienie. W ramach ubezpieczenia majątkowego suma ubezpieczenia jest zazwyczaj pochodną wartości ubezpieczonego dobra (np. sprzętu sportowego czy bagażu). W tych natomiast przypadkach, gdy ubezpieczenie ma zapewnić pokrycie poniesionych lub koniecznych do poniesienia kosztów, takich jak koszty leczenia czy akcji ratowniczej, klient – podejmując decyzję o wysokości sumy ubezpieczenia – musi zdawać sobie sprawę z faktu, że gdy koszty te przekroczą

wskazaną kwotę, będzie on zmuszony do ich samodzielnego pokrycia. Podobnie jest w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, gdzie ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność do górnej granicy, którą w tym przypadku określa się mianem sumy gwarancyjnej.

Z kolei w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, gdzie wysokość świadczenia nie jest pochodną wysokości doznanej szkody (majątkowej lub niemajątkowej), klient po prostu umawia się z ubezpieczycielem na określone świadczenie i ewentualny sposób jego szacowania (np. 100% sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego); możliwa jest przy tym kumulacja świadczeń należnych z tytułu różnych tego typu umów.

Najczęściej w ubezpieczeniach turystycznych przyjmowana jest zasada, zgodnie z którą każda wypłacona przez ubezpieczyciela kwota świadczenia pomniejsza sumę ubezpieczenia aż do jej całkowitego wyczerpania. Z wyjątkiem tej reguły suma ubezpieczenia jest zwykle stała i nie podlega zmianie w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.

O.w.u. mogą przewidywać określone podlimity, odnoszące się do poszczególnych rodzajów wypadków ubezpieczeniowych, niższe od sumy ubezpieczenia dotyczącej danego ubezpieczenia.

Dla przykładu w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia obowiązuje często limit na leczenie stomatologiczne – zazwyczaj niski, wystarczające jedynie na doraźne zaopatrzenie zęba w nagłych stanach zapalnych czy urazach. Podlimity dotyczą też maksymalnych kosztów niektórych usług w ramach *assistance*, jak transport członków rodziny, organizacja kierowcy zastępczego, opieka nad dziećmi czy przedłużenie pobytu w celu kontynuowania leczenia. Niektóre z nich mogą być przy tym określane jako maksymalna stawka dzienna. W przypadku niektórych rodzajów kosztów (hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego, transportu medycznego, transportu zwłok itd.) podlimitów się jednak zwykle nie stosuje, w związku z czym ograniczeniem wysokości należnego świadczenia jest wyłącznie

suma ubezpieczenia. Zróżnicowany bywa również poziom ochrony w ramach ubezpieczenia OC – w zależności od tego, czy chodzi o szkodę w mieniu, czy na osobie (np. 100% sumy ubezpieczenia przy szkodzie na osobie oraz 20% lub 50% przy szkodzie w mieniu).

Jeżeli chodzi o konkretną wysokość sum ubezpieczenia spotykanych na polskim rynku, to zastrzec trzeba ich daleko idące zróżnicowanie – tak w odniesieniu do poszczególnych zakładów ubezpieczeń, jak i przygotowanych przez nie produktów skierowanych wszak często do różnych kategorii klientów i przeznaczonych do różnego rodzaju wyjazdów turystycznych, czy wreszcie w odniesieniu do kilku różnych wariantów przewidzianych w ramach tego samego ubezpieczenia lub pakietu ubezpieczeń. Można jednak wskazać w sposób dość ogólny, że w odniesieniu do najpopularniejszego przy wyjazdach zagranicznych ubezpieczenia kosztów leczenia standardowe sumy ubezpieczenia wahają się najczęściej od kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy złotych (czy też od dziesięciu do stu lub więcej tysięcy euro). Coraz częściej wysokość sumy ubezpieczenia nawet w podstawowych (wyjściowych) wariantach opiewa na kwoty rzędu stu czy dwustu tysięcy złotych, z kolei w wariantach najwyższych są to kwoty rzędu ośmiuset tysięcy czy jednego miliona złotych, a nawet więcej. Na rynku znaleźć można także oferty, gdzie w ramach najbogatszego wariantu ubezpieczyciel przyjmuje swoją odpowiedzialność z tytułu kosztów leczenia i *assistance* bez górnej granicy (z zastrzeżeniem nielicznych podlimitów).

Oferty odnoszące się do ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków również są bardzo zróżnicowane, a sumy ubezpieczenia wynoszą zazwyczaj od dziesięciu tysięcy złotych – co uznać można za kwotę zapewniającą jedynie symboliczną ochronę – do kilkudziesięciu albo stu lub więcej tysięcy złotych.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej to kolejny przykład bardzo dużej rozpiętości dostępnych ofert, gdyż sumy gwarancyjne mogą wynosić zarówno pięćdziesiąt czy sto tysięcy, jak i np. półtora miliona złotych. Należy przy tym zwrócić uwagę na znaczące niekiedy różnice w stosunku do odpowiedzialności za szkodę na osobie i w mieniu, które mogą wynikać zarówno z odrębnego ustalenia sum gwarancyjnych, jak i zastosowania określonych podlimitów.

Ubezpieczenie bagażu podróżnego jest nierzadko ograniczone sumami ubezpieczenia rzędu tysiąca czy dwóch tysięcy złotych. W niektórych przypadkach ubezpieczyciele pozwalają na samodzielne określenie dokładnej wysokości sumy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, wskazując przy tym na dostępny przedział (np. od tysiąca do pięciu tysięcy złotych). Stosowany przy tym bywa podlimit dotyczący określonych kategorii sprzętu, np. fotograficznego czy komputerowego. Podobne kwoty i zasady dotyczą zazwyczaj również sprzętu sportowego.

Z kolei w ubezpieczeniu kosztów rezygnacji lub przerwania imprezy turystycznej suma ubezpieczenia jest określana w o.w.u. jako równa cenie imprezy, nie więcej jednak niż określona kwota. Podobne zasady obowiązują w przypadku kosztów anulowania biletu lub rezerwacji noclegów.

W większości przypadków sumy ubezpieczenia są podawane w polskiej walucie. Czasem jednak, zwłaszcza w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą oraz ubezpieczenia *assistance* przewidującego organizację i pokrycie kosztów określonych usług poza Polską, suma ubezpieczenia czy też jej podlimity bywają wskazywane w innej walucie, jak euro lub dolar amerykański. W takich przypadkach o.w.u. wskazują sposób przeliczania sumy ubezpieczenia na polskie złote na potrzeby wypłaty i realizacji świadczeń (np. według kursu Narodowego Banku Polskiego z dnia zawarcia danej umowy).

Zdarza się, że o.w.u. przewidują w odniesieniu do części ubezpieczeń tzw. udział własny. Mianem tym określa się ustaloną w umowie kwotową lub procentową wartość szkody, która w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie zostanie pokryta przez ubezpieczyciela. Wysokość należnego świadczenia jest w takiej sytuacji ustalana z pominięciem tego właśnie udziału własnego, co w założeniu ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia szkody lub ograniczenie jej wysokości. Dla przykładu wskazać można na stosowany przez niektórych ubezpieczycieli udział własny w wysokości 10% czy 20% kosztów rezygnacji z podróży oraz zmiany rezerwacji lub zakupu nowego biletu.

5. Wyłączenia odpowiedzialności

O wyłączeniach odpowiedzialności ubezpieczyciela możemy mówić wówczas, gdy dane zdarzenie wprawdzie odnosi się do przedmiotu ubezpieczenia wynikającego z umowy i wchodzi w ogólny zakres tego ubezpieczenia, lecz na mocy szczegółowego postanowienia o.w.u. pozostaje ono poza nawiasem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Standardowym zabiegiem stosowanym w odniesieniu do pakietów ubezpieczeń turystycznych jest podział wyłączeń w o.w.u. na te, które dotyczą wszystkich ubezpieczeń w ramach oferowanego pakietu, oraz te, które odnoszą się tylko do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń (kosztów leczenia, NNW itd.).

Do katalogu najczęstszych wyłączeń o charakterze ogólnym zaliczyć można zwłaszcza przypadki, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał wskutek (niektóre o.w.u. zastrzegają, że również „w związku z”):

- spożycia przez ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, ewentualnie także wskutek użycia lekarstw lub innych środków wyłączonej świadomości, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza;
- prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień albo w stanie nietrzeźwości;
- uczestnictwa ubezpieczonego w locie w charakterze pilota lub członka załogi, jak również pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi;
- eksplozji atomowej, promieniowania jonizującego, skażeń promieniotwórczych lub chemicznych;
- usiłowania lub dokonania przez ubezpieczonego przestępstwa, samobójstwa lub samookaleczenia;
- choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego;
- zamieszek lub rozruchów, a także udziału ubezpieczonego w nielegalnych strajkach.

Częste są ponadto wyłączenia dotyczące szkód wynikających z działań wojennych, stanu wojennego czy aktów terrorystycznych.

Używane przy tej okazji pojęcia są zazwyczaj odrębnie definiowane w o.w.u., co może powodować dość istotne różnice między poszczególnymi ubezpieczycielami. Zdarza się też, że o.w.u. zastrzegają jednak ochronę na rzecz ubezpieczonego, gdy w trakcie podróży zagranicznej znajdzie się on nagle i niespodziewanie w strefie wojennej, co z kolei bywa ograniczone czasowo do pierwszych kilku dni, licząc od wybuchu tych działań, czy też od uznania danego obszaru za strefę wojenną na podstawie komunikatu na stronie polskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

Spotkać się można też z jeszcze innymi postanowieniami, np. że jeśli podczas podróży zagranicznej ubezpieczony zostaje niespodziewanie dotknięty zdarzeniami wojennymi, aktami terrorystycznymi lub wojną domową, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem piątego czy też siódmego dnia od ich rozpoczęcia, przy czym ubezpieczyciel nie ponosi żadnej odpowiedzialności, jeżeli podróż zagraniczna odbywa się do kraju, na którego terytorium działania wojenne już trwają, a także gdy ubezpieczony bierze aktywny udział w wojnie, aktach terroru lub wojnie domowej.

Wyłączone spod zakresu ochrony są też zazwyczaj wyczynowe (profesjonalne) uprawianie sportów oraz uprawianie sportów ekstremalnych, a także wykonywanie zarobkowej pracy fizycznej – każdej bądź tylko tej niebezpiecznej. W takich jednak przypadkach ubezpieczyciel przewiduje najczęściej możliwość rozszerzenia ochrony w zamian za dodatkową składkę.

Inne wyłączenia, które jednak nie są stosowane powszechnie, mogą przykładowo dotyczyć:

- udziału ubezpieczonego w charakterze uczestnika w wyścigach różnego rodzaju pojazdów silnikowych oraz w innych formach rywalizacji, pokazach, próbach prędkościowych czy związanych z nimi treningach;

- konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia mienia przez organa celne lub inne władze państwowe, odmowy wjazdu na terytorium danego państwa lub zakazu opuszczania kraju zamieszkania;
- chorób przenoszonych wyłącznie drogą płciową, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
- pandemii;
- nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielania ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

W niektórych przypadkach o.w.u. wprost wskazują, że przewidziane w nich wyłączenia nie mają zastosowania, gdy dana okoliczność nie miała wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. Można jednak przyjąć, bazując na obowiązujących przepisach i ich interpretacji dokonywanej przez sądy, że brak w o.w.u. tego typu wyraźnego zastrzeżenia nie może dawać ubezpieczycielowi prawa do odmowy zapłaty świadczenia, gdy brak jest związku przyczynowego między określoną okolicznością a wypadkiem ubezpieczeniowym.

Zdarza się ponadto, że w niektórych o.w.u. znajduje się powtórzenie treści art. 827 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie, w razie zaś rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

Przywołany przepis ma jednak charakter powszechnie obowiązujący, a zatem wynikająca z niego reguła znajduje zastosowanie niezależnie od tego, czy została ona przywołana w treści o.w.u.

6. Rozszerzenia ochrony

Ochroną ubezpieczeniową odnoszącą się do kosztów leczenia, ratownictwa, transportu, ubezpieczenia pomocy w podróży czy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków obejmuje się zazwyczaj jedynie amatorskie uprawianie sportów, przy czym spod zakresu ochrony wyłączone są te, które zostały wymienione w o.w.u. jako sporty wysokiego ryzyka czy też sporty ekstremalne.

Turysta zamierzający w trakcie swojego wyjazdu uprawiać sport, powinien zatem zwrócić uwagę na oferowany przez danego ubezpieczyciela zakres ochrony, a w razie potrzeby rozszerzyć go poprzez wybranie – za zapłatą dodatkowej składki – wyższego wariantu lub specjalnego pakietu.

Katalog sportów traktowanych jako związane z wysokim ryzykiem bywa w poszczególnych o.w.u. zróżnicowany i obejmuje dla przykładu: narciarstwo, nurkowanie z użyciem aparatów oddechowych, freediving, rafting, żeglarstwo morskie, wspinaczkę skałkową, aktywność uprawianą na określonej wysokości (np. od 2500 do 4500 m n.p.m.), sztuki walki, myślistwo, strzelectwo, szermierkę, hokej na lodzie, łyżwiarstwo, jazdę konną, jazdę na quadach, gokartach, nartach wodnych i skuterach wodnych czy kitesurfing. W niektórych przypadkach klient może również rozszerzyć ochronę o wyczynowe uprawianie sportów, a więc uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach sportowych albo obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w celu uzyskania w drodze współzawodnictwa sportowego maksymalnych wyników sportowych.

Kolejną regułą, której występowanie potwierdza analiza oferty produktowej dostępnej na polskim rynku, jest ograniczenie ochrony w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia, a także pozostałych ryzyk (jak assistance, NNW czy koszty rezygnacji lub przerwania imprezy turystycznej), w odniesieniu do wypadków zaostżenia lub powikłania choroby przewlekłej.

Pojęcie „choroba przewlekła” jest zawsze odrębnie definiowane w o.w.u., dość typowe jest przy tym jej ujęcie jako choroby charakteryzującej się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, jeśli zdiagnozowano ją przed objęciem ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia lub też jeśli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 12 (24) miesięcy przed objęciem ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia. Brak odpowiedniego rozszerzenia ochrony skutkuje tym, że nawet w razie nagłego nasilenia objawów choroby przewlekłej ubezpieczony jest pozbawiony wsparcia ze strony ubezpieczyciela i nie może liczyć na żadne ze świadczeń przewidzianych w umowie ubezpieczenia. Wyłączenie, o którym mowa, nie ma zastosowania w niektórych najwyższych wariantach oferowanych przez ubezpieczycieli. W większości pozostałych przypadków możliwe jest natomiast rozszerzenie ochrony o skutki chorób przewlekłych, oczywiście za opłatą dodatkowej składki.

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w podstawowym zakresie może też nie obejmować zdarzeń związanych z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy fizycznej, rozumianej jako wykonywanie wymienionych w o.w.u. rodzajów prac albo też – ogólniej – jako zwiększające ryzyko powstania szkody zatrudnienie czy nawet działania niewynikające ze stosunku pracy i niezarobkowe, jak wolontariat albo praktyki zawodowe. Regułą już zaś jest brak ochrony w odniesieniu do prac wysokiego ryzyka, takich jak czynności z użyciem niebezpiecznych narzędzi, na wysokościach, pod ziemią i pod wodą. Niektórzy ubezpieczyciele przewidują jednak możliwość włączenia tego typu działalności w zakres ochrony pod warunkiem wyboru przez klienta odpowiedniego rozszerzenia, co oczywiście wiąże się z koniecznością zapłacenia wyższej składki.

Kolejne z rozszerzeń ochrony, możliwe w niektórych przypadkach, można określić w ślad za nazewnictwem stosowanym w o.w.u. jako „bierne uczestnictwo w działaniach wojennych lub aktach terroru”. Chodzi tu o świadomy przyjazd ubezpieczonego na tereny objęte działaniami wojennymi lub aktami terroru, ale pod określonym warunkiem, np. w celu wykonywania obowiązków służbowych.

Reasumując, rzeczą kluczową dla turysty wybierającego dla siebie ubezpieczenie mające zapewnić mu odpowiednią ochronę w trakcie podróży jest właściwe skonfigurowanie wybranego pakietu ubezpieczeniowego. W jego skład powinny wchodzić ubezpieczenia zabezpieczające przed najpoważniejszymi lub

najbardziej uciążliwymi ryzykami wiążącymi się z danym wyjazdem. Należy przy tym pamiętać o prawidłowym określeniu okresu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej oraz jej zakresu terytorialnego, a także o ustaleniu sum ubezpieczenia w wysokości zapewniającej należyty poziom ochrony. Konieczne jest ponadto zwrócenie uwagi na faktyczny zakres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej, limitowany m.in. przez katalog wyłączeń przewidzianych w o.w.u. W razie potrzeby niezbędne może zaś okazać się określone rozszerzenie ochrony, stosownie do indywidualnych cech turysty bądź też celu lub miejsca planowanej podróży.

Rozdział III – Sprzedaż ubezpieczeń turystycznych

Ubezpieczenia turystyczne to określenie mało precyzyjne. Pod tym pojęciem rozumiemy zwykle objęcie ochroną ubezpieczeniową różnego rodzaju ryzyk, które są związane z uprawianiem turystyki zarówno w kraju, jak i za granicą. Szczególne znaczenie mają jednak te ubezpieczenia, które kierowane są do wyjeżdżających poza granice Polski. Wiele jest powodów takiego podejścia, poczynając od zagrożeń związanych ze znalezieniem się na innym terenie, w obcej kulturze, a kończąc na braku zabezpieczeń, jakie są dostępne w kraju. Różna też jest ranga poszczególnych ryzyk, które powinny być objęte ubezpieczeniem. Ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą i ochrona przed skutkami nieszczęśliwych wypadków pokrywają podstawowe ryzyka i posiadanie ochrony w tym zakresie jest niezbędne. Coraz większą wagę wyjeżdżający przywiązują także do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w czasie wyjazdu turystycznego, ubezpieczenia bagażu czy też kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej.

Warto także zwrócić uwagę na ryzyko związane z upadłością organizatora turystyki. Prawo nakłada obowiązek zabezpieczenia takowego ryzyka między innymi poprzez zawarcie przez organizatora turystycznego odpowiedniego ubezpieczenia. Klient biura podróży nie ma jednak wpływu na wybór podmiotu dającego gwarancję. Jest to obowiązek organizatora imprezy i jego własny wybór. Nie oznacza to jednak, że kwestia ta nie jest uregulowana prawnie, co obecnie nabiera szczególnego znaczenia, w sytuacji często zdarzających się upadłości podmiotów oferujących usługi turystyczne.

Sprzedaż ubezpieczeń turystycznych może odbywać się w sposób tradycyjny, ale wykorzystywane są także wciąż nowe rozwiązania ułatwiające nabycie tych ubezpieczeń. Można powiedzieć, że właśnie ten rodzaj ubezpieczeń kreuje nowe kanały dystrybucji, wprowadzając rozwiązania, które ułatwiają ich zakup.

1. Podmioty dystrybuujące ubezpieczenia turystyczne

Ochrony ubezpieczeniowej udzielają firmy ubezpieczeniowe. Działalność ubezpieczeniowa w Polsce może być wykonywana przez zakłady ubezpieczeń funkcjonujące wyłącznie w formie spółki akcyjnej, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych albo spółki europejskiej określonej w rozporządzeniu Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE)²⁶.

Obecnie ubezpieczenia turystyczne w Polsce są oferowane także przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń. Przedsiębiorstwa mające siedzibę w krajach Unii Europejskiej mogą prowadzić działalność także na terytorium Polski. Działanie Unii Europejskiej opiera się na czterech swobodach, gwarantowanych umową zawartą między wszystkimi państwami członkowskimi. Konsekwencją stosowania tych swobód jest szereg uprawnień dla przedsiębiorców i obywateli UE, ułatwiających im swobodne przemieszczanie się oraz wykonywanie działalności w dowolnym kraju członkowskim. Jedną z tych swobód jest swoboda przepływu usług – co oznacza, że można założyć działalność gospodarczą na terenie innego państwa członkowskiego, a także świadczyć w dowolnym państwie UE usługi na zasadzie transgraniczności (z kraju rejestracji działalności, najczęściej bez dodatkowych wymogów). Na tej właśnie podstawie mogą być w Polsce oferowane i świadczone usługi ubezpieczeniowe. Podstawą prawną ich działania jest art. 207 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej²⁷: „Zagraniczny zakład ubezpieczeń mający siedzibę w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej może wykonywać działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w inny sposób niż przez oddział, w ramach swobody świadczenia usług [...]”. Przepis art. 204 ust. 1 cytowanej ustawy precyzuje wymogi wobec takiego podmiotu: „Zagraniczny zakład ubezpieczeń z innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli uzyskał odpowiednie zezwolenie na wykonywanie tej działalności w państwie, w którym ma swoją siedzibę”. Są to tzw. notyfikowane

²⁶ Dz. Urz. UE L 294/1 z dnia 10 listopada 2001 r.

²⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1170 z późn. zm.).

zakłady ubezpieczeń i ich działalność nie podlega polskiemu nadzorowi ubezpieczeniowemu (KNF). Nad takim podmiotem nadzór sprawuje organ nadzorczy państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym zakład ten ma swoją siedzibę (art. 204 ust. 3 ustawy).

Zagraniczne zakłady ubezpieczeń, zarówno te, które mają siedzibę w kraju członkowskim UE, jak i te spoza UE mogą też prowadzić działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski poprzez oddział.

Zagraniczny zakład ubezpieczeń z siedzibą w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej może podejmować i wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadzie wzajemności (art. 176 ust. 1 ustawy). Działa on wówczas wyłącznie jako główny oddział (art. 177 ust. 1 ustawy). Nadzór nad jego działalnością odbywa się wtedy analogicznie jak nad krajowymi zakładami ubezpieczeń, czyli podlega on nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Aktualny rejestr podmiotów mogących wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski można znaleźć pod adresem: https://www.knf.gov.pl/podmioty/Podmioty_ryнку_ubezpieczeniowego.

Czy to ważne, jakie podmioty udzielają ochrony ubezpieczeniowej? W związku z różnymi formami organizacyjnymi firm ubezpieczeniowych działających w Polsce oraz różnorodnością podmiotów oferujących usługi turystyczne (są to także podmioty zagraniczne) wiedza na temat ubezpieczyciela oraz sposobu dochodzenia od niego roszczeń w przypadku sporu może być niezmiernie istotna. Klienci czasem dopiero po szczegółowej analizie nie tyle oferty, co ogólnych warunków ubezpieczenia dowiadują się, kto udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach zawartej przez nich umowy. Przykładem może być zajmująca się działalnością brokerską firma April Polska Broker Sp. z o.o. Na stronach internetowych tej firmy znajdujemy ofertę ubezpieczeń turystycznych, które można nabyć *on-line*. Jest to ubezpieczenie o nazwie Grand Voyager. Na stronie internetowej znajdziemy szereg informacji o zakresie ubezpieczenia, krajach objętych ochroną ubezpieczeniową, cenie czy sposobie zgłoszenia szkody. Jednakże informacja, że ochrony ubezpieczeniowej udziela Towarzystwo

Ubezpieczeń Axeria Insurance Limited, znajdują tylko ci, którzy dokładnie przeczytają o.w.u. Podmiot ten zarejestrowany jest na Malcie (kraj macierzysty). Oczywiście to nie jedyny przypadek braku czytelnej informacji o ubezpieczycielu.

1.1. Sprzedaż transgraniczna ubezpieczeń (*cross-border*)

Ubezpieczenie *cross-border* to usługa z elementem międzynarodowym rozumianym jako powiązanie prawnego stosunku ubezpieczenia z kilkoma obszarami prawnymi. Cechuje się ona „międzynarodowością”, przez co należy rozumieć powiązanie stosunku ubezpieczenia z więcej niż jednym obszarem prawnym.

W ubezpieczeniach turystycznych często można się spotkać z elementem międzynarodowym (ochrona ubezpieczeniowa będzie często obejmowała zdarzenia powstałe poza granicami kraju ubezpieczonego), jednakże nie o tego rodzaju element międzynarodowy w tym przypadku chodzi. W interesującym nas aspekcie należy wziąć pod uwagę regulacje samej umowy ubezpieczenia, a nie ocenę zdarzenia, które może spowodować roszczenie z umowy ubezpieczenia. Nie ulega wszak wątpliwości, że np. odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego w czasie pobytu za granicą będzie rozpatrywana według prawa kraju miejsca zdarzenia. Jednakże już kwestia pokrycia odszkodowania za to zdarzenie będzie rozpatrywana według prawa wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczeni mogą zawierać umowy z różnymi firmami ubezpieczeniowymi, zarówno działającymi w różnych formach na terenie Polski, jak i z firmami nieprowadzącymi działalności ubezpieczeniowej na terenie naszego kraju. W takich przypadkach ważna jest informacja na temat prawa właściwego. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej nakazuje w art. 25 pkt 1 i 2: „Zakład ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia informuje ubezpieczającego będącego osobą fizyczną o:

- 1) prawie właściwym dla umowy – gdy strony nie mają swobody wyboru prawa;
- 2) prawie właściwym, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń – gdy strony mają swobodę wyboru prawa”.

Ubezpieczyciele zagraniczni oferujący ubezpieczenia (także turystyczne) przez internet często wskazują w o.w.u., że zawierane przez nich umowy z konsumentami poddane będą prawu państwa ich siedziby. Prawo unijne zasadniczo dopuszcza takie umowy, ale zastrzega, że wybór prawa obcego nie może pozbawiać konsumenta ochrony przyznanej mu na podstawie przepisów, których nie można wyłączyć w drodze umowy na mocy prawa, jakie byłoby właściwe, gdyby umowa nie zawierała takiej klauzuli. Klauzule wyboru prawa zamieszczone we wzorcach umownych (o.w.u.) kierowanych do klientów z różnych krajów, z wielu jurysdykcji nie są dzisiaj wyjątkiem.

W Polsce Sąd Najwyższy uznał jednak, że klauzule wyboru prawa w umowach konsumenckich zamieszczone w ogólnych warunkach umownych są niedozwolone i nie wiążą konsumentów²⁸.

Sąd był zdania, że wybór prawa wprowadza niedopuszczalną nierównowagę między przedsiębiorcą a konsumentem. Uznał, że nierównowaga ta nie jest wystarczająco łagodzona przez europejskie prawo kolizyjne, które przewiduje ochronę konsumentów przed wyborem prawa obcego (wybór prawa jest skuteczny, lecz konsument może powoływać się na korzystniejsze przepisy swojej jurysdykcji). Zdaniem Sądu stosowanie dwóch porządków prawnych jest mało przejrzyste dla przeciętnego konsumenta, który nie będzie w stanie ustalić, jakie prawa i obowiązki są na niego nakładane. Wyrok ten spotkał się z krytyką w piśmiennictwie (jako niezgodny z prawem UE i wprowadzający nadmierne obciążenia dla przedsiębiorców).

²⁸ Wyrok SN z dnia 17 września 2014 r., I CSK 555/13.

2. Sposoby dystrybucji ubezpieczeń turystycznych

Sprzedaż ubezpieczeń, w tym także turystycznych, może odbywać się w różnych formach – zgodnie z możliwościami przewidzianymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym²⁹, a wkrótce także w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń³⁰. Często nowe pomysły na sprzedaż ubezpieczeń, najczęściej wykorzystujące nowoczesne rozwiązania technologiczne, były inicjowane właśnie w dystrybucji ubezpieczeń turystycznych. Jednym z pierwszych takich rozwiązań była możliwość zakupu ubezpieczenia z wykorzystaniem sieci telefonii komórkowej. Po zalogowaniu się danego urządzenia do przekaźników w pobliżu granicy Polski abonent otrzymywał SMS oferujący szybki zakup ubezpieczenia turystycznego. Poprzez prostą odpowiedź, także w postaci wiadomości SMS, można było nabyć takie ubezpieczenie. Pomysł był innowacyjny, jednak nie rozpowszechnił się i obecnie już nie jest praktykowany. Zastąpiono go różnego rodzaju sposobami zawarcia umowy przez internet, co z pewnością wynika ze znacznego upowszechnienia dostępu do internetu także w urządzeniach mobilnych.

2.1. Regulacje prawne w zakresie dystrybucji ubezpieczeń

W polskim prawie przewidziano następujące kanały dystrybucji:

- sprzedaż bezpośrednią (dokonywaną poprzez etatowych pracowników zakładu, tzw. sprzedaż na odległość poprzez stronę internetową zakładu ubezpieczeń lub własne *call center*),
- sprzedaż agencyjną poprzez agentów ubezpieczeniowych (osoby fizyczne, osoby prawne oraz przedsiębiorców bez osobowości prawnej, posiadających upoważnienie zakładu ubezpieczeń do zawierania w jego imieniu i na jego rzecz umów ubezpieczenia lub pośredniczenia przy ich zawieraniu),

²⁹ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 2077 z późn. zm.). Ustawa ta obowiązuje do dnia 1 października 2018 r., kiedy to wejdzie w życie ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

³⁰ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. z 2017 r., poz. 2486 z późn. zm.).

- sprzedaż za pośrednictwem brokerów ubezpieczeniowych (osób fizycznych i osób prawnych upoważnionych do zawierania i wykonywania umów ubezpieczenia w imieniu ubezpieczającego lub do pośredniczenia przy zawieraniu umów ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego),
- sprzedaż przy wykorzystaniu innych kanałów dystrybucji.

W regulacjach prawnych dotyczących sprzedaży ubezpieczeń czeka nas w najbliższym czasie sporo zmian, bowiem z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Ustawa ta wdraża do krajowego porządku prawnego zapisy unijnej dyrektywy IDD (*Insurance Distribution Directive*)³¹.

Nowa ustawa określa podmioty, które mogą dystrybuować ubezpieczenia. Są to zatem dystrybutorzy ubezpieczeń, za których uznaje się: zakład ubezpieczeń, agenta ubezpieczeniowego, agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające lub brokera ubezpieczeniowego. Nową kategorią jest agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające, niebędący pośrednikiem ubezpieczeniowym. Art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy definiuje go jako „przedsiębiorcę wykonującego działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń, wpisanego do rejestru agentów, niebędącego instytucją kredytową [...] ani firmą inwestycyjną [...], który za wynagrodzeniem prowadzi dystrybucję ubezpieczeń jako działalność uboczną, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

- a) podstawową działalnością przedsiębiorcy nie jest działalność w zakresie dystrybucji ubezpieczeń,
- b) przedsiębiorca dystrybuuje wyłącznie ubezpieczenia uzupełniające dostarczane przez przedsiębiorcę towary lub świadczone usługi,
- c) dystrybucja ubezpieczeń nie odnosi się do umowy ubezpieczenia na życie lub umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, chyba że taka umowa jest uzupełnieniem dostarczanych towarów lub świadczonych usług w ramach podstawowej działalności przedsiębiorcy”.

³¹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26 z dnia 2 lutego 2016 r.).

Ustawa przewiduje jeszcze jedną kategorię podmiotów, które mogą dystrybuować ubezpieczenia, a do których ustawa nie ma zastosowania. Są to przedsiębiorcy wykonujący działalność w zakresie dystrybucji ubezpieczeń, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

- 1) umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej, której zawarcia lub wykonania dotyczą czynności dystrybucji ubezpieczeń, jest zawierana jako uzupełnienie dostarczanych przez przedsiębiorcę towarów lub świadczonych usług i pokrywa następujące ryzyka:
 - a) zniszczenia, utraty lub uszkodzenia tych towarów lub nieskorzystania ze świadczonej przez niego usługi, lub
 - b) uszkodzenia lub utraty bagażu oraz inne ryzyka związane z usługami w zakresie podróży oferowanymi przez przedsiębiorcę;
- 2) wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego ubezpieczonego nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 600 euro, obliczanej proporcjonalnie w wymiarze rocznym.

Oznacza to, że zarówno operatorzy usług turystycznych, jak i agenci turystyczni nie będą podlegać nowym regulacjom ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Sprzedaż przez nich ubezpieczeń turystycznych będzie dalej prosta, ale interesy ubezpieczonych nabywających u nich ubezpieczenia nie będą tak samo chronione jak w przypadku nabywania ubezpieczenia u dystrybutora ubezpieczeń (czyli podmiotu sprzedającego ubezpieczenia i podlegającemu regulacjom ustawy) – bowiem zobowiązanie do wykonywania analizy potrzeb klienta przed zawarciem umowy oraz obowiązki informacyjne w procesie sprzedaży krzyżowej (tzw. *cross-selling*) to tylko niektóre z obowiązków nałożonych przez ustawę na dystrybutorów ubezpieczeń.

2.2. Sprzedaż z wykorzystaniem klasycznych kanałów sprzedaży – bezpośrednia zakładów ubezpieczeń, poprzez agentów ubezpieczeniowych i poprzez brokerów

Ubezpieczenia turystyczne są dostępne w różnych kanałach sprzedaży. Można je zatem nabyć zarówno bezpośrednio w punktach sprzedaży zakładów ubezpieczeń, jak i u agentów ubezpieczeniowych oraz brokerów. Choć ten sposób sprzedaży nie jest dominujący w ubezpieczeniach turystycznych, nie można pominąć tradycyjnych kanałów dystrybucji, które muszą sprostać potrzebom klienta.

Także tu następują zmiany. Coraz częściej same zakłady ubezpieczeń i pośrednicy ubezpieczeniowi wykorzystują możliwości związane ze zdalnym zawieraniem ubezpieczeń turystycznych, o czym szerzej w punkcie 3.4.1.

2.3. Sprzedaż przez organizatorów turystycznych

Ustawa o usługach turystycznych³² nakłada na organizatorów usług turystycznych pewne obowiązki w zakresie ubezpieczeń na rzecz klientów.

Przepis art. 13 ust. 1 i 2 tej ustawy wskazuje:

„1. Organizator turystyki lub pośrednik turystyczny jest obowiązany podać klientowi, przed zawarciem umowy:

[...]

2) informację o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia od kosztów rezygnacji z udziału w imprezie turystycznej oraz o zakresie ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia.

2. Organizator turystyki jest obowiązany poinformować klienta o szczególnych zagrożeniach życia i zdrowia na odwiedzanych obszarach oraz o możliwości ubezpieczenia z tym związanego. Dotyczy to także zagrożeń powstałych po zawarciu umowy”.

Przepis ten dotyczy wszystkich klientów organizatora turystyki, czyli zarówno tych, którzy korzystają z wypoczynku w Polsce, jak i tych wyjeżdżających poza granicę kraju. Szczególne obowiązki nałożył ustawodawca w stosunku do organizatorów imprez turystycznych za granicą. W art. 14 ust. 3 ustawy przewidziano: „Organizatorzy turystyki, organizujący imprezy turystyczne za granicą, mają obowiązek zawarcia na rzecz osób uczestniczących w tych

³² Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1553, z późn. zm.).

impresach umów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia”. W praktyce koszty tego ubezpieczenia mogą być wliczone w cenę wyjazdu lub stanowić obowiązkową dopłatę dla uczestnika.

Te dwa obowiązkowe ubezpieczenia są traktowane zupełnie różnie. Ubezpieczenie NNW jest niezbędne, ale w praktyce nie jest ono postrzegane jako dające realną korzyść. Ubezpieczyciele w pakietach ubezpieczeniowych nie oferują zbyt wysokich limitów (sum ubezpieczenia) z tytułu ubezpieczenia NNW. Przepisy kodeksu cywilnego wskazują, że przedmiotem niniejszego ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające w szczególności na uszkodzeniu ciała, a także rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek lub śmierć ubezpieczonego. Nałożony ustawą obowiązek ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą (KL) ma na celu zabezpieczenie uczestników wyjazdu turystycznego przed koniecznością samodzielnego pokrywania wydatków związanych z leczeniem, zarówno tym wynikającym z choroby, jak i nieszczęśliwego wypadku. To ubezpieczenie – jako obowiązkowe – powinno zapewnić pokrycie ze strony zakładu ubezpieczeń kosztów związanych m.in. z powypadkowym leczeniem szpitalnym oraz leczeniem ambulatoryjnym, a także zwrot wydatków poniesionych na leki, środki opatrunkowe i innych kosztów związanych ze świadczeniem opieki medycznej.

Obowiązek zawarcia na rzecz osób uczestniczących w imprezach turystycznych umowy ubezpieczenia oznacza najczęściej ubezpieczenia o niskiej sumie i nieobejmujące wszystkich ryzyk (najczęstsze i najdotkliwsze wyłączenie dotyczy leczenia chorób przewlekłych czy też skutków nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z uprawianiem sportu, a szczególnie sportów ekstremalnych). Skutkiem tego może być niepełne pokrycie kosztów leczenia, a co za tym idzie konieczność wykorzystania własnych środków finansowych.

Organizator imprezy turystycznej często oferuje uczestnikom dodatkowe ubezpieczenia, takie jak np. bagażu, sprzętu turystycznego i sportowego, kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej czy też pomocy *assistance* w podróży oraz odpowiedzialności cywilnej.

A jak do kwestii obowiązkowych i fakultatywnych ubezpieczeń dla uczestników wyjazdów zagranicznych podchodzą organizatorzy imprez turystycznych w Polsce? Warto przeanalizować ofertę kilku największych touroperatorów.

TUI Poland oferuje podstawowe ubezpieczenie TUIR Allianz Polska S.A., obejmujące NNW i pokrycie kosztów leczenia za granicą w cenie imprezy. Ubezpieczenie to jednak często może okazać się niewystarczające, głównie z powodu wysokości sumy ubezpieczenia, która w ubezpieczeniu kosztów leczenia wynosi 40 000 zł. Kwota ta obejmuje zarówno wizyty lekarskie, jak i koszty leczenia szpitalnego oraz koszty transportu do kraju. W praktyce wystarczy to na pokrycie kosztów leczenia przeziębienia czy niestrawności, ale raczej nie poważniejszego schorzenia, a z pewnością może być problem z pokryciem kosztów transportu. Podstawowe ubezpieczenie obejmuje zakresem tylko uprawianie sportów rekreacyjnych oraz wyłącza koszty związane z zaostrzeniem i powikłaniami chorób przewlekłych. Każdy z klientów może wybrać bardziej odpowiadający mu zakres ubezpieczenia, płacąc dodatkową składkę.

W **Neckermann Podróże** trzeba zapłacić dodatkową składkę także za ubezpieczenie podstawowe (obowiązkowe). Oferowane jest tu ubezpieczenie AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Najtańsze ubezpieczenie na tygodniowy wyjazd za granicę kosztuje ok. 16 zł. Tu także trudno o pełną gwarancję bezpieczeństwa. Suma ubezpieczenia kosztów leczenia wynosi 80 000 zł (obejmuje także koszty transportu do kraju), a suma ubezpieczenia NNW to 10 000 zł. Podobnie to ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leczenia chorób przewlekłych czy urazów powstałych wskutek uprawiania określonych sportów. Każdy z klientów może wybrać bardziej odpowiadający jego potrzebom zakres ubezpieczenia, płacąc odpowiednią składkę.

ITAKA oferuje podstawowe ubezpieczenie (Itaka Simple) ubezpieczyciela Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce, obejmujące NNW i pokrycie kosztów leczenia za granicą w cenie imprezy. Suma ubezpieczenia kosztów leczenia to 20 000 euro (obejmuje także koszty transportu do kraju), a suma ubezpieczenia NNW wynosi: w przypadku śmierci 2000 zł, a w razie uszczerbku na zdrowiu 5000 zł. Tu także nie można liczyć na pokrycie

kosztów leczenia chorób przewlekłych czy urazów powstałych wskutek uprawiania określonych sportów. Każdy z klientów może wybrać bardziej odpowiadający jego potrzebom zakres ubezpieczenia, płacąc odpowiednią składkę.

RAINBOW Tours oferuje standardowe (podstawowe, obowiązkowe) ubezpieczenie TU Europa S.A., obejmujące NNW i pokrycie kosztów leczenia za granicą w cenie imprezy. Suma ubezpieczenia kosztów leczenia dla osób wyjeżdżających do państw Europy i basenu Morza Śródziemnego wynosi 100 000 zł, a dla osób udających się do pozostałych państw świata – 140 000 zł. Suma ubezpieczenia NNW za 100% uszczerbku na zdrowiu wynosi 10 000 zł, a świadczenie z tytułu śmierci to 5000 zł. Podobnie jak u pozostałych organizatorów tu także nie można liczyć na pokrycie kosztów leczenia chorób przewlekłych czy urazów powstałych wskutek uprawiania określonych dyscyplin sportu. Każdy z klientów może jednak – po opłaceniu odpowiedniej składki – wybrać zakres ubezpieczenia bardziej odpowiadający jego indywidualnym potrzebom.

2.4. Sprzedaż zdalna ubezpieczeń turystycznych

Smartfony i inne urządzenia mobilne stały się powszechne. Obecnie 77% Amerykanów korzysta z internetu codziennie. Liczba ta obejmuje 26% osób, które niemal nieprzerwanie korzystają z internetu, 43% twierdzi, że korzysta z internetu kilka razy dziennie, a 8% z nich korzysta z internetu raz dziennie. Około 11% korzysta z internetu kilka razy w tygodniu lub rzadziej, a 11% dorosłych twierdzi, że w ogóle nie korzysta z internetu³³. W Polsce na razie nie przeprowadzono analogicznych badań, jednakże należy założyć, że poziom korzystania z sieci internetowej jest podobny.

Pokolenie tzw. millenialsów najczęściej korzysta z urządzeń mobilnych, z którymi się nie rozstaje. Strony internetowe niedostosowane do urządzeń mobilnych są wykorzystywane przez osoby z tego pokolenia znacznie rzadziej. A to właśnie te osoby będą niebawem kształtowały zwyczaje zakupowe także w Polsce. Zbadano zatem ich preferencje. W ubiegłym roku 70% użytkowników YouTube z tego pokolenia oglądało ten kanał, aby dowiedzieć się, jak zrobić coś nowego, lub zasięgnąć informacji o czymś, czym są zainteresowani. To osoby,

³³ Według badania Pew Research Center przeprowadzonego w styczniu 2018 r.

które zapominają już o książkach i podręcznikach, przedkładając nad te źródła wideo. Ucząc się czegoś nowego, członkowie pokolenia millenialsów prawie trzy razy bardziej wolą robić to, oglądając filmy na YouTube niż czytając książki, instrukcje czy nawet portale internetowe³⁴. Z tego względu w Kanadzie podjęto próbę sprzedaży ubezpieczeń właśnie poprzez kanał YouTube.

2.4.1. Sprzedaż z wykorzystaniem elektronicznych narzędzi dostępu do nabycia usługi (sprzedaż *on-line*)

Wiele podmiotów tworzy własne portale internetowe do sprzedaży ubezpieczeń, w których można nabyć także ubezpieczenia turystyczne. Część z tych portali jest przeznaczona wyłącznie do dystrybucji ubezpieczeń turystycznych. Sprzedaż na odległość jest wykorzystywana w tym przypadku bezpośrednio przez zakłady ubezpieczeń. Oto przykłady tylko kilku portali:

- <https://www.aviva.pl/ubezpieczenia/ubezpieczenie-turystyczne/>
- <https://www.axatravel.pl/>
- <http://www.compensa.pl/ubezpieczenie/compensa-voyage/>
- <https://www.turystyka.allianzdirect.pl/>

Pośrednicy ubezpieczeniowi (agenci i brokerzy) także dystrybuują ubezpieczenia turystyczne z wykorzystaniem portali internetowych. Najczęściej ich oferta obejmuje propozycje kilku ubezpieczycieli, co umożliwia potencjalnemu klientowi wybór optymalnego dla siebie rozwiązania. Oto przykłady kilku takich stron:

- <https://wakacyjnapolisa.pl> (marka należąca do Rankomat Sp. z o.o. Sp. k.)
- <https://www.polisaturystyczna.pl> (marka należąca do Rankomat Sp. z o.o. Sp. k.)
- <https://polisoteka.pl/ubezpieczenie-turystyczne/>
- <https://www.aprilpolska.pl/ubezpieczenie-turystyczne/>

³⁴ Za badaniem Pew Research Center z 14 marca 2018 r.

Zakup ubezpieczenia turystycznego *on-line* jest prosty i szybki. Klient może nabyć takie ubezpieczenie w ostatniej chwili i opłacić je, wykorzystując powszechne już sposoby płatności *on-line*. Produkty turystyczne, ich zakres i poszczególne warianty są dość przejrzysto prezentowane, dzięki czemu nabywca wie, co kupuje. Jednakże nie zwalnia to klientów z zapoznania się z o.w.u., na podstawie których zawierają umowę, bo to właśnie tam znajdują się wszelkie wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej oraz inne postanowienia istotne dla realizacji umowy. Korzyścią dla osób korzystających z takiej formy nabycia ubezpieczenia jest to, że wszelkie dokumenty w przypadku konieczności skorzystania z ubezpieczenia mają na własnym urządzeniu mobilnym. Dzięki temu nie muszą drukować polisy, którą i tak zawsze mają przy sobie.

2.4.2. Sprzedaż z wykorzystaniem operatorów sieci komórkowych

Próby współpracy operatorów sieci telekomunikacyjnych z ubezpieczycielami w zakresie dystrybucji ubezpieczeń podejmowano już wiele lat temu. Obejmowały one zarówno możliwość zawarcia ubezpieczenia turystycznego, zawsze gdy użytkownik pojawił się w zasięgu nadajników znajdujących się w określonej odległości od granicy Polski (o czym była już mowa wyżej), jak i szerszy projekt sprzedaży ubezpieczeń turystycznych przez SMS, realizowany przez TU Generali S.A. i Orange Polska S.A. Ubezpieczenie to było zawierane poprzez wysłanie dwóch wiadomości SMS oraz podanie określonych danych. Cena ubezpieczenia była rozliczana wraz z fakturą za korzystanie z usług operatora. Projekt przestał działać z dniem 31 grudnia 2014 r. Nie oznacza to jednak, że operatorzy telekomunikacyjni porzucili projekty związane ze sprzedażą ubezpieczeń, w tym ubezpieczeń turystycznych.

Na uwagę zasługuje powstała w 2017 r. aplikacja Play Ubezpieczenia, która powstała we współpracy operatora Play z największymi towarzystwami ubezpieczeniowymi. Oferta jest skierowana do klientów indywidualnych w ramach taryf abonamentowych, a składki za ubezpieczenie są dopisywane do comiesięcznego rachunku od Play. Aplikacja ta ma się stać mobilnym marketem ubezpieczeniowym dostępnym z dowolnego miejsca. Polisę można dobrać i kupić

bezpośrednio w aplikacji, która pozwala także na kontakt z ubezpieczycielem w razie wypadku lub innego zdarzenia.

Play pracuje nad rozwojem swojej usługi. W kolejnych krokach ma rozszerzyć ofertę o ubezpieczenia „szyte na miarę” oraz udostępnić ofertę dla klientów innych sieci. Docelowo pojawią się także alternatywne formy płatności oraz dedykowany serwis internetowy do obsługi ubezpieczeń. Aplikację Play Ubezpieczenia można pobrać zarówno na system Android, jak i iOS.

Także Orange dostrzega perspektywy sprzedaży ubezpieczeń turystycznych dla swoich klientów. W 2017 r. do aplikacji Mój Orange dołączono możliwość połączenia się z inną aplikacją BeforeYouGo umożliwiającą nabycie ubezpieczenia turystycznego. Klienci Orange otrzymują 10% rabatu na zakup tych ubezpieczeń. Nie ma to jednak ścisłego powiązania procesowego z Orange, jak np. rozliczenie składki ubezpieczeniowej w płatności za usługi telefoniczne, jak to jest w przypadku Play.

2.4.3. Sprzedaż w punktach samodzielnej obsługi (polisomaty, bankomaty)

W ostatnich latach ubezpieczyciele wciąż szukają nowych sposobów na dystrybucję ubezpieczeń turystycznych. Ma to nie tylko wpłynąć na obniżenie kosztów akwizycji ubezpieczeń, lecz także zwiększyć wygodę klientów.

W marcu 2017 r. TU Link4 S.A. uruchomiło pierwszy w Polsce polisomat. Maszyna, w której można dokonać zakupu ubezpieczenia turystycznego, stanęła w hali odlotów na lotnisku w Modlinie. Urządzenie wyglądem przypomina bankomat. Na dotykowym ekranie pojawiają się proste komunikaty, które prowadzą klienta krok po kroku do finału transakcji, czyli zakupu polisy turystycznej. Polisomat Link4 zaopatrzony jest w terminal do płatności kartą, a po opłaceniu polisa zostaje wysłana na adres e-mailowy klienta.

Od 2017 r. można kupić zdalnie ubezpieczenie turystyczne na lotnisku Chopina w Warszawie, a obecnie także na lotniskach w Bydgoszczy, Katowicach, Łodzi i Poznaniu. Nowa usługa została przygotowana przy współpracy operatora bankomatów Planet Cash z firmą KioskPolis.pl oraz TU Europa S.A. Oferta jest dostępna w ok. 1300 maszynach z logo Planet Cash zlokalizowanych w

kluczowych dla podróżujących miejscach, w tym na lotniskach i dworcach kolejowych, galeriach handlowych czy stacjach metra w Warszawie. Transakcji można dokonać w dowolnym czasie i miejscu, w którym znajduje się bankomat z dostępną funkcją. Polisę opłaca się bezpośrednio w bankomacie za pomocą dowolnej karty płatniczej w tym kredytowej, bez żadnych dodatkowych opłat.

TU Europa S.A. poszerza możliwości nabycia oferowanego przez siebie ubezpieczenia turystycznego. Ubezpieczenie takie można kupić łatwo i szybko w ponad 6000 bankomatów oraz wpłatobankomatów sieci Euronet na terenie całego kraju. Są one ulokowane na stacjach benzynowych, dworcach kolejowych i na lotniskach. Do zakupu ubezpieczenia oprócz karty bankomatowej lub kredytowej potrzebny jest smartfon z dostępem do internetu.

Także banki PKO BP i BZ WBK rozważają dystrybucję ubezpieczeń w swoich sieciach bankomatów.

Banki rozwijają też aplikacje mobilne do obsługi kont swoich klientów. W wielu z nich istnieje możliwość zakupu ubezpieczenia turystycznego. Taką możliwość mają użytkownicy aplikacji IKO Banku PKO BP (ubezpieczenie Moje Podróże24, obsługiwane przez PKO TU S.A.) oraz klienci mBanku (Mobilne Ubezpieczenie Podróżne, gwarantowane przez Axa Ubezpieczenia TUiR S.A.), BZ WBK (ubezpieczenie Na Podróż, oferowane przez TU Aviva S.A.) oraz Milenium Bank (ubezpieczenie Pomoc w Podróży, gwarantowane przez STU Ergo Hestia S.A.). Inne banki także oferują klientom ubezpieczenia turystyczne, np. w banku Pekao S.A. można uzyskać rabat w wysokości 10% po zalogowaniu się na stronę ubezpieczyciela TUiR Allianz Polska S.A.

2.5. *Cross-selling* ubezpieczeń turystycznych z innymi produktami (bilety lotnicze, usługi bankowe, karty studenckie)

Ubezpieczenia turystyczne to wartościowy element obsługi klientów i możliwość uzyskania dodatkowych zysków ze sprzedaży związanej zarówno dla linii lotniczych, jak i innych przewoźników. Oferowanie ubezpieczeń turystycznych przy zakupie biletów lotniczych, kolejowych czy autobusowych nie tylko stanowi korzyść dla klientów, ale zapewnia też przewoźnikom atrakcyjne źródło dodatkowych dochodów. Takie ubezpieczenia przy zakupie biletu *on-line* oferują

linie lotnicze LOT i inni przewoźnicy. Często ubezpieczenia znajdują się też w ofercie internetowych wyszukiwarek lotów i innych połączeń komunikacyjnych. Marka Euroticket należąca do firmy IT Soft Sp. z o.o. najdłużej operuje na polskim rynku. Głównym przedmiotem jej działania jest obsługa sprzedaży biletów autokarowych, które można nabyć *on-line*. Tam też znajdziemy bogatą ofertę ubezpieczeń turystycznych.

Także posiadacze kart kredytowych mogą liczyć na pomoc w czasie wakacyjnych wyjazdów, coraz popularniejsze jest bowiem dodawanie ubezpieczeń turystycznych do tych kart. Warunki pakietów ubezpieczeniowych różnią się jednak w zależności od poszczególnych kart. Według analizy Expandera najszerszą ochronę daje ubezpieczenie dołączone do srebrnych kart Deutsche Banku, Millennium, BGŻ oraz Santander. Klienci korzystający z tych ofert mogą liczyć na zwrot kosztów leczenia, ubezpieczenie bagażu oraz ubezpieczenie na wypadek opóźnienia lotu.

W ramach ubezpieczenia turystycznego, jakie do karty kredytowej w formie bonusu – bezpłatnego, bądź kosztującego zaledwie kilka złotych miesięcznie – dołączają banki, można spodziewać się ubezpieczenia opóźnienia lotu, utraty bagażu, kosztów transportu i repatriacji, *assistance*, a także opcji podstawowych, a więc kosztów leczenia za granicą, następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ochrona ubezpieczeniowa trwa najczęściej przez cały okres ważności karty kredytowej.

Nie wszyscy wiedzą, że ubezpieczenia turystyczne często są związane z różnymi rodzajami kart studenckich. Szereg tych ubezpieczeń pozostaje obligatoryjnym składnikiem uprawnień wynikających z karty, inne można kupić po atrakcyjniejszych cenach. Ubezpieczenie turystyczne mogą wykupić posiadacze międzynarodowej legitymacji studenckiej ISIC, gdzie oferowane jest ubezpieczenie TU Gothaer S.A. Wykupując kartę, trzeba tylko wybrać jej wariant z ubezpieczeniem. Taka umowa obowiązuje przez cały okres ważności karty. Podobnie działa rabatowa Europejska Karta Młodzieżowa EURO26 Student.

2.6. Inne formy sprzedaży ubezpieczeń turystycznych (*social selling*, czyli polisa z Facebooka)

Rozwój nowych technologii zmienia i będzie zmieniał rynek ubezpieczeń. Nie jesteśmy w stanie określić tempa tych zmian. Zakłady ubezpieczeń i dystrybutorzy wypuszczają na rynek nowe aplikacje i narzędzia technologiczne, które mają ułatwić klientom zakup ubezpieczenia. Wciąż jednak wielu ubezpieczających stawia na kontakt z żywym agentem czy brokerem. Eksperci podkreślają, że jeszcze długo dominować będą tradycyjne formy sprzedaży polis, jednak – jak wskazują dane cytowane w punkcie 3.4 – coraz więcej osób jest stale dostępnych *on-line*. Pokolenie millenialsów będzie odgrywać coraz większą rolę jako konsumenci. Dlatego ubezpieczyciele testują również nowe formy sprzedaży, które mają przyciągnąć kolejnych klientów. Obecność firm w mediach społecznościowych jest szczególnie istotna dla ludzi młodych. Daje więc ubezpieczycielom możliwość dotarcia do osób, które nie oglądają telewizji i nie słuchają radia.

Taką formułę sprzedaży ubezpieczeń turystycznych zaproponowało TUIR Allianz Polska S.A. Wykorzystuje w tym celu Messenger, czyli komunikator internetowy stworzony przez Facebooka. Udostępnione rozwiązanie pozwala klientom zapoznać się z ofertą produktów i wyliczyć składkę. Jak w praktyce wygląda sprzedaż ubezpieczeń komunikacyjnych przez Facebook? Po uruchomieniu Messengera *chatbot* zadaje kilka pytań, a na końcu przedstawia propozycję ubezpieczenia w kilku wariantach. Jeżeli klient zdecyduje się na zakup ubezpieczenia, jest przekierowywany na mobilną aplikację firmy, gdzie finalizuje transakcję. To całkiem nowe rozwiązanie. Nie jest ono skomplikowane technologicznie, a raczej stanowi sposób dotarcia do określonej grupy odbiorców.

3. Formy zawarcia umowy

Ubezpieczenia turystyczne mogą być zawarte jako umowa:

- indywidualna,
- rodzinna,
- grupowa.

Umowy zawierane grupowo to ubezpieczenia wycieczek szkolnych i innych mniej lub bardziej zorganizowanych grup. Mamy tu do czynienia z ubezpieczeniem na rzecz osoby trzeciej. Pewnego rodzaju ubezpieczeniem grupowym jest też ubezpieczenie rodzinne – także tutaj mamy kilku ubezpieczonych i jest to ubezpieczenie na rzecz osób trzecich, choć może obejmować także samego ubezpieczającego.

4. Wpływ EKUZ na decyzję o zakupie ubezpieczenia turystycznego

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jest dokumentem potwierdzającym prawo do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w krajach Unii Europejskiej oraz krajach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu. Dokument ten wydawany jest osobom uprawnionym, to znaczy objętym powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.

Uprawia do świadczeń opieki zdrowotnej:

- osoby podróżujące (głównie) w celach turystycznych,
- w sytuacji nagłej,
- w zakresie niezbędnym z przyczyn medycznych, biorąc pod uwagę charakter świadczeń oraz przewidywany czas pobytu w kraju UE/EFTA,
- w placówkach mających umowę z tamtejszą kasą chorych (odpowiednikiem NFZ),
- na zasadach obowiązujących w kraju pobytu.

Wiele osób wyjeżdżając do krajów Unii Europejskiej rezygnuje z zakupu ubezpieczenia turystycznego, czując się bezpiecznie z EKUZ. Czy faktycznie posiadanie tego dokumentu gwarantuje pełne pokrycie kosztów leczenia?

Warto wskazać zasadnicze kwestie związane z tym, co gwarantuje EKUZ:

- Zakres bezpłatnych usług medycznych w poszczególnych państwach europejskich jest różny – w przypadku niektórych umożliwi sfinansowanie

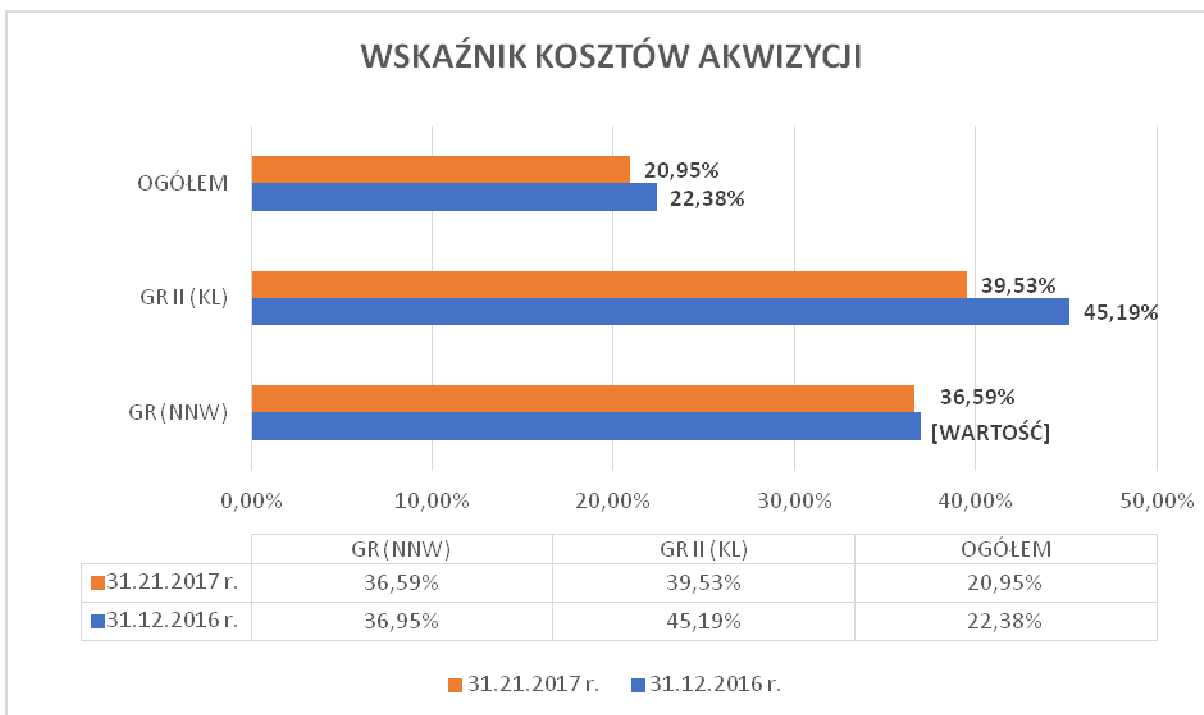
nawet specjalistycznego leczenia lub pobytu w szpitalu, w innych natomiast nie będzie możliwe choćby bezpłatne usunięcie bolącego zęba.

- Należy się liczyć z dopłatą do wielu procedur medycznych.
- Obejmuje wyłącznie leczenie w placówkach publicznych (a takich może nie być w kurorcie).
- Nie zapewnia bezpłatnego transportu chorego z zagranicy do Polski.
- Nie zawiera też szeregu dodatkowych świadczeń.

Od wielu już lat zakłady ubezpieczeń poszukują nowych sposobów dotarcia do klientów, także klienci zmieniają swoje zwyczaje zakupowe, w tym te związane z nabyciem ubezpieczenia. Tradycyjne nabycie ubezpieczenia turystycznego u agenta ubezpieczeniowego wciąż jest możliwe i pewnie długo jeszcze takie pozostanie, jednakże rozwój technologii, dostępność internetu i powszechność jego używania, a także rosnące tempo życia zmieniają – wcale nie powoli – otoczenie i zwyczaje klientów związane z zakupem ubezpieczeń turystycznych.

Oczywiście zmiany postaw klientów są ważne. Nie mniej istotne są też koszty związane z akwizycją tych ubezpieczeń oraz automatyzacja procesu zakupu. Wspomniane wyżej pomysły Kanadyjczyków na sprzedaż ubezpieczeń przez YouTube nie wydają się dziś tak odległe i nierealne.

A koszty sprzedaży ubezpieczeń turystycznych wcale nie należą do niskich, co pokazuje poniższe zestawienie.



Źródło: Analiza własna na podstawie danych KNF opublikowanych w Biuletynie Kwartalnym. Rynek ubezpieczeń 4/2017.

Rozdział IV – Likwidacja szkód z umów ubezpieczeń turystycznych

Na podstawie analizy postanowień o.w.u., a także skarg wpływających do Rzecznika Finansowego można stwierdzić, że przebieg prowadzonych przez poszczególne zakłady ubezpieczeń procesów likwidacji szkód z umów ubezpieczeń turystycznych odbywa się na podobnych zasadach, co wynika przede wszystkim z faktu, iż treść zapisów o.w.u. dotyczących postępowań likwidacyjnych jest zbliżona.

1. Zgłoszenie szkody

1.1. Forma i sposób zgłoszenia

Z analizy o.w.u. turystycznych wynika, że zapisy odnośnie do formy (sposobu) zgłoszenia szkody nie zawierają szczególnych uregulowań i wymogów w tym zakresie. Najczęściej spotkać można następujące sformułowania odnoszące się do tej kwestii:

- zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego³⁵,
- zawiadomienie o zdarzeniu³⁶,
- zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego³⁷.

1.2. Termin zgłoszenia szkody

Analizowane o.w.u. turystycznych zawierają zróżnicowane zapisy dotyczące terminu zgłoszenia szkody do zakładu ubezpieczeń. Na podstawie analizy tych zapisów można wymienić następujące, najczęściej spotykane, przypadki uregulowania tej kwestii:

³⁵ Tak np. w § 18 ust. 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

³⁶ Tak np. w § 31 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Hestia Podróże, które weszły w życie z dniem 24 stycznia 2016 r.

³⁷ Tak np. w § 13 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

- zawiadomienie o wypadku niezwłocznie po jego zajściu³⁸,
- niezwłoczne zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego³⁹,
- zawiadomienie o zdarzeniu szkodowym niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od daty powzięcia o nim wiadomości, a jeśli taka możliwość nie istnieje – wówczas w ciągu 7 dni od momentu powrotu do kraju⁴⁰,
- zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty jego powstania lub daty uzyskania o nim wiadomości⁴¹,
- niezwłoczne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, nie później niż w ciągu 14 dni od zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, a gdyby skutek tego zdarzenia nie byłby to możliwe – zawiadomienie powinno nastąpić w ciągu 14 dni od ustąpienia przyczyny niemożności zgłoszenia szkody⁴².

Należy podkreślić, że analizowane o.w.u. turystycznych zawierają postanowienia przewidujące negatywne skutki niedotrzymania terminu zgłoszenia szkody z przyczyn leżących po stronie ubezpieczonego. I tak, jeśli ubezpieczony z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązku zawiadomienia o zajściu zdarzenia w terminie wyznaczonym w o.w.u., zakład ubezpieczeń ma prawo odpowiednio zmniejszyć świadczenie (odszkodowanie), o ile naruszenie tego obowiązku przyczyniło się do zwiększenia szkody lub też uniemożliwiło zakładowi ubezpieczeń ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia⁴³.

³⁸ Tak np. w § 31 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Hestia Podróże, które weszły w życie z dniem 24 stycznia 2016 r.

³⁹ Tak np. w § 13 ust. 1 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁴⁰ Tak np. w § 8 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁴¹ Tak np. w § 11 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

⁴² Tak np. w § 14 ust. 1 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróż”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁴³ Tak np. w § 11 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.; podobnie w § 13 ust. 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że wskazane zapisy o.w.u. pozostają w zgodzie z art. 818 § 3 k.c., przewidującym analogiczne konsekwencje w przypadku niezachowania przez ubezpieczonego terminu zgłoszenia szkody.

1.3. Zakres informacji wymaganych w zgłoszeniu szkody

Analizowane o.w.u. turystycznych w różny sposób odnoszą się do kwestii zakresu informacji, jakie powinny zostać podane w zgłoszeniu szkody. Część nie zawiera szczególnych zapisów określających taki zakres⁴⁴, ale można również spotkać o.w.u., gdzie wskazano konkretny rodzaj informacji, jakie należy przekazać w zgłoszeniu szkody. W tym ostatnim przypadku są to z reguły dane personalne ubezpieczonego oraz szczegółowy opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy⁴⁵.

1.4. Informacje i dokumenty niezbędne do przeprowadzenia likwidacji szkody

Analizowane o.w.u. turystycznych zawierają szereg postanowień dotyczących rodzaju informacji i dokumentów, jakie powinny zostać przekazane przez ubezpieczonego (uprawnionego) w celu przeprowadzenia procesu likwidacji szkody. Zwrócić przy tym należy uwagę na okoliczność, iż z reguły rodzaj niezbędnych informacji i dokumentów uzależniony jest od charakteru zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczeń (np. uszkodzenie ciała, choroba, pobyt w szpitalu, śmierć, utrata bagażu).

W przypadku roszczeń z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków oraz z tytułu zwrotu kosztów leczenia zapisy analizowanych o.w.u. przede wszystkim wymagają przedłożenia dokumentacji medycznej, potwierdzającej doznanie przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, rachunków i dowodów zapłaty kosztów objętych zakresem ubezpieczenia, a w przypadku zgonu

⁴⁴ Np. Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU Wojażer, ustalone uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Hestia Podróże, które weszły w życie z dniem 24 stycznia 2016 r.

⁴⁵ Tak np. § 2.4. ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

ubezpieczonego – aktu zgonu oraz innych dokumentów zawierających informacje o przyczynie śmierci⁴⁶.

Z kolei w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty (zniszczenia, uszkodzenia) bagażu podróznego analizowane o.w.u. turystycznych nakładają na ubezpieczonego obowiązek przekazania wykazu utraconych lub zniszczonych przedmiotów, z podaniem ich liczby, wartości, roku nabycia, z załączeniem paragonów zakupu, rachunków lub kart gwarancyjnych (o ile ubezpieczony je posiada)⁴⁷, a jeśli utrata bagażu nastąpiła wskutek kradzieży lub rozboju – także potwierdzający ten fakt dokument wystawiony przez policję⁴⁸.

Analizowane o.w.u. turystycznych przewidują również, że zakład ubezpieczeń może zażądać innych wskazanych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia⁴⁹.

2. Obowiązki ubezpieczonego (ubezpieczającego) w razie wystąpienia szkody

Postanowienia analizowanych o.w.u. turystycznych nakładają na ubezpieczonego szereg obowiązków, które musi on spełnić po wystąpieniu szkody (zdarzenia ubezpieczeniowego).

Przede wszystkim o.w.u. zobowiązują go do dokonania zgłoszenia szkody w wyznaczonym terminie oraz przekazania określonych informacji i dokumentów⁵⁰. W przypadku roszczeń zgłoszonych w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ubezpieczony powinien podjąć działania w kierunku

⁴⁶ Tak np. § 9 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁴⁷ Tak np. § 3 ust. 2 pkt 4 Klauzuli nr 4 Ubezpieczenie bagażu podróznego do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁴⁸ Tak np. § 9 ust. 2 pkt h Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁴⁹ Tak § 11 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

⁵⁰ Tak np. § 14 ust. 1 pkt 1 i pkt 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

złagodzenia skutków wypadku poprzez poddanie się leczeniu i stosowanie się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku⁵¹. Ponadto jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, że szkoda powstała wskutek popełnienia przestępstwa lub wykroczenia, ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym policję⁵².

W razie zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ubezpieczony jest również zobowiązany użyć dostępnych mu środków w celu zmniejszenia rozmiarów szkody, a także zabezpieczyć możliwość dochodzenia przez zakład ubezpieczeń roszczeń odszkodowawczych wobec podmiotów odpowiedzialnych za szkodę⁵³. Jednocześnie analizowane o.w.u. turystycznych przewidują, że w przypadku gdy ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosuje wspomnianych środków, zakład ubezpieczeń wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu⁵⁴. Należy w tym miejscu podkreślić, że przywołane postanowienia o.w.u. odpowiadają unormowaniom zawartym w przepisach art. 826 § 1 i § 3 k.c., ustanawiającym analogiczne konsekwencje niezastosowania środków mających na celu ratowanie przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenie szkodzie lub zmniejszenie jej rozmiarów.

3. Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową

Z przeprowadzonej analizy o.w.u. turystycznych wynika, że przedmiot i zakres ubezpieczenia są określone przez poszczególne zakłady ubezpieczeń w sposób zbliżony. Pewne różnice mogą wynikać przede wszystkim z faktu stosowania przez ubezpieczycieli różnego rodzaju opcji (klauzul) dodatkowych.

Analiza o.w.u. wskazuje, że najczęściej zakłady ubezpieczeń określają przedmiot ubezpieczenia w następujący sposób:

⁵¹ Tak np. § 11 ust. 1 pkt a Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Hestia Podróże, które weszły w życie z dniem 24 stycznia 2016 r.

⁵² Tak np. § 13 ust. 1 pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁵³ Tak np. § 14 ust. 1 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁵⁴ Tak np. § 15 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

- koszty leczenia⁵⁵,
- *assistance*⁵⁶,
- zdrowie i życie ubezpieczonego⁵⁷,
- następstwa nieszczęśliwych wypadków w postaci urazu ciała lub śmierci⁵⁸,
- bagaż podróżny⁵⁹,
- sprzęt sportowy⁶⁰,
- koszty rezygnacji z podróży⁶¹,
- odpowiedzialność cywilna⁶².

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na sposób unormowania w o.w.u. turystycznych kwestii dotyczącej zakresu terytorialnego ubezpieczenia, co może mieć znaczenie przy ustalaniu przesłanek istnienia bądź braku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za wypadek ubezpieczeniowy. Analiza o.w.u. turystycznych wskazuje, że kwestia ta została uregulowana przez poszczególne zakłady ubezpieczeń w sposób dość zróżnicowany. Można się spotkać z zapisem określającym, że – co do zasady – zakres terytorialny umowy ubezpieczenia obejmuje kraje całego świata, z pewnymi wyjątkami, zależnymi od poszczególnych

⁵⁵ Tak np. § 2.1. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.; podobnie § 3 ust. 1 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

⁵⁶ Tak np. § 13 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁵⁷ Tak np. § 21 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.; podobnie § 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁵⁸ Tak np. § 5.2. ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

⁵⁹ Tak np. § 19 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁶⁰ Tak np. § 3 ust. 2 pkt 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

⁶¹ Tak np. § 21 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bez troskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

⁶² Tak np. § 3 ust. 2 pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

rodzajów ubezpieczeń⁶³. Z kolei w części analizowanych o.w.u. turystycznych zakres terytorialny ubezpieczenia został uzależniony od wybranego wariantu ubezpieczenia i może obejmować przykładowo tylko obszar państw europejskich bądź obszar całego świata (z pewnymi wyłączeniami)⁶⁴.

Ponadto należy wskazać, że analizowane o.w.u. turystycznych zawierają stosunkowo bogaty katalog wyłączeń odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń. Ze względu na rodzaj tych wyłączeń można je podzielić na dwie kategorie. Pierwsza – to wyłączenia o charakterze ogólnym, stosowane przez zakłady ubezpieczeń nie tylko w ubezpieczeniach turystycznych, ale również w większości innych oferowanych produktów ubezpieczeniowych. Z kolei do drugiej kategorii należą wyłączenia ściśle związane z umowami ubezpieczeń turystycznych, uwzględniające specyfikę tego rodzaju ubezpieczeń.

Jako przykłady wyłączeń odpowiedzialności należących do pierwszej ze wspomnianych grup można wymienić sytuacje, gdy wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem takich zdarzeń, jak działania wojenne, zamieszki, rozruchy, strajki czy też akty terroru lub sabotażu⁶⁵.

Do drugiej ze wskazanych kategorii można zaliczyć przypadki wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń np. za utratę bagażu podróznego wskutek jego konfiskaty lub zatrzymania przez organa celne lub inne władze państwowe⁶⁶, za koszty leczenia poniesione bez uprzedniej zgody zakładu ubezpieczeń (chyba że ubezpieczony – ze względu na stan zdrowia – obiektywnie nie mógł się

⁶³ Tak np. § 4 ust. 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁶⁴ Tak np. § 1.3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIr Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.; podobnie § 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁶⁵ Tak np. § 5 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty; podobnie § 12 ust. 3 pkt 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁶⁶ Tak np. § 7.4 ust. 1 pkt 1g 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIr Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

skontaktować z zakładem ubezpieczeń)⁶⁷ czy też za następstwa nieszczęśliwych wypadków w sytuacji, gdy ze względów zdrowotnych istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia przez ubezpieczonego podróży⁶⁸.

Szerzej na temat przedmiotu i zakresu ubezpieczeń turystycznych – patrz rozdział II Raportu.

4. Świadczenia zakładu ubezpieczeń i sposób ich ustalania

Analiza o.w.u. turystycznych wskazuje, że system przysługujących świadczeń jest dość rozbudowany i często zależy od wyboru wariantu ubezpieczenia oraz od tego, czy zakres ochrony został rozszerzony o klauzule (opcje) dodatkowe.

4.1. Rodzaje świadczeń

W większości analizowanych o.w.u. turystycznych przewidziane są podobne kategorie świadczeń, a ich konkretny rodzaj, jaki przysługuje w danym przypadku, zależy przede wszystkim od typu zdarzenia losowego będącego przyczyną powstania szkody.

W świetle analizowanych postanowień o.w.u. turystycznych można wyróżnić następujące rodzaje świadczeń, do jakich zakład ubezpieczeń jest zobowiązany w razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową:

- odszkodowanie z tytułu zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego ze względu na konieczność poddania się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem podczas podróży zagranicznej; do tej kategorii świadczeń analizowane o.w.u. najczęściej zaliczają wydatki poniesione na: badania i zabiegi lekarskie,

⁶⁷ Tak np. § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁶⁸ Tak np. § 23 ust. 1 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych, wizyty lekarskie czy też transport medyczny⁶⁹;

- świadczenia w ramach usługi *assistance*, takie jak np. zorganizowanie i pokrycie kosztów wcześniejszego powrotu do kraju spowodowanego nagłym zachorowaniem członka rodziny ubezpieczonego⁷⁰, pokrycie kosztów zakwaterowania lub wyżywienia w przypadku upadłości biura podróży⁷¹, zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad niepełnoletnimi dziećmi ubezpieczonego⁷², pokrycie kosztów poszukiwania i ratownictwa⁷³, organizacja transportu zwłok lub pogrzebu za granicą⁷⁴;
- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku⁷⁵;
- świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem⁷⁶;
- odszkodowanie z tytułu utraty, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu podróжного⁷⁷;
- odszkodowanie z tytułu utraty, zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu sportowego⁷⁸;

⁶⁹ Tak np. § 13 ust. 1 i ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁷⁰ Tak np. § 1 ust. 2 pkt 1 Klauzuli nr 6 Ubezpieczenie Assistance do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁷¹ Tak np. § 17 ust. 3 poz. 19 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁷² Tak np. § 2.1 ust. 2 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

⁷³ Tak np. § 26 pkt 3 Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU Wojazer, ustalone uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.

⁷⁴ Tak np. § 89 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztraskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

⁷⁵ Tak np. § 1 ust. 4 pkt 1 Klauzuli nr 2 Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁷⁶ Tak np. § 16 ust. 3 pkt a Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁷⁷ Tak np. § 3 ust. 3 pkt 1 Klauzuli nr 9 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PZU Wojazer, ustalonych uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.

⁷⁸ Tak np. § 26 ust. 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

- odszkodowanie z tytułu zwrotu kosztów rezygnacji i zmiany terminu rezerwacji podróży⁷⁹;
- odszkodowanie (świadczenie) z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego⁸⁰.

4.2. Sposób ustalania świadczeń

Jak wskazuje analiza o.w.u. turystycznych, sposób ustalania wysokości poszczególnych świadczeń zależy przede wszystkim od ich rodzaju.

W przypadku odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów leczenia analizowane o.w.u. turystycznych przewidują, że wypłata odszkodowania następuje na podstawie dokumentacji medycznej, zawierającej diagnozę i wskazującej konieczność poddania się leczeniu, oraz faktur (rachunków) wraz z dowodami poniesienia wydatków⁸¹. Zwrot kosztów leczenia następuje do wysokości ustalonej w umowie sumy ubezpieczenia.

Sposób ustalenia i forma realizacji świadczeń w ramach usługi *assistance* są uzależnione przede wszystkim od charakteru (rodzaju) danej usługi. Należy podkreślić, że w wielu przypadkach zakład ubezpieczeń, realizując usługę *assistance*, nie wypłaca kwoty pieniężnej ubezpieczonemu, ale zajmuje się zorganizowaniem określonej formy pomocy, pokrywając związane z tym koszty na zasadzie bezpośrednich rozliczeń z podmiotem świadczącym dany rodzaj usług (np. pokrycie kosztów pomocy świadczonej przez placówkę medyczną⁸²). O.w.u. turystycznych przewidują również sytuacje, w których świadczenie z tytułu usługi *assistance* zostanie przekazane bezpośrednio na rzecz ubezpieczonego (np.

⁷⁹ Tak np. § 22 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztrioskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

⁸⁰ Tak np. § 23 ust. 1 pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

⁸¹ Tak np. § 20 ust. 4 pkt 3 i pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁸² Tak np. § 25 ust. 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PZU Wojażer, ustalonych uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.

zwrot kosztów karnetu narciarskiego w przypadku niemożności jego wykorzystania z powodu nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku⁸³).

W przypadku świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu jego wysokość odpowiada takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim orzeczony został stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu⁸⁴. Określenie stopnia uszczerbku na zdrowiu z reguły następuje w oparciu o opracowane przez zakłady ubezpieczeń tabele⁸⁵. Z analizy o.w.u. turystycznych wynika, że co do zasady procentowy uszczerbek na zdrowiu jest ustalany wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej, bez przeprowadzania badania osoby poszkodowanej⁸⁶. Dopiero jeśli określenie stopnia uszczerbku w oparciu o samą dokumentację nie jest możliwe, uszczerbek jest ustalany na podstawie badania medycznego przeprowadzonego przez lekarza orzecznika wskazanego przez zakład ubezpieczeń⁸⁷. W tym miejscu należy zauważyć, że analizowane zapisy o.w.u. turystycznych nie wskazują kryteriów, w oparciu o które możliwe jest obiektywne stwierdzenie, kiedy dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do ustalenia uszczerbku i w związku z tym konieczne jest przeprowadzenie badania osoby poszkodowanej. Tym samym rozstrzygnięcie tej kwestii należy do wyłącznej kompetencji zakładu ubezpieczeń, co niewątpliwie może negatywnie oddziaływać na sytuację prawną poszkodowanego.

Analizowane o.w.u. turystycznych przewidują ponadto szereg dodatkowych zasad, mających zastosowanie przy określaniu uszczerbku na zdrowiu. I tak ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powinno nastąpić niezwłocznie po zakończeniu leczenia, w tym również ewentualnego leczenia usprawniającego

⁸³ Tak np. § 1 ust. 2 pkt 6 Klauzuli nr 6 Ubezpieczenie Assistance do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁸⁴ Tak np. § 1 ust. 4 pkt 1 Klauzuli nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁸⁵ Tak np. § 8 ust. 6 klauzuli nr 7 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PZU Wojażer, ustalonych uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.

⁸⁶ Tak np. § 15 ust. 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

⁸⁷ Tak np. § 5 ust. 3 Klauzuli nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

(rehabilitacyjnego)⁸⁸. Jednocześnie w o.w.u. można spotkać zapisy ustanawiające ostateczny termin określenia uszczerbku na zdrowiu – najpóźniej w 12.⁸⁹ lub 24.⁹⁰ miesiącu od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Ogólne warunki ubezpieczeń turystycznych zawierają również zapisy stanowiące, że rodzaj i wysokość przysługujących świadczeń ustalane są po stwierdzeniu istnienia związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu⁹¹.

W analizowanych o.w.u. funkcjonują także zapisy przewidujące, że przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego⁹².

Ogólne warunki ubezpieczeń turystycznych zawierają także postanowienia, zgodnie z którymi przy określaniu uszczerbku na zdrowiu uwzględnia się wcześniejszą utratę lub uszkodzenie organu, narządu lub układu w taki sposób, że stopień uszczerbku stanowi różnicę pomiędzy stopniem właściwym dla danego organu po wypadku a stopniem uszczerbku istniejącym przed wypadkiem⁹³.

W analizowanych o.w.u. turystycznych znajdują się również postanowienia regulujące sytuacje, gdy ubezpieczony, który uległ wypadkowi, zmarł przed ustaleniem trwałego uszczerbku na zdrowiu lub przed wypłatą świadczenia z tego tytułu. W pierwszym przypadku przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku, a wynikające z tego tytułu świadczenie wypłaca się spadkobiercom

⁸⁸ Tak np. § 8 ust. 4 Klauzuli nr 7 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PZU Wojażer, ustalonych uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.

⁸⁹ Tak np. § 26 ust. 10 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁹⁰ Tak np. § 15 ust. 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

⁹¹ Tak np. § 9 ust. 4 pkt a Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁹² Tak np. § 26 ust. 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁹³ Tak np. § 5 ust. 8 Klauzuli nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

ubezpieczonego⁹⁴. Jeżeli zaś ubezpieczony zmarł po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku, przy czym śmierć nie była następstwem wypadku, niewypłacone ubezpieczonemu świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku jest przyznawane spadkobiercom ubezpieczonego⁹⁵.

W przypadku świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jego wysokość wynosi 100% sumy ubezpieczenia⁹⁶. Niektóre z analizowanych o.w.u. przewidują dodatkowe świadczenie z tytułu śmierci, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił w określonym miejscu lub w szczególnych okolicznościach. Można tu wskazać sytuację, gdy zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w samochodzie – przysługuje wtedy dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia⁹⁷.

Należy podkreślić, że w części analizowanych o.w.u. turystycznych znajdują się zapisy ograniczające w czasie możliwość ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem. Zapisy te stanowią, że świadczenie może zostać przyznane pod warunkiem, iż śmierć nastąpiła przed upływem 12 miesięcy⁹⁸ lub 24 miesięcy⁹⁹ od daty wypadku. W tym miejscu należy zauważyć, że przywołane zapisy o.w.u. mogą budzić wątpliwości co do swojej prawidłowości w świetle art. 819 § 1 k.c. Wskazany przepis stanowi, że roszczenia z umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat. Jeśli zatem śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi po upływie 12 lub 24 miesięcy

⁹⁴ Tak np. § 9 ust. 4 pkt j Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r.

⁹⁵ Tak np. § 9 ust. 6 Klauzuli nr 7 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PZU Wojazer, ustalonych uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.

⁹⁶ Tak np. § 1 ust. 4 pkt 2 Klauzuli nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁹⁷ Tak np. § 24 ust. 1 poz. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

⁹⁸ Tak np. § 1 ust. 4 pkt 10 Klauzuli nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

⁹⁹ Tak np. § 25 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

od wypadku, ale przed upływem trzech lat od daty zdarzenia, to w myśl wskazanych zapisów o.w.u. świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego nie może zostać przyznane, mimo iż nie upłynął jeszcze przewidziany w art. 819 § 1 k.c. termin przedawnienia roszczenia.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w ramach ubezpieczenia NNW – oprócz świadczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu oraz śmierci ubezpieczonego – część o.w.u. turystycznych przewiduje możliwość przyznania przez zakład ubezpieczeń dodatkowych świadczeń. Tytułem przykładu można tu wskazać refundację kosztów nabycia protez lub specjalnych środków pomocniczych czy też refundację kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów (wypłata świadczenia następuje na podstawie rachunków lub innych dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów, a górny limit wypłat stanowi określony procent sumy ubezpieczenia)¹⁰⁰.

Analiza o.w.u. turystycznych wskazuje, że w przypadku ubezpieczenia bagażu podróznego odszkodowanie jest ustalane na podstawie udokumentowanej przez ubezpieczonego wartości przedmiotu szkody¹⁰¹.

W razie utraty, całkowitego zniszczenia lub uszkodzenia bagażu podróznego w stopniu uniemożliwiającym jego naprawę odszkodowanie odpowiada kosztem nabycia mienia takiego samego rodzaju lub o najbardziej zbliżonych cechach (parametrach), jego wysokość nie może jednak przekroczyć wartości rzeczywistej mienia z uwzględnieniem stopnia jego faktycznego zużycia¹⁰².

O ile zaś bagaż podrózny ulegnie uszkodzeniu w stopniu umożliwiającym jego naprawę, o tyle odszkodowanie powinno odpowiadać kosztem naprawy uszkodzonych rzeczy, jego wysokość nie może jednak przekroczyć wartości rzeczywistej mienia z uwzględnieniem stopnia jego zużycia¹⁰³.

¹⁰⁰ Tak np. § 24 ust. 1 poz. 4 i poz. 5 oraz § 27 ust. 2 pkt 3 i pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

¹⁰¹ Tak np. § 8 ust. 2 Klauzuli nr 9 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PZU Wojażer, ustalonych uchwałą nr UZ/269/2017 Zarządu PZU S.A. z dnia 19 września 2017 r.; podobnie § 4 ust. 1 Klauzuli nr 4 Ubezpieczenie bagażu podróznego do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wyjazdów Turystycznych „W podróży”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 167/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

¹⁰² Tak np. § 31 ust. pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

¹⁰³ Tak np. § 31 ust. pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podróży zagranicznej „Radość odkrywania”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 listopada 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 r.

Analizowane o.w.u. turystycznych z reguły zawierają zapisy, zgodnie z którymi przy ustalaniu odszkodowania za bagaż podróżny nie jest uwzględniana wartość naukowa, kolekcjonerska, zabytkowa lub pamiątkowa przedmiotów¹⁰⁴.

O.w.u. turystycznych zawierają również postanowienia przewidujące, że w przypadku gdy po wypłacie odszkodowania ubezpieczony odzyska utracone rzeczy, zobowiązany jest on zwrócić zakładowi ubezpieczeń kwotę odszkodowania, względnie przenieść na zakład ubezpieczeń prawa przysługujące mu w stosunku do odzyskanych przedmiotów¹⁰⁵.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż część analizowanych o.w.u. turystycznych zawiera postanowienia przewidujące pomniejszenie kwoty odszkodowania za szkodę powstałą w bagażu podróżnym poprzez zastosowanie tzw. franszyzy redukcyjnej.

Polega to na tym, że z ustalonego odszkodowania zakład ubezpieczeń potrąca wskazaną w o.w.u kwotę franszyzy¹⁰⁶. Zastosowanie franszyzy powoduje zatem ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń poprzez pomniejszenie odszkodowania o określoną kwotę pieniężną. Podkreślić w związku z tym należy, że wprowadzenie do postanowień umowy ubezpieczenia turystycznego zapisu przewidującego zastosowanie franszyzy może powodować, iż poszkodowany zostanie pozbawiony możliwości pełnego naprawienia szkody.

¹⁰⁴ Tak np. § 20 ust. 3 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

¹⁰⁵ Tak np. § 7.5 ust. 5 pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

¹⁰⁶ Tak np. § 7.5. ust. 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r., gdzie franszyza została określona na kwotę 100,00 zł; podobnie § 54 ust. 7 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r., przewidujący franszyzę w kwocie 200,00 zł.

Warto tu zwrócić uwagę na fakt, że np. w umowach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewidujących franszyzę poszkodowany ma możliwość wystąpienia z roszczeniem o wypłatę kwoty, o którą zakład ubezpieczeń pomniejszył odszkodowanie, do podmiotu odpowiedzialnego za szkodę (ubezpieczającego), aby w ten sposób uzyskać pełne naprawienie szkody.

W przypadku natomiast ubezpieczenia bagażu podróżnego osoba poszkodowana takiej możliwości z reguły będzie pozbawiona, ponieważ charakter samej umowy oraz zdarzeń losowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej powoduje, że nie będzie tu podmiotu odpowiedzialnego cywilnie za szkodę, który byłby zobowiązany do pokrycia różnicy pomiędzy kwotą przyznanego przez zakład ubezpieczeń odszkodowania a wartością powstałej szkody.

Dlatego też osoba zawierająca umowę ubezpieczenia turystycznego obejmującą ubezpieczenie bagażu podróżnego, w której ustanowiona została franszyza, powinna mieć świadomość, że odszkodowanie przyznane przez zakład ubezpieczeń nie pokryje pełnej wartości powstałej szkody.

Analiza o.w.u. turystycznych wskazuje, że sposób ustalania odszkodowania w przypadku szkód dotyczących sprzętu sportowego odbywa się na analogicznych zasadach jak w przypadku bagażu podróżnego. Stąd też przedstawione powyżej uwagi odnośnie do sposobu określania odszkodowania za utracony, zniszczony lub uszkodzony bagaż podróży mają odpowiednie zastosowanie do szkód powstałych w sprzęcie sportowym. Z punktu widzenia ochrony interesów osób poszkodowanych warto tylko zwrócić uwagę na okoliczność, iż również w przypadku ubezpieczenia sprzętu sportowego można się spotkać z zapisami o.w.u. przewidującymi pomniejszenie odszkodowania poprzez zastosowanie franszyzy redukcyjnej¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Tak np. § 9 ust. 7 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczne Podróże”, zatwierdzonych uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 grudnia 2015 r.,

Na podstawie analizy o.w.u. turystycznych można stwierdzić, że na sposób ustalenia świadczeń z tytułu ubezpieczenia kosztów rezygnacji i zmiany terminu rezerwacji podróży ma wpływ przede wszystkim rodzaj zdarzenia będącego przyczyną niemożności wyjazdu, bo to od niego zależy, jakiego rodzaju dokumenty i informacje będą stanowiły podstawę do rozpatrzenia zgłoszonych roszczeń. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że analizowane o.w.u. turystycznych określają stosunkowo liczną grupę zdarzeń stanowiących podstawę do ubiegania się przez ubezpieczonego o zwrot kosztów rezygnacji z podróży.

Tytułem przykładu można tu wymienić takie zdarzenia, jak:

- nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie ubezpieczonego, osoby bliskiej lub współuczestnika podróży¹⁰⁸;
- śmierć najbliższego krewnego ubezpieczonego lub najbliższego krewnego współuczestnika podróży¹⁰⁹;
- zdarzenie losowe w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, bezwzględnie wymagające jego obecności w okresie planowanego wyjazdu¹¹⁰;
- otrzymanie przez ubezpieczonego lub współuczestnika podróży wezwania do obowiązkowego stawiennictwa na policję lub do sądu, przypadającego w czasie planowanej podróży¹¹¹;
- udokumentowana kradzież dokumentów niezbędnych w podróży (np. paszportu, dowodu osobistego, wizy wjazdowej)¹¹².

mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 r., stanowiący, że z odszkodowania potrącana jest franszyza redukcyjna w wysokości 5% wartości szkody; podobnie § 71 ust. 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r., przewidujący franszyzę w kwocie 200,00 zł.

¹⁰⁸ Tak np. § 29 ust. 4 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIr S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

¹⁰⁹ Tak np. § 22 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

¹¹⁰ Tak np. § 10.2 ust. 3 pkt 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w Podróży GLOBTROTTER, przyjętych uchwałą Zarządu TUIr Allianz Polska S.A. nr 250/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 9 grudnia 2015 r.

¹¹¹ Tak np. § 22 pkt 13 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

Ubiegając się o spełnienie świadczenia, ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć zakładowi ubezpieczeń dokumentację potwierdzającą zaistnienie zdarzenia uniemożliwiającego odbycie podróży (np. akt zgonu, dokumentację medyczną wskazującą na nagłe zachorowanie lub zajście nieszczęśliwego wypadku, notatkę policji potwierdzającą fakt kradzieży dokumentów)¹¹³. Ponadto ubezpieczony powinien przekazać zakładowi ubezpieczeń wyliczenie kosztów rezygnacji z podróży, wystawione przez biuro podróży, przewoźnika, dostawcę usługi hotelarskiej czy też podmiot organizujący konferencję, warsztaty, szkolenie lub kurs¹¹⁴.

Omawiając zagadnienia związane z ustalaniem należnych ubezpieczonemu świadczeń, warto jeszcze zwrócić uwagę na kwestię dotyczącą możliwości uzyskania kilku świadczeń z tego samego tytułu, w przypadku gdy dana osoba posiada więcej niż jedno ubezpieczenie turystyczne (może to mieć miejsce np. w sytuacji, gdy uczestnik imprezy turystycznej jest objęty ubezpieczeniem zawartym przez biuro podróży, a równocześnie wykupił indywidualne ubezpieczenie turystyczne). Należy wyjaśnić, że kwestia ta wygląda inaczej w zależności od tego, z jakiego tytułu świadczenie jest przyznawane – tzn. czy za szkodę o charakterze osobowym (np. z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub z tytułu śmierci), czy też za szkodę o charakterze majątkowym (np. z tytułu zwrotu poniesionych kosztów leczenia).

¹¹² Tak np. § 29 ust. 4 pkt 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Kontynenty Multitravel”, zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nr 8/08/03/2017 z dnia 8 marca 2017 r., które weszły w życie z dniem 31 marca 2017 r.

¹¹³ Tak np. § 28 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

¹¹⁴ Tak np. § 28 ust. 1 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Beztroskie Podróże” Nr 10.10.009 zatwierdzonych uchwałą nr 01/GIC/2017 Zarządu Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce z dnia 24 maja 2017 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 czerwca 2017 r.

W pierwszym przypadku mamy do czynienia z dobrami niewymiernymi, które nie podlegają wycenie majątkowej (zdrowie i życie człowieka). Dlatego też przepisy prawa dotyczące ubezpieczeń osobowych (art. 829–834 k.c.) nie zawierają postanowień ograniczających możliwość otrzymania świadczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu czy też śmierci z kilku umów ubezpieczenia.

Odmienne sytuacja wygląda, jeśli umowa ubezpieczenia turystycznego została rozszerzona o klauzule obejmujące zwrot określonych kosztów (np. kosztów leczenia). W tym przypadku świadczenie zakładu ubezpieczeń polega na refundacji konkretnych wydatków, mających postać wymiernej kwoty pieniężnej.

Tym samym takie świadczenie należy zakwalifikować jako odszkodowanie majątkowe, mające na celu naprawienie faktycznie poniesionej szkody finansowej. W takiej sytuacji zastosowanie ma art. 824¹ § 1 k.c., zgodnie z którym, co do zasady, odszkodowanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń nie może być wyższe od poniesionej szkody. Jeśli bowiem poszkodowany otrzymałby z kilku umów ubezpieczenia sumy pieniężne, których łączna wysokość przekracza wartość faktycznie poniesionych kosztów, prowadziłyby to do jego bezpodstawnego wzbogacenia.

5. Termin likwidacji szkody

Analizowane o.w.u. turystycznych zawierają standardowe postanowienia przewidujące, iż zakład ubezpieczeń zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

W przypadku gdy we wskazanym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, spełnienie świadczenia nastąpi w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy czym bezsporna część świadczenia powinna zostać spełniona w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

Analiza wspomnianych zapisów o.w.u. turystycznych w zakresie terminu spełnienia przez zakład ubezpieczeń świadczenia wskazuje, że ich treść odpowiada unormowaniom zawartym w art. 817 § 1 i 2 k.c.

6. Procedura reklamacyjna

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym¹¹⁵ (dalej: ustawa o Rzeczniku Finansowym) wprowadziła w zakresie ubezpieczeń nowy model postępowania reklamacyjnego (odwoławczego). Zawarte w ustawie o Rzeczniku Finansowym unormowania wywołały po stronie zakładów ubezpieczeń konieczność dostosowania zapisów o.w.u. (umów ubezpieczenia) do wymogów ustawowych dotyczących postępowań reklamacyjnych.

Należy podkreślić, że stosownie do art. 4 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Finansowym zakład ubezpieczeń ma obowiązek zamieścić w umowie zawieranej z klientem informacje dotyczące procedury składania i rozpatrywania reklamacji, obejmujące:

- miejsce i formę składania reklamacji,
- termin rozpatrzenia reklamacji,
- sposób powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji.

Przeprowadzona analiza o.w.u. turystycznych wskazuje, że zawierają one postanowienia dotyczące postępowania reklamacyjnego (odwoławczego). Z analizowanych o.w.u. wynika, że w przypadku o.w.u. mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po dacie wejścia w życie ustawy o Rzeczniku Finansowym ich treść jest dostosowana do wymogów wynikających z przepisów wskazanej ustawy.

¹¹⁵ Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 2270 z późn. zm.

Postanowienia o.w.u. turystycznych dotyczące procedury reklamacyjnej określają sposób składania reklamacji, wskazując, że może to nastąpić poprzez wybór jednej ze wskazanych form, tj.:

- **pisemnie – na podany adres jednostki zakładu ubezpieczeń,**
- **drogą elektroniczną – na wskazany adres poczty elektronicznej,**
- **telefonicznie – na podany numer telefonu,**
- **osobiście – w każdej jednostce zakładu ubezpieczeń (na piśmie lub ustnie do protokołu).**

Jeśli chodzi o określenie terminu rozpatrzenia przez zakład ubezpieczeń złożonej reklamacji, można stwierdzić, że zapisy analizowanych o.w.u. turystycznych pokrywają się z unormowaniami zawartymi w ustawie o Rzeczniku Finansowym.

7. Najczęstsze problemy związane z likwidacją szkód z umów ubezpieczeń turystycznych

Na wstępie należy zaznaczyć, że w tym punkcie zostały jedynie zasygnalizowane najczęstsze problemy, jakie występują w postępowaniach likwidacyjnych dotyczących szkód z umów ubezpieczeń turystycznych (stwierdzone na podstawie wystąpień kierowanych do Rzecznika Finansowego). Jednocześnie należy wskazać, że szczegółowa analiza problemów z zakresu ubezpieczeń turystycznych (w tym również związanych z likwidacją szkód) została przedstawiona w rozdziale V Raportu.

Na podstawie analizy wpływających do Biura Rzecznika Finansowego skarg dotyczących likwidacji szkód z umów ubezpieczeń turystycznych można stwierdzić, że problemy, z jakimi spotykają się poszkodowani, najczęściej odnoszą się do następujących kwestii:

- odmowy zwrotu kosztów leczenia z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż leczenie było następstwem choroby przewlekłej¹¹⁶;
- odmowy zwrotu kosztów leczenia z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż doznany uraz nie wymagał pilnej interwencji lekarskiej, mającej na celu ratowanie życia lub zdrowia ubezpieczonego¹¹⁷;
- odmowy zwrotu kosztów leczenia z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż stan zdrowia po wypadku pozwalał ubezpieczonemu na powrót do Polski i kontynuowanie tam leczenia¹¹⁸;
- odmowy wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż doznany przez ubezpieczonego rodzaj urazu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia¹¹⁹;
- odmowy wypłaty świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż doznany przez ubezpieczonego uraz nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu¹²⁰;
- zaniżenia przez zakład ubezpieczeń świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków (zaniżony uszczerbek na zdrowiu)¹²¹;
- odmowy wypłaty odszkodowania za utratę bagażu podróznego wskutek kradzieży z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż bagaż nie został zabezpieczony zgodnie z wymogami określonymi w o.w.u.¹²²;
- odmowy wypłaty odszkodowania za utratę bagażu podróznego z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż nie doszło do kradzieży z włamaniem¹²³;

¹¹⁶ Np. sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/G/4014/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/3519/MAW/17.

¹¹⁷ Np. sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/G/1871/GU/17.

¹¹⁸ Np. sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/G/914/MAW/17.

¹¹⁹ Np. sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/G/1901/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/8460/GU/17.

¹²⁰ Np. sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/G/812/MAW/17.

¹²¹ Np. sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/G/1238/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/5151/GU/17.

¹²² Np. sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/G/4400/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/8644/GU/17.

¹²³ Np. sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/G/6238/MAW/17.

- odmowy wypłaty odszkodowania za bagaż skradziony z bagażnika samochodu **z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmował ryzyka kradzieży bagażu podróżnego**¹²⁴;
- odmowy wypłaty odszkodowania za uszkodzenie walizki **z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na zapis o.w.u., zgodnie z którym ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód polegających na uszkodzeniu wyłącznie pojemników na bagaż**¹²⁵;
- odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu rezygnacji z podróży (imprezy) **z powołaniem się przez zakład ubezpieczeń na okoliczność, iż powód rezygnacji nie jest objęty zakresem ochrony ubezpieczeniowej**¹²⁶.

Przeprowadzona w niniejszym rozdziale analiza zapisów o.w.u. turystycznych w zakresie likwidacji szkód pokazuje, jak ważne z punktu widzenia skutecznego dochodzenia roszczeń jest spełnienie przez ubezpieczonego obowiązków nałożonych na niego w razie zajścia zdarzenia angażującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Warto więc w tym miejscu przypomnieć, że po zaistnieniu wypadku ubezpieczony przede wszystkim powinien zawiadomić (w wymaganej formie i wyznaczonym terminie) zakład ubezpieczeń o tym zdarzeniu, starać się niezwłocznie uzyskać pomoc ze strony służb ratowniczych i medycznych, w przypadkach uzasadnionych okolicznościami sprawy powiadomić miejscową policję, uzyskać dokumentację medyczną, a także – w miarę możliwości – zabezpieczyć wszelkie dowody związane z wypadkiem, w tym ustalić świadków zdarzenia.

W związku z tym niezwykle istotne jest gromadzenie wszelkich dowodów potwierdzających fakt zaistnienia zdarzenia i obrazujących jego skutki – szczególnie ważne jest zatem zbieranie np. rachunków dokumentujących poniesienie kosztów za udzieloną pomoc medyczną.

¹²⁴ Np. sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/G/1485/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/1483/GU/17.

¹²⁵ Np. sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/G/2933/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/267/MAW/17.

¹²⁶ Np. sprawy o sygn. RH/WUE/ZKU/G/3135/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/G/7625/GU/17.

Spełnienie przez ubezpieczonego wskazanych wymogów – choć nie daje pełnej gwarancji uzyskania odszkodowania (świadczenia) – powinno znacznie ułatwić dochodzenie roszczeń.

Rozdział V – Analiza problemów z zakresu ubezpieczeń turystycznych na przykładzie skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego w latach 2016–2017

Przedmiotem poprzednich rozdziałów niniejszego Raportu było przedstawienie aktualnego stanu rynku ubezpieczeń turystycznych. Omówione zostały dostępne na rynku polskim produkty ubezpieczeniowe związane z uprawianiem turystyki, z uwzględnieniem ich charakterystyki i sposobu dystrybucji, oraz przedstawiona została problematyka likwidacji szkód z umów ubezpieczeń turystycznych.

Niniejszy rozdział poświęcony będzie omówieniu kilku spraw, którymi zajmował się Rzecznik Finansowy w prowadzonych przez siebie postępowaniach interwencyjnych. Analizie poddane zostaną kazusy, z którymi Rzecznik w odniesieniu do ubezpieczeń turystycznych spotyka się najczęściej i które – jak wynika z analizy wniosków wpływających do wydziału interwencyjnego – ukazują najczęściej spotykane problemy związane z realizacją umów ubezpieczeń turystycznych.

W tym miejscu wskazać należy, iż wobec stale rosnącej konkurencji na rynku ubezpieczeń turystycznych, różnorodnie ujmowanego zakresu odpowiedzialności oraz szeregu wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela obraz rynku ubezpieczeń jest wynikiem doświadczeń klientów. To właśnie konsumenci – czy mówiąc inaczej, klienci rynku ubezpieczeń turystycznych – poprzez swoje osobiste doświadczenia, którymi najczęściej dzielą się ze znajomymi czy rodziną, tworzą wizerunek rynku w oczach potencjalnych klientów tej grupy ubezpieczeń. Z tego też względu w niniejszym rozdziale Rzecznik Finansowy pochylił się nad problemami związanymi z zawartymi przez konsumentów umowami i poddał – na przykładzie kilku wybranych interwencji – analizie doświadczenia klientów, tak by przyszłe oferty ubezpieczeń turystycznych skonstruowane były w sposób, który trafniej odpowiadałby na oczekiwania potencjalnych klientów rynku ubezpieczeń turystycznych.

Należy zwrócić uwagę, że choć ten konkretny rodzaj ubezpieczeń oferowany jest przez bardzo wiele towarzystw ubezpieczeniowych, postanowienia ogólnych warunków umowy ubezpieczeń turystycznych, w szczególności zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz zakres wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela, wykazują daleko idące podobieństwa, a co za tym idzie – rodzą bardzo zbliżone problemy.

Odnosząc się do powyższego, Rzecznik pragnie przedstawić najczęstszy rodzaj skarg kierowanych do Biura Rzecznika Finansowego przez ubezpieczonych w ramach likwidacji szkód z ubezpieczenia turystycznego.

1. Odmowa pokrycia/refundacji kosztów leczenia lub udzielonej pomocy medycznej

Pierwszym z typowych problemów pojawiających się w skargach kierowanych do Rzecznika Finansowego jest odmowa pokrycia w całości lub części kosztów leczenia lub udzielonej pomocy medycznej czy też interwencji podjętej przez służby ratownicze. Wskazać należy, iż zakres usług objętych udzieloną przez ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową obwarowany jest szeregiem wyłączeń, do których zaliczyć można poniżej wskazane podstawy odmowy wypłaty świadczenia.

Jak wynika z analizy wpływających wniosków, jednym z typowych problemów jest przekroczenie przez ubezpieczonego zakresu niezbędnego leczenia umożliwiającego mu powrót do kraju zamieszkania/rezydencji, uznanie przez ubezpieczyciela, iż doznany uraz nie wymagał pilnej interwencji lekarskiej mającej na celu ratowanie życia lub zdrowia ubezpieczonego czy też uznanie, że stan zdrowia po wypadku pozwalał ubezpieczonemu na powrót do Polski i tam kontynuowanie leczenia. W uzasadnieniu zajętego stanowiska ubezpieczyciele wskazują, iż ponoszą koszty leczenia tylko w takim zakresie, w jakim pozostają one niezbędne z medycznego punktu widzenia dla ratowania życia bądź przywrócenia zdrowia do stanu umożliwiającego ubezpieczonemu powrót do kraju zamieszkania.

Wyróżnić należy też odmowę pokrycia kosztów leczenia związaną z zakresem ubezpieczenia, a mianowicie z zakresem udzielonej ochrony

ubezpieczeniowej w związku z wykupieniem danego wariantu ubezpieczenia, który w wersji podstawowej nie przewiduje np. ochrony w przypadku wystąpienia następstw chorób przewlekłych leczonych u ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową lub też zwrotu poniesionych kosztów akcji ratowniczej wobec niewystąpienia w opinii ubezpieczyciela zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na nieszczęśliwym wypadku, a także z powodu pozostawiania ubezpieczonego w trakcie zdarzenia pod wpływem alkoholu.

W tym miejscu Rzecznik dla przykładu pragnie przedstawić pokrótce kilka spraw z prowadzonych przez siebie postępowań interwencyjnych.

Pierwszym z wybranych przypadków jest sprawa klientki, która w 2017 r. za pośrednictwem Biura Miejskiego Rzecznika Konsumentów w Zabrze zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zwrotu kosztów leczenia przeprowadzonego poza granicami kraju¹²⁷.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielonej przez Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce, będąc poza granicami kraju, uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, wskutek którego doznała silnego stłuczenia kolana zakwalifikowanego do leczenia operacyjnego. W związku z zaistniałym zdarzeniem konsumentka podjęła leczenie, konieczne w ocenie lekarza ją diagnozującego, a po zakończeniu leczenia wystąpiła do ubezpieczyciela z wnioskiem o zwrot jego kosztów. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel zwrócił wnioskodawczyni kwotę 115,03 euro, stanowiącą równowartość poniesionych kosztów pierwszej wizyty oraz lekarstw przeciwbólowych, odmawiając jednocześnie zwrotu pozostałych kosztów leczenia, w tym przeprowadzonej operacji. W uzasadnieniu wskazał, iż w ocenie ubezpieczyciela – która oparta została na przedstawionej dokumentacji medycznej oraz opinii orzecznika – zabieg (operacja), jakiemu została poddana konsumentka, nie musiał być wykonany w trybie natychmiastowym i mógł zostać

¹²⁷ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/1871/GU/17.

przeprowadzony – po zorganizowaniu przez ubezpieczyciela transportu – na terenie Polski.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, w tym do wskazania, kto i na jakiej podstawie decyduje o tym, czy stan zdrowia ubezpieczonego umożliwia mu powrót do kraju.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce wskazał, iż dla ubezpieczonej w ramach posiadanego ubezpieczenia została zorganizowana wizyta medyczna na terenie kraju, w którym aktualnie przebywała. Po przesłaniu ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej zawierającej zalecenia lekarza prowadzącego przekazano ją do analizy orzecznikowi ubezpieczyciela, który zalecił zorganizowanie dla ubezpieczonej transportu do Polski i przeprowadzanie operacji na terenie kraju. Następnie zaś telefonicznie poinformowano ubezpieczoną o podjętej decyzji. W odpowiedzi ubezpieczona poinformowała pracownika towarzystwa, iż wobec nieposiadania ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia nie wyraża ona zgody na zorganizowanie dla niej transportu medycznego oraz przeprowadzenie operacji na terenie Polski. Wobec niewyrażenia zgody na zaproponowane rozwiązanie poinformowano konsumentkę o zapisach o.w.u., z których wynika, iż ubezpieczyciel pokrywa niezbędne koszty leczenia, jak również poinformowano ubezpieczoną, iż zgodnie z o.w.u. stanowiącymi załącznik do umowy ubezpieczeniu nie podlegają koszty leczenia, w przypadku gdy ubezpieczony odmówił powrotu do kraju zamieszkania, a jego stan zdrowia to umożliwia. Tym samym poinformowano ubezpieczoną o tym, iż planowana operacja nie zostanie zrefundowana przez towarzystwo.

Drugim z wybranych przypadków jest sprawa klienta rynku ubezpieczeniowego, który za pośrednictwem Biura Powiatowego Rzecznika Konsumentów w Nowej Soli zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zwrotu kosztów leczenia przeprowadzonego poza granicami kraju¹²⁸.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielonej mu przez Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce, będąc poza granicami kraju, uległ nagłemu zachorowaniu, wskutek którego doznał ostrego obrzęku płuc wymagającego natychmiastowej hospitalizacji. W związku z zaistniałym zdarzeniem konsument podjął konieczne leczenie, po którego zakończeniu – jak w pierwszym opisywanym przypadku – wystąpił do ubezpieczyciela z wnioskiem o zwrot kosztów leczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel poinformował wnioskodawcę, iż nie znajduje podstaw do uznania roszczenia z uwagi na nadciśnienie tętnicze, na które ubezpieczony leczony był co najmniej od 2015 r. Tym samym ubezpieczyciel, powołując się na zapisy o.w.u., z uwagi na leczenie następstw choroby przewlekłej, z powodu której ubezpieczony leczył się w okresie ostatnich 12 miesięcy przed datą zawarcia ubezpieczenia, odmówił wypłaty odszkodowania. W uzasadnieniu wskazano, iż stanowisko oparte zostało na przedstawionej dokumentacji medycznej.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, w tym do wskazania, na jakiej podstawie uznano, iż leczenie ubezpieczonego związane było z zawałem serca.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń oświadczył, iż dla ubezpieczonego w ramach posiadanego ubezpieczenia został zorganizowany transport do placówki medycznej na terenie kraju, w którym ubezpieczony aktualnie przebywał. Jak dalej wskazał ubezpieczyciel, z diagnozy postawionej przez lekarza przyjmującego ubezpieczonego wynika, iż doznał on zawału serca oraz migotania przedsionków. Wobec zgłoszenia roszczenia ubezpieczyciel

¹²⁸ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/4014/GU/17.

zwrócił się do klienta o przedstawienie dokumentacji medycznej za okres 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do umowy ubezpieczenia. Ponieważ z przedłożonej dokumentacji wynika, iż ubezpieczony od 2015 r. cierpiał na niewydolność serca, zaś z diagnozy postawionej przez lekarza wynika, że w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony doznał zawału serca, ubezpieczyciel uznał, iż hospitalizacja klienta odbyta poza granicami kraju związana była z chorobą przewlekłą, nie zaś z nagłym zachorowaniem, które to objęte jest ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nadto wskazał, iż wobec wykupienia wariantu podstawowego ubezpieczenia, nieposzerzonego o następstwa chorób przewlekłych, świadczenie nie jest należne.

Kolejnym z wybranych przypadków jest sprawa klientki, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w sprawie zwrotu kosztów leczenia przeprowadzonego poza granicami kraju¹²⁹.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielonej przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A., będąc poza granicami kraju, uległa nagłemu zachorowaniu skutkującemu hospitalizacją. W związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczona wystąpiła do ubezpieczyciela z wnioskiem o zwrot kosztów leczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel poinformował wnioskodawczynię o odmowie przyznania refundacji kosztów leczenia ze względu na wystąpienie zdarzenia w kraju rezydencji ubezpieczonej. Od zajętego stanowiska ubezpieczona złożyła reklamację, w której oświadczyła, iż kraj, w którym podjęte zostało leczenie, wbrew twierdzeniom ubezpieczyciela nie jest dla niej krajem rezydencji. W odpowiedzi na złożoną reklamację zakład podtrzymał zajęte stanowisko, wskazując, iż ponowna analiza przedłożonej dokumentacji nie daje podstaw do zmiany stanowiska, gdyż zgodnie ze zgromadzonymi informacjami zawarta umowa jest nieważna. Zakład podniósł również, iż zgodnie z zebranymi informacjami wypełnione zostały przesłanki wskazujące, iż wnioskodawczyni jest rezydentem tegoż właśnie kraju.

¹²⁹ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/5930/GU/17.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, w tym o wyjaśnienie, na jakiej podstawie uznano, iż kraj, w którym podjęto leczenie, jest dla ubezpieczonej krajem rezydencji.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. wskazał, że z przedłożonej dokumentacji wynika, iż ubezpieczona przebywała poza granicami kraju (w państwie, w którym podjęto leczenie) przez łączny okres pięciu lat, co w ocenie ubezpieczyciela wypełnia definicję kraju rezydencji. Wskazał on również, iż w okresie 12 miesięcy przed zaistnieniem zdarzenia klientka nie miała w swoim pobycie co najmniej półrocznej przerwy, która to przerwa uprawniałaby ubezpieczyciela do uznania dochodzonego roszczenia.

Następny przypadek dotyczy klientki, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zwrotu kosztów podjętej wobec niej akcji ratowniczej¹³⁰.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż podlegając ochronie ubezpieczeniowej na mocy umowy zawartej z SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., uległa nieszczęśliwemu wypadkowi polegającemu na spadnięciu na półkę skalną. Przy niemożliwości samodzielnego wydostania się, jak również wobec braku możliwości udzielenia pomocy wnioskodawczyni przy bezpiecznym zejściu z półki skalnej przez współpodróżników, wnioskodawczyni została zmuszona wezwać na pomoc służby ratownicze, które za pomocą helikoptera ściągnęły ją z półki skalnej. W związku z tym zdarzeniem, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej w ramach zawartej umowy, wnioskodawczyni wystąpiła do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z roszczeniem o spełnienie świadczenia z tytułu zwrotu poniesionych kosztów akcji ratowniczej. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawczynię o zajęciu stanowiska odmownego, wskazując, iż brak jest

¹³⁰ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/4897/GU/17.

dokumentacji medycznej stwierdzającej sposób i zasadność podjętego leczenia. Od zajętego stanowiska wnioskodawczynie złożyła reklamację, w której podniosła, iż wносиła ona o zwrot kosztów związanych z akcją ratowniczą, a nie z leczeniem. W odpowiedzi na reklamację towarzystwo podtrzymało swoje stanowisko, wskazując, iż zgodnie z § 13 ust. 2l o.w.u. ubezpieczyciel pokrywa niezbędne i udokumentowane koszty poniesione w związku z akcją ratowniczą związaną z nieszczęśliwym wypadkiem ubezpieczonego, jednak wobec braku w przedłożonej przez wnioskodawczynię dokumentacji informacji o spadnięciu ubezpieczonej towarzystwo uznało, iż wnioskodawczynie nie uległa nieszczęśliwemu wypadkowi.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. wskazał, że z przedłożonej dokumentacji nie wynika, iż wnioskodawczynie uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, który to jest podstawą wypłaty zgłoszonego roszczenia, a tym samym zakład nie widzi podstaw zaspokojenia roszczeń klientki

Inny przypadek z tej grupy dotyczy klientki, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zwrotu kosztów zastosowanego wobec niej leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem¹³¹.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż podlegając ochronie ubezpieczeniowej, uległa nieszczęśliwemu wypadkowi polegającemu na spadnięciu z prowadzonego przez nią w terenie skutera, w wyniku czego poddana została leczeniu. W związku z tym zdarzeniem, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawczynie wystąpiła do STU Ergo Hestia S.A. z roszczeniem o spełnienie świadczenia z tytułu zwrotu poniesionych kosztów udzielonej pomocy medycznej. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawczynię o zajęciu stanowiska odmownego, wskazując, iż odmowa świadczenia podyktowana została nieprzestrzeganiem

¹³¹ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/4803/GU/17.

przez wnioskodawczynię o.w.u., co wyrażało się prowadzeniem pojazdów mechanicznych bez uprawnień wymaganych w danym kraju.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do STU Ergo Hestia S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie rzecznika STU Ergo Hestia S.A. oświadczyło, że analiza przepisów prawnych kraju, w którym doszło do wypadku ubezpieczeniowego, wskazuje, iż uprawnionym do prowadzenia pojazdów mechanicznych jest osoba posiadająca międzynarodowe prawo jazdy, którego to ubezpieczona – jak sama wskazała – nie posiadała.

Następnym z wybranych przypadków jest sprawa klientki, która w 2017 r. zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii refundacji kosztów leczenia przeprowadzonego poza granicami kraju¹³².

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielonej przez TU Europa S.A., będąc poza granicami kraju, uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, wskutek którego złamała rękę w nadgarstku. W związku z zaistniałym zdarzeniem konsumentka podjęła leczenie, konieczne w ocenie lekarza ją diagnozującego, w tym cotygodniowe kontrole, co do odbycia których kontaktowała się z pracownikiem Centrum Alarmowego ubezpieczyciela. Po zakończeniu leczenia poza granicami kraju (po zdjęciu gipsu) wnioskodawczyni wróciła do Polski i wystąpiła do ubezpieczyciela z wnioskiem o zwrot poniesionych kosztów leczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel zwrócił wnioskodawczyni kwotę 970 CAD, stanowiącą równowartość poniesionych kosztów pierwszej wizyty, odmawiając jednocześnie zwrotu pozostałych kosztów leczenia. W uzasadnieniu ubezpieczyciel wskazał, iż w jego ocenie – która oparta została na przedstawionej dokumentacji medycznej oraz opinii orzecznika – stan zdrowia wnioskodawczyni po odbyciu przez nią pierwszej wizyty w placówce medycznej umożliwiał jej powrót do kraju celem podjęcia dalszego leczenia. Tym samym

¹³² Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/914/MAW/17.

ubezpieczyciel uznał, iż kolejne wizyty stanowiły przekroczenie niezbędnej pomocy medycznej umożliwiającej ubezpieczonej powrót do kraju.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do TU Europa S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień w niniejszej sprawie.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika TU Europa S.A. wskazało, iż zgodnie z zapisami o.w.u. ubezpieczyciel odpowiada tylko i wyłącznie za te koszty leczenia, które są niezbędne do przywrócenia ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego mu powrót do kraju, w związku z czym towarzystwo zwróciło się do lekarza orzecznika celem wydania opinii o zasadności dalszego leczenia w zakresie, w jakim podjęła je ubezpieczona. Jak dalej podniósł ubezpieczyciel, lekarz orzecznik w opinii wskazał, iż po udzieleniu ubezpieczonej pierwszej pomocy medycznej stan zdrowia umożliwiał ubezpieczonej powrót do kraju celem kontynuacji leczenia.

Ostatni przypadek z powyższej grupy dotyczy sprawy klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zwrotu kosztów leczenia związanego z nieszczęśliwym wypadkiem¹³³.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż podlegając ochronie ubezpieczeniowej, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi polegającemu na wypadnięciu z balkonu pokoju hotelowego, co pociągnęło za sobą hospitalizację. W związku z tym zdarzeniem, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawca wystąpił do TUiR Allianz Polska S.A. z roszczeniem o spełnienie świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawcę o zajęciu stanowiska odmownego, wskazując, że z dokumentacji medycznej przedstawionej przez ubezpieczonego wynika, iż w momencie wypadku pozostawał pod wpływem alkoholu i środków psychotropowych, co zgodnie z o.w.u. wyłącza odpowiedzialność towarzystwa.

¹³³ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/6363/GU/17.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do TUIR Allianz Polska S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz poparcie zajętego stanowiska adekwatną dokumentacją.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika TUIR Allianz Polska S.A. podtrzymało stanowisko w sprawie, powielając argumentację stanowiącą podstawę odmowy przyznania roszczenia. Na poparcie zajętego stanowiska towarzystwo przedłożyło Rzecznikowi dokumentację medyczną oraz nagrania z rozmów przeprowadzonych z narzeczoną wnioskodawcy, z których to wynika zasadność zajętego stanowiska.

2. Odmowa wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu

Drugim z typowych problemów pojawiających się w skargach kierowanych do Rzecznika Finansowego to problem związany z odmową wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu z powołaniem się przez ubezpieczyciela na okoliczność, iż doznany przez ubezpieczonego rodzaj urazu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia czy też z powołaniem się na okoliczność, iż doznany przez ubezpieczonego uraz nie spowodował u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Wyróżnić w tejże kategorii spraw również należy w sytuacji przyjęcia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności zaniżenia przez świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków – tzw. zaniżony uszczerbek na zdrowiu.

W tym miejscu Rzecznik dla przykładu pragnie przedstawić pokrótce kilka spraw z prowadzonych przez siebie postępowań interwencyjnych.

Pierwszy z wybranych przypadków dotyczy sprawy klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty świadczenia w związku z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu

spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem¹³⁴.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż podlegając ochronie ubezpieczeniowej, uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego doznała uszkodzenia rotatorów barku prawego. W związku z tym zdarzeniem, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawczyni po zakończonym leczeniu wystąpiła do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z roszczeniem o spełnienie świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawczynię o zajęciu stanowiska odmownego, wskazując, że uszkodzenie rotatorów barku prawego nie stanowi, zgodnie z Tabelą procentową świadczenia przedmiotu ubezpieczenia.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz poparcie zajętego stanowiska adekwatną dokumentacją.

W odpowiedzi na wystąpienie SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. podtrzymało stanowisko w sprawie, powielając argumentację stanowiącą podstawę odmowy przyznania roszczenia. Na poparcie zajętego stanowiska towarzystwo przedłożyło Rzecznikowi ogólne warunki umowy, opinię lekarza orzecznika oraz dokumentację medyczną, z których to wynika zasadność zajętego stanowiska.

Drugi z wybranych przypadków dotyczy sprawy klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty świadczenia w związku z doznany uszczerbkiem na zdrowiu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem¹³⁵.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż podlegając ochronie ubezpieczeniowej, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego doznał rozległej kontuzji kolana prawego. W związku z tym zdarzeniem, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawca po

¹³⁴ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/8460/GU/17.

¹³⁵ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/1901/GU/17.

zakończonym leczeniu wystąpił do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z roszczeniem o spełnienie świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawcę o zajęciu stanowiska odmownego, wskazując, że skręcenie kolana prawego z uszkodzeniami mięśniowo-więzadłowymi nie stanowi, zgodnie z Tabelą procentową świadczenia przedmiotu ubezpieczenia.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz poparcie zajętego stanowiska adekwatną dokumentacją.

W odpowiedzi na wystąpienie SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. podtrzymało stanowisko w sprawie, powielając argumentację stanowiącą podstawę odmowy przyznania roszczenia. Na poparcie zajętego stanowiska towarzystwo przedłożyło Rzecznikowi ogólne warunki umowy oraz opinię lekarza orzecznika, z których to wynika zasadność zajętego stanowiska.

Kolejny z wybranych przypadków dotyczy sprawy klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty świadczenia w związku z doznany uszkodzeniem na zdrowiu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem¹³⁶.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż podlegając ochronie ubezpieczeniowej, uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego doznała urazu nogi prawej polegającego na skręceniu palca 5. W związku z tym zdarzeniem, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawca po zakończonym leczeniu wystąpiła do Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z roszczeniem o spełnienie świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawczynię o zajęciu stanowiska odmownego, wskazując, iż w opinii konsultanta medycznego towarzystwa doznany przez

¹³⁶ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/812/MAW/17.

wnioskodawczynię uraz nie pozostawił trwałych i nieodwracalnych następstw, za które to następstwa towarzystwo wypłaca świadczenie.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz poparcie zajętego stanowiska adekwatną dokumentacją.

W odpowiedzi na wystąpienie Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. podtrzymało stanowisko w sprawie, powielając argumentację stanowiącą podstawę odmowy przyznania roszczenia, wskazując przy tym, iż towarzystwo nie wypłaca świadczenia za sam fakt zaistnienia urazu.

Następnym z wybranych przypadków jest sprawa klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zaniżenia świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu¹³⁷.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w związku z doznany uszczerbkiem wystąpiła do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z wnioskiem o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie początkowo towarzystwo poinformowało wnioskodawczynię o zajęciu stanowiska odmownego, następnie zaś po złożonym przez nią odwołaniu towarzystwo przyznało klientce 2% uszczerbku na zdrowiu.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz poparcie zajętego stanowiska adekwatną dokumentacją.

W odpowiedzi na wystąpienie SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. podtrzymało stanowisko w sprawie, wskazując, iż zajęte ono zostało w oparciu o zgromadzoną dokumentację medyczną, opinię lekarza orzecznika towarzystwa oraz Tabelę procentową świadczenia.

¹³⁷ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/1238/GU/17.

Ostatnim wybranym z powyższej grupy przypadków jest sprawa klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii zaniżenia świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu¹³⁸.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w związku z którym doznał skomplikowanego wieloodłamowego złamania obojczyka prawego, w związku z czym wystąpił do Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie początkowo towarzystwo poinformowało wnioskodawcę o przyznaniu na jego rzecz 4% trwałego uszczerbku na zdrowiu, następnie zaś po złożonym przez ubezpieczonego odwołaniu towarzystwo przyznało klientowi dodatkowe 3% uszczerbku na zdrowiu.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do ubezpieczyciela z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz poparcie zajętego stanowiska adekwatną dokumentacją.

W odpowiedzi na wystąpienie towarzystwo ubezpieczeniowe podtrzymało stanowisko w sprawie, wskazując, iż wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w postaci zrostu złamania z przemieszczeniem oraz zespołu bólowego, bez zaburzeń ruchomości ani siły mięśniowej barku prawego i kończyny górnej prawej stanowi zgodnie z opinią konsultanta medycznego 7% uszczerbku na zdrowiu.

3. Odmowa wypłaty odszkodowania związanego z uszkodzeniem lub utratą bagażu podróжного

Trzecim z typowych problemów pojawiających się w skargach kierowanych do Rzecznika Finansowego to odmowa wypłaty odszkodowania z powodu uszkodzenia/utrąty bagażu podróжного.

¹³⁸ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/5151/GU/17.

Jak wynika z analizy wpływających wniosków, jednym z typowych zagadnień związanych z powyższą kwestią jest przyjęcie przez ubezpieczycieli, iż uszkodzenie, utrata lub zniszczenie bagażu – który musi zostać powierzony zawodowemu przewoźnikowi lub przebywać pod bezpośrednią pieczęą ubezpieczonego lub też musi być zabezpieczony zgodnie z wymogami określonymi w ogólnych warunkach umowy – muszą nastąpić w określonych okolicznościach, do których zaliczane są zagubienie bagażu lub kradzież z włamaniem. To ostatnie pojęcie w kierowanych do Rzecznika sprawach budzi duże kontrowersje wobec jego znacznego zawężenia w zapisach o.w.u.

Równie częstą kwestią pojawiającą się w skargach kierowanych do Rzecznika jest odmowa wypłaty odszkodowania za bagaż skradziony z bagażnika samochodu z powołaniem się przez ubezpieczyciela na okoliczność, iż zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmował ryzyka kradzieży bagażu podróжного.

Wyróżnić też należy odmowę wypłaty odszkodowania w związku ze zniszczeniem samych kufrów, waliz czy innych przedmiotów służących do przewożenia bagażu, bez uszkodzenia lub utraty ich zawartości.

W tym miejscu Rzecznik dla przykładu pragnie przedstawić pokrótce kilka spraw z prowadzonych przez siebie postępowań interwencyjnych.

Pierwszym z wybranych przypadków jest sprawa klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu uszkodzenia bagażu, czego skutkiem była utrata jego zawartości¹³⁹.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż na lotnisku przy odbiorze bagażu stwierdzono jego uszkodzenie oraz utratę znajdujących się w nim rzeczy. W związku z zaistniałym zdarzeniem konsumentka wystąpiła do STU Ergo Hestia S.A. z wnioskiem o wypłatę odszkodowania za powstałą szkodę. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił ubezpieczonej wypłaty odszkodowania, powołując się na § 15 ust. 1 o.w.u., z którego wynika, iż ubezpieczyciel odpowiada za szkody

¹³⁹ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/946/MAW/17.

powstałe w przypadku powierzenia bagażu zawodowemu przewoźnikowi, oddania go za pokwitowaniem do przechowalni, zagubienia bądź kradzieży z włamaniem. Ubezpieczyciel, odwołując się do definicji kradzieży z włamaniem, wskazał też, że w niniejszej sprawie nie można uznać, iż doszło do zdarzenia ubezpieczeniowego, a nadto oświadczył, iż nie odpowiada za szkody polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu bagażu.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do STU Ergo Hestia S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, wskazując przy tym, iż wnioskodawczyni wystąpiła z wnioskiem o wypłatę odszkodowania za utratę/uszkodzenie bagażu powierzonego zawodowemu przewoźnikowi, co wypełnia znamiona przywołanego przez towarzystwo zapisu o.w.u.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika STU Ergo Hestia S.A. wskazało, iż po ponownej wnikliwej analizie sprawy postanowiło uznać roszczenie i przyjąć odpowiedzialność za zaistniałą szkodę.

Drugim z wybranych przypadków jest sprawa klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kradzieży bagażu¹⁴⁰.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w trakcie pobytu w domku letniskowym w godzinach nocnych doszło do kradzieży jej rzeczy. Jak dalej opisała ubezpieczona, dom letniskowy, w którym przebywała, posiadał trzy poziomy. W czasie zdarzenia drzwi wejściowe do domu, drzwi na taras od strony jeziora, furtka oraz brama wjazdowa były zamknięte, zaś domownicy przebywali w czasie zdarzenia na tarasie dolnym. Tym samym ubezpieczona ustaliła, iż do włamania dojść musiało poprzez otwarte drzwi tarasu znajdujące się na poziomie środkowym. W związku z zaistniałym zdarzeniem konsumentka wystąpiła do STU Ergo Hestia S.A. z wnioskiem o wypłatę odszkodowania za powstałą szkodę. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, powołując się na dział I § 2 pkt

¹⁴⁰ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/6238/MAW/17.

14 o.w.u., który zawiera definicję kradzieży z włamaniem. Ubezpieczyciel, odwołując się do tejże definicji, wskazał, iż w jego ocenie wobec niewypełnienia znamion definicji w zgłoszonym przez klientkę przypadku nie doszło do kradzieży z włamaniem.

Rzecznik Finansowy po analizie wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do STU Ergo Hestia S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień w sprawie.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika STU Ergo Hestia S.A. wskazało, iż w świetle zgromadzonego materiału nie widzi podstaw do zmiany zajętego stanowiska.

Trzecim z wybranych przypadków jest sprawa klientki, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kradzieży bagażu¹⁴¹.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w trakcie wyjazdu wakacyjnego z zaparkowanego samochodu skradziono bagaż ubezpieczonej. Wnioskodawczyni zgłosiła powstałą szkodę i wystąpiła do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o rozpatrzenie roszczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił ubezpieczonej wypłaty odszkodowania, powołując się na § 23 ust. 2 o.w.u., wskazując tym samym, iż ochroną ubezpieczeniową objęta jest kradzież bagażu w sytuacji, gdy znajdował się on w zamkniętym na zamek bagażniku pojazdu samochodowego zaparkowanego na parkingu strzeżonym, co nie zostało potwierdzone żadnym dokumentem.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, powołując się na wyżej wskazaną podstawę, podtrzymał swoje stanowisko w sprawie, nie widząc możliwości jego zmiany.

¹⁴¹ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/8644/GU/17.

Kolejnym z wybranych przypadków jest sprawa klientów, którzy zwrócili się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kradzieży bagażu¹⁴².

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumenci wskazali, iż podczas pobytu poza granicami kraju z pojazdu marki Kia Cee'd w wyniku włamania skradzione zostały ich bagaże. Wobec zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgłosili oni powstałą szkodę i wystąpili do towarzystwa z wnioskiem o rozpatrzenie roszczenia, a nadto zwrócili się do towarzystwa z wnioskiem o likwidację szkody poprzez zwrot kwoty stanowiącej równowartość zakupu ładowarki do telefonu i zwrot kosztów zakupu kluczyka do samochodu. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, powołując się na § 26 ust. 2 pkt 5 o.w.u., tj. na brak dostatecznego zabezpieczenia mienia, wskazując przy tym, iż parking, na którym znajdował się pojazd, nie był strzeżony.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Link 4 TU S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, w tym o wskazanie, na jakiej podstawie uznano, iż skradzione bagaże nie zostały w należyty sposób zabezpieczone.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Link 4 TU S.A., powołując się na wyżej wskazaną podstawę oraz na § 4 pkt 6 o.w.u. – wymieniający rzeczy podlegające ubezpieczeniu – wskazując przy tym, iż część skradzionych rzeczy nie była objęta zakresem ubezpieczenia, podtrzymał swoje stanowisko w sprawie.

Kolejnym przypadkiem jest sprawa klientów, którzy zwrócili się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kradzieży bagażu¹⁴³.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumenci wskazali, iż podczas pobytu poza granicami kraju z pojazdu marki Citroen Berlingo w wyniku

¹⁴² Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/4400/GU/17.

¹⁴³ Sprawy o sygn. RF/WUE/ZKU/1483/GU/17 oraz RF/WUE/ZKU/1485/GU/17.

włamania skradzione zostały ich bagaże. Wobec zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgłosili oni powstałą szkodę i wystąpili do ubezpieczyciela z wnioskiem o rozpatrzenie zgłoszonego roszczenia. Nadto we wniosku do Rzecznika klienci wskazali, iż zawarli umowę ubezpieczenia, w której jeden z wybranych przez nich wariantów zawierał ubezpieczenie od kradzieży na czas wyjazdu (skrót KR), który to wariant – według informacji uzyskanych od przedstawiciela towarzystwa – zapewnić miał klientom ochronę bagażu podróznego. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił klientom wypłaty odszkodowania, wskazując, iż wykupiony przez nich pakiet ubezpieczenia nie posiada w swoim zakresie ochrony bagażu podróznego. Ubezpieczyciel podniósł również, iż pakiet zawierający skrót KR obejmuje swym zakresem ochronę ruchomości domowych ubezpieczonych, znajdujących się w miejscu zamieszkania ubezpieczonych.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Generali TU S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, w tym o wyjaśnienie kwestii poinformowania ubezpieczonych przez przedstawiciela towarzystwa o innym niż rzeczywisty zakresie ochrony.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. – powołując się na wyżej wskazaną podstawę – podtrzymał swoje stanowisko w sprawie, wskazując, iż ubezpieczeni, składając podpisy, oświadczyli, iż otrzymali o.w.u. i zapoznani się z nimi. Tym samym towarzystwo uznało, iż nie widzi możliwości zmiany zajętego stanowiska.

Innym z przypadków jest sprawa klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kradzieży bagażu w wyniku napadu¹⁴⁴.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w wyniku napadu skradziony został bagaż znajdujący się w kierowanym przez wnioskodawcę samochodzie. W związku z zaistniałym zdarzeniem konsument wystąpił do TUIR Allianz Polska S.A. z wnioskiem o wypłatę odszkodowania za

¹⁴⁴ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/3928/GU/17.

powstałą szkodę. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, powołując się na § 7.2 ust. 3 pkt 4 o.w.u. i wskazując, iż zgodnie z zawartymi tam zapisami oraz na podstawie analizy dokumentacji przedłożonej ubezpieczycielowi brak jest możliwości uznania, iż wobec ubezpieczonego dopuszczono się rozboju.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do TUIR Allianz Polska S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, powołując się przy tym na orzecznictwo sądów powszechnych odnoszące się do pojęcia „rozboj”.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika TUIR Allianz Polska S.A. wskazało, iż po ponownej wnikliwej analizie sprawy postanowiło uznać roszczenie i przyjąć odpowiedzialność za zaistniałą szkodę.

Kolejnym z wybranych przypadków jest sprawa klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu uszkodzenia bagażu¹⁴⁵.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż na lotnisku przy odbiorze bagażu stwierdzono jego uszkodzenie. W związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczona wystąpiła do Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z wnioskiem o wypłatę odszkodowania za powstałą szkodę. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, powołując się na § 45 o.w.u., z którego wynika, iż ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu bagażu.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce wskazał, iż z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub

¹⁴⁵ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/2933/GU/17.

zniszczeniu pojemników na bagaż. Wobec tego, iż w przedmiotowej sprawie zniszczeniu uległ tylko pojemnik bagażu, nie zaś pojemnik wraz z jego zawartością ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania.

Ostatnim z wybranych przypadków jest sprawa klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu uszkodzenia lub utraty bagażu¹⁴⁶.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż na lotnisku przy odbiorze bagażu stwierdzono jego uszkodzenie. W związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczona wystąpiła do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o wypłatę odszkodowania za powstałą szkodę. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, powołując się na § 43.4 o.w.u., z którego wynika, iż ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu bagażu.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń AWP P&C S.A. Oddział w Polsce wskazał, iż ochroną ubezpieczeniową objęte jest uszkodzenie bagażu podróжного z jednoczesnym uszkodzeniem bądź utratą części lub całej jego zawartości. Wobec tego, iż w przedmiotowej sprawie nie została spełniona druga z przesłanek wymagana do przejęcia przez towarzystwo odpowiedzialności, ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania.

¹⁴⁶ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/267/MAW/17.

4. Odmowa wypłaty odszkodowania z tytułu opóźnienia bądź odwołania lotu

Czwartym z typowych problemów pojawiających się w skargach kierowanych do Rzecznika Finansowego jest odmowa wypłaty odszkodowania z powodu opóźnienia lub odwołania lotu i pokrycia związanych z tym niezbędnych dodatkowych kosztów podróży.

Jak wynika z analizy wpływających wniosków, jednym z typowych problemów łączących się z powyższą kwestią są sposób udokumentowania opóźnienia lotu, przedstawienie oryginałów rachunków za koszty poniesione w związku z opóźnieniem lotu, a także interpretacja pojęcia „niezbędne dodatkowe koszty podróży”.

W tym miejscu Rzecznik dla przykładu pragnie przedstawić pokrótce kilka spraw z prowadzonych przez siebie postępowań interwencyjnych.

Pierwszym z wybranych przypadków jest sprawa klientki rynku ubezpieczeniowego, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu opóźnienia lotu¹⁴⁷.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w związku z awarią samolotu – wyciekami paliwa do wewnątrz i na zewnątrz samolotu – opóźniony został lot powrotny z Dubaju do Polski. Z uwagi na 19-godzinne opóźnienie lotu wnioskodawczyni zmuszona była ponieść dodatkowe niezbędne koszty podróży, takie jak: zakup artykułów spożywczych, koszty wyżywienia, koszty noclegu czy przejazdu z lotniska do miejsca zamieszkania. Korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wystąpiła do AIG Europe Limited Oddział w Polsce z wnioskiem o zwrot poniesionych dodatkowych kosztów podróży związanych z opóźnieniem lotu. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania wobec niedostarczenia przez ubezpieczoną oryginałów rachunków, z których wynikałoby, jakie koszty i w jakiej wysokości zostały poniesione.

¹⁴⁷ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/3765/GU/17.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do AIG Europe Limited Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń AIG Europe Limited Oddział w Polsce oświadczył, iż zgłoszone przez ubezpieczoną roszczenie nie zostało w sposób należyty udokumentowane. Ubezpieczyciel wskazał, iż ubezpieczona nie potwierdziła wymaganym zaświadczeniem – wydanym przez przewoźnika – faktu zaistnienia opisanego przez nią zdarzenia oraz nie przedstawiła dowodów na poniesienie dodatkowych kosztów podróży.

Drugim z wybranych przypadków jest sprawa klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu odwołania lotu¹⁴⁸.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w związku ze złymi warunkami pogodowymi został odwołany rejs na trasie Zurych–Warszawa, którym to wnioskodawca miał przybyć do portu lotniczego w Warszawie. W związku z tą sytuacją zmuszony był on zakupić bilet lotniczy na kolejny rejs na trasie Zurych–Warszawa. Z uwagi na 7-godzinne opóźnienie wylotu z Zurychu wnioskodawca zakupił posiłek oraz niezbędne przybory toaletowe. Korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawca wystąpił do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce o zwrot poniesionych dodatkowych kosztów związanych z opóźnieniem lub odwołaniem lotu. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił ubezpieczonemu wypłaty odszkodowania, wskazując, iż zgodnie z § 9 pkt 12 a o.w.u. zwrot kosztów możliwy jest tylko i wyłącznie w związku z opóźnieniem lotu, nie zaś – jak w przypadku wnioskodawcy – w związku z jego odwołaniem.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

¹⁴⁸ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/2968/GU/17.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń AWP P&C S.A. Oddział w Polsce oświadczył, że z o.w.u. wprost wynika, iż odpowiedzialności podlega wyłącznie opóźnienie, nie zaś odwołanie lotu, jak było w przedstawionym stanie faktycznym. Wskazał on również, iż gdyby intencją ubezpieczyciela było objęcie odpowiedzialnością sytuacji odwołania lotu, to takowe postanowienie znalazłoby się w warunkach umowy.

Trzecim z wybranych przypadków jest sprawa klienta, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu poniesienia dodatkowych kosztów podróży wobec opóźnienia lotu powrotnego do kraju¹⁴⁹.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika wnioskodawca wskazał, iż na trasie Amsterdam–Kraków z przesiadką w Wiedniu doszło do opóźnienia lotu z Amsterdamu, co w konsekwencji skutkowało utratą przez ubezpieczonego połączenia lotniczego Wiedeń–Kraków. W związku z tym faktem oraz brakiem możliwości dotarcia do portu docelowego tego samego dnia wnioskodawca zmuszony był do pozostania w Wiedniu do godzin popołudniowych dnia następnego. Z uwagi na to, iż w trakcie przymusowego pobytu na terenie Wiednia nie uzyskał on dostępu do swojego bagażu, udał się do sklepu, w którym to dokonał zakupu świeżej odzieży, następnie zaś po powrocie do kraju wystąpił do Inter Partner Assistance Polska S.A. z wnioskiem o spełnienie roszczenia z zwartej umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo odmówiło zwrotu kosztów odzieży, podnosząc, iż zgodnie z zapisami o.w.u. do niezbędnych kosztów podróży zaliczają się tylko koszty wyżywienia oraz noclegu.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Inter Partner Assistance Polska S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień, wskazując przy tym, iż zgodnie z art. 385 § 2 k.c. wzorzec umowy powinien zostać sformułowany w taki sposób, aby treści tam zawarte były jednoznaczne i zrozumiałe dla przeciętnego konsumenta. Rzecznik

¹⁴⁹ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/1505/GU/17.

przychylił się nadto do stanowiska wnioskodawcy, który to słusznie podniósł, iż przecinek postawiony między podstawami zwrotu poniesionych przez ubezpieczonego wydatków stanowi funktor koniunkcji, który zgodnie z poglądami przyjętymi w doktrynie równoznaczny jest ze spójnikami koniunkcji takimi jak „i”, „oraz”, „lecz”, „a także”, i który w tekstach używany jest często jako zamiennik powyższych spójników.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Inter Partner Assistance Polska S.A. wskazał, iż zawarte w ogólnych warunkach umowy stwierdzenie „koszty podróży” w odniesieniu do odwołania/opóźnienia lotu nie obejmuje wszelkich kosztów, jakie mogą powstać w związku z opóźnieniem/odwołaniem lotu. W ocenie ubezpieczyciela kosztami takimi są np. przejazd taksówką z lotniska do hotelu czy zakup biletu lotniczego na kolejne połączenie, nie należą natomiast do nich koszty zakupu odzieży. Przedstawiając powyższe, ubezpieczyciel nie przychylił się do stanowiska Rzecznika, odnoszącego się do kwestii interpretacji zapisów o.w.u.

5. Odmowa wypłaty odszkodowania z tytułu rezygnacji z podróży

Piątym i chyba ostatnim z typowych problemów pojawiających się w skargach kierowanych do Rzecznika Finansowego jest odmowa wypłaty odszkodowania z tytułu rezygnacji z podróży.

Jak wynika z analizy wpływających wniosków, jednym z typowych problemów związanych z powyższą kwestią jest określenie przyczyny, która leżała u podstaw rezygnacji z wcześniej wykupionej imprezy turystycznej. Jest to istotne przykładowo w związku z wykupieniem pakietu ubezpieczeń, który w wersji podstawowej nie przewiduje ochrony w przypadku wystąpienia następstw chorób przewlekłych leczonych u ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową czy też w razie braku hospitalizacji w przypadku nagłego zachorowania. Z uwagi na różnorodność podstaw odmowy wypłaty odszkodowania w tejże materii Rzecznik – na podstawie prowadzonych przez siebie postępowań interwencyjnych – postara się pokrótce omówić najczęściej pojawiające się w skargach podstawy odmowy wypłaty odszkodowania.

Pierwszym z wybranych przypadków jest sprawa klienta rynku ubezpieczeniowego, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży¹⁵⁰.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w związku ze złym stanem zdrowia żony wnioskodawcy (osoby ubezpieczonej) zmuszony był on zrezygnować z podróży. Korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawca wystąpił do Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z roszczeniem o wypłatę odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, uznając, iż z dokumentacji medycznej przedstawionej ubezpieczycielowi do oceny wynika, iż rezygnacja z podróży podyktowana była zaostrzeniem się choroby przewlekłej małżonki ubezpieczonego, co wobec ograniczonego zakresu ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień oraz przedstawienie dokumentacji na poparcie zajętego stanowiska.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce oświadczył, że opinia lekarza orzecznika towarzystwa, sporządzona po analizie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, wprost wskazuje, iż podstawą rezygnacji z podróży było zaostrzenie się choroby przewlekłej, leczonej w okresie 12 miesięcy przed objęciem umową ubezpieczenia. Wobec tak sformułowanej opinii oraz podstawowego pakietu ubezpieczeniowego ubezpieczyciel nie znalazł podstaw do uznania roszczenia.

Drugim z wybranych przypadków jest sprawa klienta, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży¹⁵¹.

¹⁵⁰ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/1324/GU/17.

¹⁵¹ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/139/AW/17.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w związku z nagłym zachorowaniem ubezpieczony zmuszony był zrezygnować z wcześniej wykupionej podróży. Korzystając z ochrony ubezpieczeniowej, wnioskodawca wystąpił do Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z roszczeniem o wypłatę odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, gdyż uznał, że z dokumentacji medycznej przedstawionej ubezpieczycielowi nie wynika, jakoby w związku z przebyłym zachorowaniem ubezpieczony został poddany hospitalizacji, co jest wymagane, aby ubezpieczyciel przejął odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenie. Wskazano również, iż przypadek wnioskodawcy nie może zostać potraktowany jako nieszczęśliwy wypadek wobec braku przyczyny zewnętrznej.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce wskazał, iż podtrzymuje stanowisko w sprawie, przywołując argumentację, która stanowiła podstawę odmowy pozytywnego rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

Kolejnym z wybranych przypadków jest sprawa klientki, która zwróciła się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży w związku z zajściem w ciążę¹⁵².

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsumentka wskazała, iż w związku z ciążą, która została potwierdzona zaświadczeniem lekarskim, jak również w związku ze związanymi z tym faktem zaleceniami lekarskimi oraz warunkami panującymi na Kubie ubezpieczona zmuszona była zrezygnować z wykupionej wcześniej podróży. Wobec zaistniałej sytuacji, korzystając z przysługujących ubezpieczonej uprawnień, wystąpiła ona do Inter

¹⁵² Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/3135/GU/17.

Partner Assistance S.A. z roszczeniem o wypłatę świadczenia w związku z zaistniałą szkodą. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawczynię o braku podstaw do uznania roszczenia i wskazało, że zgodnie z opinią lekarza orzecznika towarzystwa przyczyną rezygnacji z podróży nie było nagłe zachorowanie, lecz ciąża, która to nie może być traktowana jako nagłe zachorowanie podlegające odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Inter Partner Assistance S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Inter Partner Assistance S.A. wskazał, iż odpowiedzialności towarzystwa podlega tylko takie zdarzenie związane z ciążą ubezpieczonej, które objawia się komplikacjami w przebiegu ciąży, a w ich wyniku ubezpieczona została poddana co najmniej 3-dniowej hospitalizacji lub gdy ubezpieczonej grozi przedwczesny poród, co – jak wskazał ubezpieczyciel – nie miało miejsca w niniejszej sprawie.

Następnym z wybranych przypadków jest sprawa klienta, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży w związku z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia¹⁵³.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w związku z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia zmuszony on był zrezygnować z wykupionej wcześniej podróży. Wobec zaistniałej sytuacji, korzystając z przysługujących mu jako ubezpieczonemu uprawnień, wystąpił on do AIG Europe Limited Oddział w Polsce z roszczeniem o wypłatę świadczenia w związku z zaistniałą szkodą. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało wnioskodawcę o odmowie wypłaty odszkodowania, wskazując, iż ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej wynika, że pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego związane było bezpośrednio z

¹⁵³ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/7625/GU/17.

chorobą przewlekłą, co zgodnie z § 38 ust. 2 o.w.u. wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do AIG Europe Limited Oddział w Polsce z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń AIG Europe Limited Oddział w Polsce wskazał, iż odpowiedzialności towarzystwa podlega tylko takie zdarzenie, które nie jest związane z chorobą, co miało miejsce w niniejszej sprawie.

Ostatnim przypadkiem z tej grupy jest sprawa klienta, który zwrócił się do Rzecznika o podjęcie interwencji w kwestii wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów rezygnacji z podróży w związku ze śmiercią członka rodziny współubezpieczonej¹⁵⁴.

W uzasadnieniu wniosku skierowanego do Rzecznika konsument wskazał, iż w związku ze śmiercią członka rodziny współubezpieczonej wnioskodawca zmuszony był zrezygnować z wykupionej wcześniej podróży. Wobec zaistniałej sytuacji, korzystając z przysługujących uprawnień, wnioskodawca wystąpiła do Inter Partner Assistance S.A. z roszczeniem wypłaty świadczenia w związku z zaistniałą szkodą. W odpowiedzi na zgłoszone roszczenie towarzystwo poinformowało pismem skierowanym do współubezpieczonej o zwrocie w wysokości połowy poniesionych kosztów, wskazując przy tym, iż zmarły nie był w rozumieniu o.w.u. osobą bliską dla wnioskodawcy, z tego też względu towarzystwo nie widzi podstaw do wypłaty świadczenia na rzecz wnioskodawcy.

Rzecznik Finansowy po analizie zgłoszonego wniosku podjął działania w przedmiotowej sprawie, występując do Inter Partner Assistance S.A. z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień.

W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zakład ubezpieczeń Inter Partner Assistance S.A. wskazał, iż zgodnie z o.w.u. osobami bliskimi ubezpieczonemu są: małżonek lub partner życiowy, dziecko, pasierb, rodzice, teściowie, ojczym, macocha, dziadkowie, wnuk i rodzeństwo, a w związku z tym dziadka współubezpieczonej nie można uznać, zgodnie z o.w.u., za osobę bliską wnioskodawcy.

¹⁵⁴ Sprawa o sygn. RF/WUE/ZKU/4815/GU/17.

Rozdział VI – Ubezpieczenia turystyczne – aspekty międzynarodowe

Korzystając ze współpracy międzynarodowej w sieci FIN-NET, do której przynależą od 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych, a później – od 11 października 2015 r. – Rzecznik Finansowy, pozyskano od partnerów zagranicznych informacje dotyczące funkcjonowania ubezpieczeń turystycznych na rynkach krajowych Finlandii oraz Wielkiej Brytanii.

Tytułem wstępu należy zaznaczyć, że sieć FIN-NET funkcjonuje w ramach struktur Komisji Europejskiej i ma na celu zrzeszanie instytucji pozasądowego rozstrzygania sporów pomiędzy konsumentami a instytucjami finansowymi. Współpraca instytucji zrzeszonych w sieci ma na celu wzmocnienie oraz usprawnienie systemu ochrony konsumentów usług finansowych na jednolitym rynku europejskim oraz wymianę wzajemnych doświadczeń dotyczących praktyki, legislacji czy aktualnych problemów.

1. Ubezpieczenia turystyczne w Finlandii

Na fińskim rynku ubezpieczeniowym najpopularniejsze produkty ubezpieczeniowe w zakresie ubezpieczeń turystycznych to ubezpieczenie podróżnych i ubezpieczenie bagażu. Ubezpieczenie podróżnych pokrywa przykładowo koszty leczenia, wynikające z chorób lub wypadków mających miejsce w trakcie podróży, oraz koszty poniesione w wyniku anulowania lub przerwania wycieczki. Ubezpieczenie bagażu z kolei pokrywa koszty wynikające z opóźnień w jego dostarczeniu, uszkodzenia bądź kradzieży, a także kradzieży jego poszczególnych elementów.

W przeważającej liczbie przypadków ubezpieczenie bagażu zawiera również pokrycie odpowiedzialności cywilnoprawnej podróżnego w trakcie podróży oraz pokrycie kosztów obsługi prawnej. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej może pokryć roszczenia za szkody, które wyrządził ubezpieczony (podróżny) osobom trzecim, jeśli na mocy przepisów obowiązującego prawa ponosi on odpowiedzialność wobec tych osób. Ubezpieczenie ochrony prawnej pokrywa

koszty prawne poniesione na skutek sporów cywilnych, karnych oraz innych sporów (oczywistych), które mogą powstać w trakcie podróży.

Najczęstsze problemy w Finlandii dotyczą kwestii związanych z pokryciem i zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Spory i wątpliwości są zbieżne z innymi rodzajami ubezpieczeń. W Finlandii nie zdiagnozowano generalnych problemów związanych z likwidacją czy dystrybucją tego typu produktów. Ubezpieczyciele, którzy oferują te produkty, wypełniają swoje zobowiązania z należytą starannością, a organ nadzoru swoimi działaniami stabilizuje sytuację na rynku. Z punktu widzenia Fińskiego Rzecznika Usług Finansowych nie zdiagnozowano sytuacji, w których organ nadzoru podejmowałby określone działania władcze w omawianej problematyce. Największe wyzwania dotyczą jednak nowych kanałów dystrybucji produktów ubezpieczeniowych, takich jak internet oraz aplikacje w smartfonach. Istotna kwestia monitorowana przez tę instytucję dotyczy również badania sposobu oraz trybu sprzedaży tych produktów pod kątem ich zgodności z przepisami prawa.

W Finlandii powszechną praktyką jest posiadanie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu podróżnym. Ubezpieczenie takie jest często wykupywane przez podróżnych przemieszczających się w granicach obszaru terytorialnego Finlandii – jeśli wziąć pod uwagę zakres ochrony, rozwiązanie to jest niedrogie. Posiadanie jednego ubezpieczenia obowiązującego przez dłuższy czas (w przypadku osoby podróżującej co najmniej kilka razy w roku) jest bardziej korzystne ekonomicznie niż kupno kilku poszczególnych ubezpieczeń dla każdej wycieczki.

Fiński Rzecznik Usług Finansowych nie ma bezpośredniej wiedzy, w jaki sposób ubezpieczenie to jest sprzedawane konsumentom, jednakże ze względu na aktualne realia rynkowe można założyć, że najbardziej popularnym kanałem dystrybucyjnym jest internet.

2. Ubezpieczenia turystyczne w Wielkiej Brytanii

Oficjalne statystyki wskazują, że prawie 22 miliony rezydentów w Wielkiej Brytanii udało się na wakacje letnie w zeszłym roku. W 2017 r. brytyjski Rzecznik Usług Finansowych (Financial Ombudsman Services) rozpatrzył ok. 3 tys. skarg

związanych z ubezpieczeniami turystycznymi. Rozpatrując spory z zakresu tej problematyki, Rzecznik uznał, że statystycznie w czterech sprawach na dziesięć ubezpieczyciel nie potraktował konsumentów uczciwie i sprawiedliwie.

Skargi trafiające do brytyjskiego Rzecznika dotyczą kwestii związanych z doradztwem ubezpieczeniowym, sprzedażą ubezpieczeń i administracją nimi, znacząca liczba skarg odnosi się jednak do roszczeń. Duża liczba sporów wynika z faktu, że konsumenci są przekonani, iż ubezpieczenie turystyczne pokryje każde zdarzenie oraz każde ryzyko. Że tak nie jest, okazuje się dopiero w trakcie procesu likwidacji szkody, szczególnie w sytuacji otrzymania odmowy ze strony ubezpieczyciela.

Skargi rozpatrywane przez brytyjskiego Rzecznika dotyczą anulowanych wycieczek, wycieczek związanych ze sportami zimowymi czy też przerwami w nauce. Sposób rozpatrywania skarg przez brytyjskiego Rzecznika opiera się na zasadzie słuszności. Jeśli osoba rozpatrująca spór uzna, że warunki ubezpieczenia były niejasne bądź też zostały zastosowane niesłusznie lub niezasadnie, Rzecznik może nakazać wypłatę świadczenia, nawet jeśli dane zdarzenie nie jest ściśle objęte zakresem ochrony ubezpieczeniowej. W toku prowadzonych spraw Rzecznik zwraca ubezpieczycielom uwagę, że to ich obowiązkiem jest udowodnienie i wykazanie, iż w sprawie występuje określone wyłączenie odpowiedzialności.

Spory rozpatrywane przez Rzecznika najczęściej dotyczą kwestii związanych z przerwaniem wakacji, a powodem skarg w tym zakresie są: interpretacja ubezpieczycieli, że przerwanie wakacji nie jest uzasadnione z punktu widzenia zdrowia ubezpieczającego, oraz powoływanie się przez ubezpieczycieli na istniejące wcześniej przyczyny zdrowotne, które uniemożliwiają uznanie roszczenia konsumenta. Drugą kategorią są sprawy dotyczące zgubionego lub niedostarczonego na czas bagażu. Najczęstsze przyczyny skarg to sytuacje, w których ubezpieczyciel odmawia uznania roszczenia, wskazując, że bagaż został pozostawiony bez nadzoru lub w aucie, albo gdy konsument nie jest w stanie przedstawić dokumentu potwierdzającego zagubienie lub kradzież, bądź też raportu policyjnego potwierdzającego dane zdarzenie. Przyczyną skarg w tym obszarze są również zaniżone wypłaty świadczeń.

Ubezpieczenie turystyczne jest w Wielkiej Brytanii produktem stworzonym, aby pokryć różne ryzyka mogące zaistnieć na wakacjach lub podczas podróży służbowej. Ubezpieczenie to ma zapewnić świadczenia w sytuacji, gdy wycieczka została anulowana, przerwana, ubezpieczony poniósł koszty leczenia, został zgubiony jego bagaż, skradziono ubezpieczonemu pieniądze, paszport bądź inne przedmioty osobistego użytku. Ubezpieczenie to może być sprzedawane jako jednorazowa polisa (na określoną podróż) lub jako czasowa ochrona ubezpieczeniowa (w przypadku kilku podróży). Obszar ochrony ubezpieczeniowej może dotyczyć zarówno Wielkiej Brytanii, jak i być rozszerzony na inne miejsca, w zależności od celu podróży. Na rynku brytyjskim oferowane są również specjalistyczne polisy dla konsumentów w określonym wieku, z istniejącymi uprzednio schorzeniami, a także dla młodych osób, które wyruszają w podróż po świecie na okres kilku lub kilkunastu miesięcy (tzw. *gap year*).

Co interesujące, Rzecznik otrzymał ok. 700 skarg od konsumentów, których podróże były anulowane lub zakłócone na skutek erupcji wulkanu na Islandii w 2010 r. W marcu 2011 r. Rzecznik stworzył zasadę (tzw. *key ruling*) rozpatrywania tego typu spraw na korzyść konsumentów. Stosowanie tej zasady nie powoduje jednak, że każda sprawa automatycznie powinna być rozstrzygana na korzyść klienta – należy wziąć też pod uwagę indywidualne okoliczności faktyczne oraz warunki ubezpieczenia. Ta zasada miała przysłużyć się ubezpieczycielom i stworzyć pewien standard przy rozpatrywaniu tego typu sporów.

W czerwcu 2011 r. zakład ubezpieczeń Europ Assistance złożył w ramach tzw. kontroli sądowej wniosek przeciwko stworzonej przez Rzecznika zasadzie. W styczniu 2012 r. sąd odrzucił wniosek ubezpieczyciela. Skutkiem tego było uznanie, że ubezpieczyciel będzie rozpatrywać przedmiotowe spory według zasady określonej w stanowisku Rzecznika.

3. Opisy przykładowych sporów rozstrzyganych przez Financial Ombudsman Service

3.1. Odmowa wypłaty świadczenia z powodu spożycia alkoholu

Konsument przebywał na wakacjach, podczas których poślizgnął się w toalecie w klubie i uderzył w głowę. Nie spowodowało to natychmiastowej reakcji ze strony tak jego samego, jak i jego towarzyszy, bawił się dalej, natomiast na drugi dzień obudził się z bólem i zawrotami głowy. Udał się więc do szpitala, gdzie przeprowadzono badania i przepisano lekarstwa. Konsument zwrócił się do ubezpieczyciela z roszczeniem o zwrot kosztów leczenia, jednakże zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty, wskazując, że ubezpieczony był pod wpływem alkoholu. Konsument poinformował ubezpieczyciela o fakcie spożywania alkoholu, jednakże wskazał, że podczas zdarzenia nie był pijany.

Rozpatrując sprawę, Rzecznik zbadał warunki ubezpieczenia, które wskazywały, że ubezpieczyciel może odmówić świadczeń tylko w sytuacji, gdy na skutek spożycia alkoholu ocena ubezpieczonego jest zaburzona. Rzecznik wezwał zatem ubezpieczyciela do wskazania dowodu potwierdzającego okoliczność, że konsument spożył alkohol w nadmiernej ilości. Dokumentacja medyczna nie potwierdziła zawartości alkoholu we krwi ubezpieczonego. W ostateczności Rzecznik przyjął, że konsument spożył pewną ilość alkoholu, co było okolicznością bezsporną w tej sprawie. Z drugiej strony ubezpieczyciel nie przedstawił dowodu na okoliczność, że nadmiar spożytego alkoholu był główną przyczyną zdarzenia. Rzecznik nakazał ubezpieczycielowi wypłatę świadczenia w postaci poniesionych kosztów leczenia wraz z odsetkami w wysokości 8%.

3.2. Odmowa wypłaty świadczenia za anulowaną wycieczkę narciarską

Konsument zrezygnował z wyjazdu na narty, ponieważ otrzymał od lekarza opinię wskazującą na chorobę ścięgien, która w ocenie lekarza uniemożliwiała uprawianie sportów narciarskich. Ubezpieczyciel odmówił jednak pokrycia kosztów anulowanej wycieczki i wypłaty świadczenia, wskazując, że konsument może nadal podróżować i korzystać z wycieczki mimo braku możliwości jazdy na nartach. Konsument zaskarżył stanowisko ubezpieczyciela do Rzecznika, wskazując, że było ono niesprawiedliwe.

W toku rozpatrywania sprawy Rzecznik powziął informację, że warunki ubezpieczenia umożliwiały wypłatę świadczenia tylko w sytuacji poważnego

zachorowania lub urazu ubezpieczającego. Ubezpieczyciel bronił ponadto swojego stanowiska, powołując się na fakt, że dokumentacja medyczna nie wskazywała, iż konsument nie mógł podróżować, a jedynie iż nie mógł on jeździć na nartach.

Rzecznik przy rozpatrywaniu przedmiotowego sporu wziął pod uwagę cel oraz cały kontekst wycieczki, której istotą było uprawianie sportu zimowego. Jeśli konsument nie mógł skorzystać z tej atrakcji, Rzecznik uznał, że nie było słuszne i uzasadnione, aby wprost zastosować warunki ubezpieczenia do roszczenia konsumenta. Nakazał zatem ubezpieczycielowi wypłacić świadczenie wraz z odsetkami.

3.3. Złamanie ręki na wakacjach

Podczas drugiego dnia rejsu konsument złamał rękę i zmuszony był odwołać wszelkie aktywności planowane podczas wycieczki. Konsument skontaktował się z ubezpieczycielem w celu uzyskania pomocy w zorganizowaniu i dostosowania lotu. W pierwszej kolejności otrzymał on informację od ubezpieczyciela, że pomoc zostanie zapewniona, a następnie, że ubezpieczyciel nie jest uprawniony do tego typu działań. Po wniesieniu zastrzeżeń ubezpieczyciel przyznał się do błędu w zakresie informacji o organizacji przelotu. Zaoferował z tego tytułu kompensatę oraz pokrycie kosztów leczenia i aktywności, z których musiał zrezygnować konsument.

Roszczenia konsumenta, który skierował sprawę do brytyjskiego Rzecznika, obejmowały: pełne pokrycie kosztów wycieczki, rekompensatę za ból i utratę przyjemności z wycieczki, pokrycie kosztów leczenia po powrocie do Wielkiej Brytanii.

Rozpatrując sprawę, Rzecznik przeanalizował warunki ubezpieczenia, z których wprost wynikało, że koszty całego rejsu są pokrywane tylko wówczas, gdy konsument anuluje wycieczkę. W przypadku rezygnacji przed końcem wycieczki koszty są refundowane częściowo. Z okoliczności jednak wynikało, że konsument pozostał na statku. Rzecznik uznał też, że konsument mógł brać udział w części aktywności dostępnych podczas rejsu i nie był wyłączone z nich całkowicie.

Rzecznik uznał za słusne pokrycie kosztów leczenia przez ubezpieczyciela, wyjaśnił również, że polisa ubezpieczeniowa nie pokrywa strat niematerialnych, takich jak utrata radości czy satysfakcji z wycieczki. Zakład ubezpieczeń pokrył koszty aktywności dostępnych podczas rejsu, z których na skutek urazu konsument musiał zrezygnować. Rzecznik wyjaśnił również, że polisa ubezpieczeniowa pokrywa koszty leczenia za granicą, nie zaś w Wielkiej Brytanii. Brak było również dowodów na to, aby konieczne było zorganizowanie przelotu o wyższym standardzie z uwagi na uraz ręki konsumenta.

3.4. Wypadek na stoku

Konsument, zjeżdżając ze stoku, doznał poważnego uszczerbku na zdrowiu, zwrócił się zatem do ubezpieczyciela z roszczeniem o zwrot poniesionych kosztów leczenia. Ubezpieczyciel odmówił świadczenia, wskazując, że zjechanie ze stoku należy do niebezpiecznej działalności w rozumieniu warunków ubezpieczenia i nie jest objęte zakresem ochrony.

Spór dotyczył interpretacji warunków ubezpieczenia. Dokumentacja wskazywała, że uczestnictwo w niebezpiecznych bądź innych określonych aktywnościach zostało wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczyciel nie potwierdzi, że jest inaczej. Polisa określała również, że konsument jest zobowiązany skontaktować się z ubezpieczycielem, jeśli planuje wziąć udział w aktywności oznaczonej jako niebezpieczna. W polisie zawarto informację, że ubezpieczony powinien zastosować środki ostrożności, tak by uniknąć wypadku i nie narażać się na niebezpieczeństwo.

Z jednej strony – przy uwzględnieniu zasad słusności – Rzecznik uznał, że zakład ubezpieczeń mógł wyłączyć odpowiedzialność w przypadku zjazdu ze stoku bez instruktora. Z drugiej strony Rzecznik wziął pod uwagę szczególne okoliczności zdarzenia, takie jak doświadczenie ubezpieczonego. Rzecznik stwierdził więc, że ubezpieczony nie naraził się na niebezpieczeństwo, i nakazał ubezpieczycielowi wypłacić świadczenie wraz z odsetkami.

Niewątpliwie doświadczenia innych krajów związane z ubezpieczeniami turystycznymi mogą stanowić inspirację do wprowadzenia określonych zmian na

polskim rynku ubezpieczeniowym, mających na celu wyeliminowanie kwestii problematycznych oraz poprawę ochrony konsumenta. W krajach mocno rozwiniętych gospodarczo nieustannie wzrasta liczba osób, które podróżują w celach turystycznych i rekreacyjnych, co rodzi zapotrzebowanie na kompleksowe i dopasowane produkty ubezpieczeniowe. Ciekawym zjawiskiem – znanym bardzo dobrze w krajach Europy Zachodniej, a w Polsce coraz bardziej powszechnym – jest tzw. *gap year*. Ten specyficzny rodzaj urlopu i wypoczynku ma na celu przygotowanie młodego człowieka, który zakończył studia, do wejścia w dorosłość i najczęściej polega na swobodnym podróżowaniu w różne miejsca świata z bagażem podręcznym. U takich osób pojawia się zapotrzebowanie na odpowiednią ochronę ubezpieczeniową, co wymaga produktu dopasowanego do istniejących ryzyk oraz specyfiki takich podróży.

Na szczególną uwagę zasługuje podejście prezentowane przez brytyjskiego Rzecznika, które ma charakter prokonsumencki, bowiem jak wynika z doświadczeń tej instytucji, rozpatrywanie sporów często opiera się na zasadzie słuszności. Jest to bardzo odmienne od polskiego porządku prawnego, który opiera się na literze prawa oraz jej wykładni. W brytyjskim systemie nad treścią literalnego brzmienia przepisu przy rozpatrywaniu sporu przeważają zasady słuszności, rozsądku i sprawiedliwości. Czynniki te brane są pod uwagę przy uwzględnieniu okoliczności faktycznych danej sprawy, a ich zastosowanie ułatwia konsumentom dochodzenie swoich praw i roszczeń, co pokazują zaprezentowane opisy stanów faktycznych.

Zakończenie

Obecnie na rynku dostępnych jest szereg różnorodnych rozwiązań ubezpieczeniowych zapewniających stosunkowo szeroką ochronę podczas wyjazdów turystycznych. Aby z niej świadomie skorzystać, niezbędne jest po stronie klienta zaangażowanie w proces zakupu ubezpieczenia, w szczególności uprzednia analiza indywidualnych potrzeb ubezpieczeniowych, która zapewni dostosowanie wybieranej oferty do własnych oczekiwań i wymagań. Prócz znajomości treści umowy (wzorca umownego, na którego podstawie umowa jest zawierana) warto pamiętać także o dostosowaniu sum ubezpieczenia, czyli maksymalnych limitów odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, do faktycznego ryzyka, które – jak pokazuje praktyka – bywa kwotowo wysokie.

Szczególnie istotne z perspektywy turysty są maksymalnie wysokie limity odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń związane z pokryciem kosztów leczenia. Na ten aspekt należy zwrócić szczególną uwagę, planując wyjazdy poza granice Unii Europejskiej, np. do Stanów Zjednoczonych, Kanady, Australii czy Japonii, gdzie koszty leczenia należą do najwyższych na świecie.

Bardzo ważne są również limity odpowiedzialności dotyczące pokrycia kosztów transportu poszkodowanego do kraju, bowiem te – w przypadku wyjazdów do odległych zakątków świata – mogą okazać się wyjątkowo wysokie. W tym zakresie warto korzystać z ofert, w których limity są maksymalnie wysokie, lub takich, w których zakład ubezpieczeń pokrywa koszty transportu bez limitu wydatków. Uwaga ta – przy braku uregulowań dotyczących refundacji kosztów transportu w ramach prawa wspólnotowego – tyczy się również wyjazdów na terytoria państw należących do Unii Europejskiej oraz Wspólnego Obszaru Gospodarczego.

Ponadto przed wyjazdem do krajów UE i WOG należy bezwzględnie zaopatrzyć się w Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), która dla turysty stanowić będzie podstawę dostępu do zagranicznych publicznych placówek opieki zdrowotnej.

[Wniosek o wydanie takiej karty](#) dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w siedzibach oddziałów i delegatur NFZ. W tym miejscu warto podkreślić, iż wejście Polski do Unii Europejskiej poskutkowało m.in. tym, że Polacy przebywający w innych krajach Wspólnoty mogą bezpłatnie uzyskać pomoc lekarską na takiej samej podstawie i w takim samym zakresie jak obywatele państwa unijnego, w którym zdarzył się wypadek. Polski obywatel może zatem na terytorium Unii uzyskać pomoc, ograniczoną jednak do poziomu bezpłatnego leczenia w danym państwie. Dokładne reguły pokrycia kosztów leczenia na terytorium UE reguluje prawo krajowe państwa, w którym turysta będzie poddawany leczeniu.

Wobec uregulowań prawa wspólnotowego niektórzy obserwatorzy rynku przewidywali koniec ubezpieczeń turystycznych po wejściu Polski do Unii Europejskiej, a szczególnie kosztów leczenia za granicą na terytorium UE. Twierdzenia te okazały się zbyt daleko idące, gdyż wciąż istnieje szereg sytuacji, z którymi – pomimo ochrony ze strony publicznej służby zdrowia – poszkodowany turysta może się spotkać, a które skutkują koniecznością pokrycia kosztów niektórych usług medycznych. Po pierwsze, co jest z punktu widzenia potencjalnego poszkodowanego wyjątkowo istotne, problematyczny pozostaje fakt, iż prawo unijne pozostawia istotną lukę w kwestii transportu poszkodowanego do miejsca zamieszkania lub miejsca dalszego leczenia, co może nastroić poważnych kłopotów finansowych. Po drugie, prawo unijne mówi o prawie do opieki zdrowotnej i udzielaniu tzw. świadczeń koniecznych w natychmiastowych sytuacjach, zatem nie wszystkie sytuacje zagrożenia zdrowia będą objęte ochroną w ramach publicznej służby zdrowia. Ponadto należy również pamiętać, że wspomniane rozwiązania dotyczą leczenia w placówkach publicznych, natomiast część przypadków leczenia przebiega w placówkach niepublicznych, które są w pełni lub znacznej części odpłatne.

Trzeba też zdawać sobie sprawę, iż poważne różnice mogą wystąpić też między ofertami, z których można skorzystać indywidualnie, a tymi, które wraz z imprezą turystyczną standardowo otrzymywane są od biura podróży.

Z tych względów nie należy dać się zwieść zapewnieniom przedstawiciela touroperatora, że taki podstawowy wariant zapewnia mające szeroki zakres ubezpieczenie. Zawsze warto czytać warunki ubezpieczenia i dokładnie sprawdzać, jaki jest zakres ubezpieczenia, jakie są sumy ubezpieczenia i w jakich przypadkach zakład ubezpieczeń nie będzie świadczył ochrony ubezpieczeniowej (czyli poznać wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej).

W przypadku niewystarczającej ochrony można albo wybrać szerszy wariant w ofercie biura, albo samodzielnie zapewnić sobie polisę zgodną z oczekiwaniami i indywidualnymi potrzebami ubezpieczeniowymi.

Warto też zwrócić szczególną uwagę na choroby przewlekłe, bowiem uprzednie schorzenia stwierdzone u ubezpieczającego czy u jego współpodróżnych wymagać będą ponadstandardowego ubezpieczenia. Podobnie dodatkowego ubezpieczenia wymaga sytuacja, kiedy podczas zagranicznego urlopu ktoś ma zamiar wyczynowo czy zawodowo uprawiać sport, który w ocenie ubezpieczyciela uchodzi za ekstremalny. Istotną sprawą jest również sprawna obsługa likwidacyjna świadczona zwykle przez wyspecjalizowane podmioty współpracujące z zakładami ubezpieczeń i wspomagające je w obsłudze szkód powstałych za granicą. Osoby aktywne podczas wyjazdu powinny także pamiętać o rozszerzeniu umowy ubezpieczenia na odpowiedzialność cywilną, co zapewni ochronę w sytuacji, gdy wyrządzą one szkodę osobie trzeciej. To ubezpieczyciel w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej pokryje koszty takiej szkody, zwalniając turystę z obowiązków odszkodowawczych, które szczególnie przy szkodzie osobowej mogą być wyjątkowo wysokie.

Trzeba pamiętać także, że w praktyce częstą przyczyną odmowy wypłaty świadczenia jest spożywanie przez wczasowiczów alkoholu. Chwile relaksu skłaniają do sięgania po mocniejsze trunki, przy czym trzeba mieć świadomość, że

stan po użyciu alkoholu co do zasady skutkuje unieruchomieniem polisy, a w konsekwencji brakiem ochrony ze strony ubezpieczyciela. Jednakże ostatnio, za opłatą dodatkowej składki, zostały wprowadzone na rynek specjalne rozwiązania ubezpieczeniowe – klauzule alkoholowe – obejmujące również takie sytuacje.

Nie można też zapomnieć o obowiązkach, które nakłada na ubezpieczonych umowa ubezpieczenia. Standardowo po zajściu wypadku, który skutkuje zaangażowaniem w sprawę zakładu ubezpieczeń, osoba poszkodowana powinna powiadomić o zdarzeniu centrum alarmowe, stosując się do uzyskanych wskazań i zaleceń, oraz starać się niezwłocznie uzyskać pomoc ze strony służb ratowniczych lub medycznych. W uzasadnionych okolicznościach trzeba powiadomić miejscową policję, uzyskać dokumentację lekarską, zabezpieczyć wszelkie dowody związane ze zdarzeniem (opisujące jego przebieg), w tym ustalić świadków. Tym samym bardzo istotne jest zbieranie wszelkich dowodów potwierdzających zdarzenie i jego skutki, a szczególnie ważne jest zbieranie oryginalnych rachunków, dowodów opłat za udzieloną pomoc oraz świadczenia medyczne.

Komercyjne ubezpieczenie turystyczne – szczególnie w zakresie kosztów leczenia za granicą wraz z pomocowymi świadczeniami *assistance* – nadal jest koniecznym elementem każdego zagranicznego wyjazdu turystycznego, z tym że w przypadku wyjazdów na teren Unii Europejskiej baczna uwaga warto zwracać na oferowany zakres ubezpieczenia kosztów transportu, kosztów nier refundowanych przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego oraz inne dodatkowe świadczenia, jak przykładowo zastępczy kierowca, pomoc w przypadku zagubienia lub kradzieży gotówki, kart płatniczych czy też zapewnienie opieki nad podróżującymi dziećmi.

Na koniec należy mieć na uwadze, iż nie są to wszystkie ubezpieczenia choćby pośrednio związane z wyjazdem na urlop. W przypadku podróży samochodem poza granice kraju pozostają jeszcze ubezpieczenia komunikacyjne. Warto pamiętać, że po wejściu Polski do struktur unijnych ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje swoim zakresem również szkody, które kierowca wyrządził na obszarze innych państw Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego – tym samym osoby udające się na te terytoria nie są zobowiązane do dodatkowego zakupu zielonej karty. Wyjeżdżając

na urlop, warto także pamiętać o majątku, który w tym okresie został pozostawiony bez opieki. Być może jest to właśnie dobry moment na jego ubezpieczenie, w szczególności w związku z plagą włamań do mieszkań i domów w okresie letnich wyjazdów.

Zawarcie dobrej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ukazane w Raporcie zagrożenia zapewni spokojny, bezstresowy urlop umożliwiający w pełni oddanie się relaksowi, czego wszystkim Czytelnikom serdecznie życzymy.

Raport opracowali:

Aleksander Daszewski

Eliza Gużewska

Artur Jasiński

Mateusz Kościelniak

Anna Stalmach-Młynarska

Bożena Wolińska