

Bezpłatny numer promocyjny 2010

Magazyn ubezpieczeniowy

Kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie zabronione.

Posługiwanie się zamieszczonymi pismami urzędowymi wymaga zgody wydawcy

Autorami artykułów i komentarzy są

Małgorzata i Maciej Capik

Wydawca:

P.W. Atena C&M.M. s.c. M.M. Capik

www.capik.pl mcapik@chello.pl

ul. .A.G. Siedleckiego 36/26 85-868 Bydgoszcz skr. poczt.31

NIP 953-01-53-934

tel/fax : +48(052) 361 06 92 kom: +48 603 265 001

Prenumerata roczna magazynu w 2010 roku wynosi 240 zł

Nr konta wydawnictwa : 51 2340 0009 6630 2420 0000 0014

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

Spis treści :

1. Grupowe ubezpieczenia na życie wg Urzędu Zamówień Publicznych.
(oficjalne pełne stanowisko UZP na nasze wystąpienie)
- 2.Zamówienia publiczne w ubezpieczeniach na życie.
- 3.Wątpliwe procedury zawierania ubezpieczeń na życie.
- 4.ZUS od składki ubezpieczeniowej.
- 5.Zmiany w obowiązkowych ubezpieczeniach grup zawodowych w 2010 r.
- 6.Szpital jako przechowawca.
- 7.Przypozwanie czy dopozwanie.
- 8.Pisemnie czy inaczej ?
- 9.Odpowiedzialność za implanty.
- 10.Dwa ubezpieczenia doradcy podatkowego.

Grupowe ubezpieczenia na życie wg Urzędu Zamówień Publicznych

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Od kiedy w kodeksie cywilnym pojawił się nowy przepis art.808 rozpoczęła się dyskusja na temat grupowych ubezpieczeń na życie. Podłożem tej dyskusji i podstawowego problemu, jaki jest jej kanwą, jest zbieg przepisów dotyczących umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek i przepisów prawa zamówień publicznych. Prawo zamówień publicznych przewiduje 3 kategorię podmiotów , które, zawierając umowę dotyczącą zamówienia o wartości przekraczającej próg 14 tys. Euro, zobligowane są wybrać wykonawcę tego zamówienia w trybie przewidzianym przez przepisy ustawy prawo zamówień publicznych. Te trzy kategorię podmiotów zobligowane do stosowania ustawy to:

- podmioty określone w ustawę o finansach publicznych;
- podmioty prowadzące działalność sektorową;
- wszelkie inne podmioty niż wymienione w dwóch poprzednich grupach, które przy realizacji zamówienia będą co najmniej w 50 % korzystały ze środków publicznych.

Jak zatem widać pochodzenie środków na realizację zamówienia ma znaczenie tylko w przypadku podmiotów z grupy 3. Natomiast w dwóch pierwszych grupach o konieczności stosowania procedur nie decyduje pochodzenie środków, ale w przypadku podmiotów sektora finansów publicznych - pełniona szczególna funkcja społeczno –publiczna , a w przypadku podmiotów z grupy drugiej - rodzaj wykonywanej działalności, związanej także z funkcjami społeczno-publicznymi.

Prześledźmy chociażby dwa przykłady. Podmiotami zaliczonymi do prowadzących działalność sektorową (art.132 ustawy pzp.)są np. te zajmujące się transportem komunalnym. Dotacje budżetowe w takim przedsiębiorstwie nie są wykluczone, ale duża część środków pozyskiwana przez to przedsiębiorstwo pochodzi ze sprzedaży usług czyli ze sprzedaży biletów osobom korzystającym z transportu komunalnego. Niezależnie jednak od tego z jakiego źródła pochodzą środki, tego typu przedsiębiorstwo po prostu musi stosować procedury zamówień publicznych , bo prowadzi działalność sektorową. Tak samo jest w przypadku podmiotów z sektora finansów publicznych (ustawa o finansach publicznych z 30 stycznia 2005) , których wykaz jest następujący

Art. 4. 1. Sektor finansów publicznych tworzą:

- 1)organy władzy publicznej, w tym organy administracji rządowej, organy kontroli państwowej i ochrony prawa, sądy i trybunały;
- 2)gminy, powiaty i samorząd województwa, zwane dalej "jednostkami samorządu terytorialnego", oraz ich związki;
- 3)jednostki budżetowe, zakłady budżetowe i gospodarstwa pomocnicze jednostek budżetowych;
- 4)państwowe i samorządowe fundusze celowe;
- 5) uczelnie publiczne;
- 6)jednostki badawczo-rozwojowe;
- 7)samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

8) państwowe i samorządowe instytucje kultury;

9) Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i zarządzane przez nie fundusze;

10) Narodowy Fundusz Zdrowia;

11) Polska Akademia Nauk i tworzone przez nią jednostki organizacyjne;

12) inne państwowe lub samorządowe osoby prawne utworzone na podstawie odrębnych ustaw w celu wykonywania zadań publicznych, z wyłączeniem przedsiębiorstw, banków i spółek prawa handlowego.

W takim chociażby samodzielnym zakładzie opieki zdrowotnej wcale nie ma tylko jako źródła finansowania działalności jedynie środkami pochodzącymi z dotacji NFZ . Zakłady opieki zdrowotnej pozyskują środki finansowe z różnych źródeł, ale niezależnie od tego skąd pozyskują pieniądze na realizację danego zamówienia , podlegają pod procedury zamówień publicznych , bo są zobligowane do ich stosowania ze względu podmiotowego, a nie przedmiotowego. Jeśli np. szpital chce nabyć ochronę w zakresie ubezpieczeń OC czy ubezpieczeń od ognia swojego majątku , nikt nie podnosi wątpliwości co do konieczności stosowania w tym przypadku procedur zamówienia publicznego i wtedy argumentem nie jest to, że szpital płaci składkę z publicznych pieniędzy , tylko to, że jest to szpital, który właśnie podmiotowo podlega pod stosowanie przepisów ustawy prawo zamówień publicznych. Gdy jednak ten sam szpital miał być postawiony w roli strony umowy ubezpieczenia na życie , zaczęto podnosić, że w tym przypadku istnieje wątpliwość co do stosowania przepisów ustawy prawo zamówień publicznych, bo rzeczywistym płatnikiem składki są tak naprawdę pracownicy. Ani przepisy ustawy o zamówieniach publicznych ani tym bardziej normy kodeksu cywilnego nie odnoszą się wprost do tej kwestii. Tak na prawdę przepisy prawa zamówień publicznych są jednolite dla wszystkich podmiotów objętych jej działaniem, niezależnie od tego , czy zamówienie ma dotyczyć robót, dostaw czy usług. Ponieważ problem zawarcia we właściwym trybie grupowego ubezpieczenia na życie dotyka wielu pracodawców i pracowników, a nieprawidłowość stosowania procedur może oznaczać nawet nieważność zawartej z ich pominięciem umowy, nie można też nie zauważyć wagi społecznej podnoszonych wątpliwości . Kierując się właśnie tymi względami zwróciliśmy się do Urzędu Zamówień Publicznych, jako wydawcy „Magazynu Ubezpieczeniowego „ z prośbą o interpretację przedstawianego problemu.

Oto pełna treść wystąpienia i odpowiedzi, jaką otrzymaliśmy od Urzędu Zamówień Publicznych.

P.W. ATENA C&MM s. c. Małgorzata i Maciej Capik

Bydgoszcz 2008-10-08

Sz.P.

Zbigniew Kłoda

Dyrektor Departamentu Prawnego

Urzędu Zamówień Publicznych

Al. Jana Christiana Szucha 2/4

00-582 Warszawa

Szanowny Panie!

Jako wydawcy Magazynu Ubezpieczeniowego(w złączeniu kopia zezwolenia) współpracujący z zakładami ubezpieczeń i brokerami ubezpieczeniowymi, zwracamy się z prośbą o interpretację problemu nurtującego całe środowisko ubezpieczeniowe a dotyczącego bezpośrednio milionów pracowników korzystających z grupowych ubezpieczeń na życie. Źródłem problemu są znowelizowane przepisy kodeksu cywilnego które zmieniły procedury zawierania umów ubezpieczenia. Wiele podmiotów korzystających z ochrony ubezpieczeniowej, to podmioty które zobligowane są do korzystania z procedur zamówienia publicznego także jeśli chodzi o zamówienie usług z sektora finansowo ubezpieczeniowego. Podmioty te drogą procedur zamówienia publicznego nawiązują stosunku umowne z zakładami ubezpieczeń. Jeśli chodzi o ochronę różnego rodzaju ryzyk, które dotyczą ich bezpośrednio. przedmiotem wątpliwości, które skłoniły nas jako wydawców Magazynu ubezpieczeniowego jest sytuacja, gdy ten sam podmiot jako pracodawca chce zawrzeć umowę grupowego ubezpieczenia na życie na rzecz swoich pracowników. Rozstrzygnięcie powstałych wątpliwości ma znaczenie niezwykle istotne z punktu widzenia społecznego nie tylko ze względu na ilość ubezpieczonych pracowników ale także ,ze względu na fakt konsekwencji jakie ponieść może ten podmiot, który mimo obowiązku nie zastosuje procedur zamówienia publicznego(nieważność umowy art. 146 ust.1 pkt 1 w związku z art.12 Dz.U.07.223.1655.

Od 11.08.2007 r obowiązują nowe przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia. Jedną ze znowelizowanych norm jest przepis art.808 który obecnie ma następującą treść :

Art. 808. (283) § 1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia.

§ 2. **Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.** Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.

Jest to jedyny przepis , który określa procedurę zawarcia umowy ubezpieczenia nie na swoją rzecz tylko na rzecz innej osoby. Przepis ten stanowi, że w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek roszczenie o

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

zapłatę składki kierowane jest tylko **przeciwko ubezpieczającemu** czyli tylko przeciwko stronie , która **zawiera umowę ubezpieczenia** a nie tej , która z niej korzysta jako ta osoba na rachunek, której tą umowa została zawarta ,a **nazywana ubezpieczonym** . Jeśli zakład ubezpieczeń roszczenie o zapłatę składki może kierować tylko i wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu to zapłata składki jest zobowiązaniem ubezpieczającego . Pracodawca zawierając umowę grupowego ubezpieczenia na życie na rachunek swoich pracowników jest ubezpieczającym a Ci pracownicy są ubezpieczonymi . Zatem to na pracodawcy ciąży zobowiązanie do zapłaty składki

Składka ubezpieczeniowa płacona jest w rzeczywistości na konto wskazane przez zakład ubezpieczeń przez pracodawcę, ale składka na pojedynczego pracownika obciąża jego wynagrodzenie, po wcześniejszej akceptacji przez pracownika dokonywania takiego obciążenia. Przepływ środków finansowych na składkę odbywa się więc pomiędzy pracodawcą a zakładem ubezpieczeń. W tej sytuacji powstaje wątpliwość czy w związku z treścią artykułu 808 k.c. traktować środki przekazywane przez pracodawcę z racji zawartej przez niego umowy ubezpieczenia, tak jak wszelkie inne środki którymi dysponuje i gdzie do ich wydatkowania konieczne jest zastosowanie procedury zamówienia publicznego. Dodatkowo zaznaczamy, że w przypadku gdyby pracodawca nie zrealizował zobowiązania z racji składki to ogólne warunki ubezpieczeń , którymi posługują się zakłady ubezpieczeń przy ubezpieczeniach na życie i które stanowią podstawę umowy przewidują konsekwencje w postaci pozbawienia lub ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej dla ubezpieczonych czyli pracownicy byliby pozbawieni świadczeń przewidzianych umową ,a to z kolei daje im podstawę do wnoszenia roszczeń przeciwko pracodawcy jako ubezpieczającemu. Szczególnie kwestia wyjaśnienia tej wątpliwości ważna jest dla podmiotów , które niezależnie od źródła pochodzenia środków finansowych muszą stosować procedury zamówienia publicznego jeśli wartość zamówienia przekroczy 14 000 euro czyli np. dla jednostek samorządu terytorialnego, zakładów opieki zdrowotnej , czy jednostce działalności sektorowej . Mając na względzie interes licznego środowiska zainteresowanego wyjaśnieniem powyższego problemu liczymy na jego wnikliwą analizę a jednocześnie szybką odpowiedź. W przypadku wątpliwości dotyczących kwestii ubezpieczeniowych jesteśmy do dyspozycji pod wskazanymi możliwościami kontaktu(tel.@ ,poczta).

Z poważaniem

Małgorzata i Maciej Capik



URZĄD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH
Departament Prawny

Warszawa, dnia 24.02. 2009 r.

UZP/DP/O-RJE/245379/3329/09

Szanowni Państwo

Małgorzata i Maciej Capik

prowadzący działalność gospodarczą w
formie spółki cywilnej pod firmą

„P.W. ATENA C&MM”

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 października 2008 r. w sprawie interpretacji ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.), uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Zgodnie z art. 2 pkt 13 ustawy Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej „Pzp”, przez zamówienie publiczne należy rozumieć odpłatną umowę zawieraną między zamawiającym a wykonawcą, której przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane. W świetle zacytowanego przepisu, udzieleniem zamówienia publicznego jest zawarcie umowy, która spełnia łącznie następujące przesłanki:

- jej stronami są zamawiający i wykonawca,
- przedmiotem tej umowy są usługi, dostawy lub roboty budowlane,
- umowa powinna mieć odpłatny charakter.

W doktrynie prawa cywilnego przyjmuje się, że umową odpłatną jest wzajemne, dowolne świadczenie mieszczące się w ramach odpłatnych czynności prawnych, tj. czynności, w których każda ze stron uzyskuje jakąś korzyść majątkową. Zatem odwołując się

do definicji zamówienia publicznego można stwierdzić, iż jest ono umową zawieraną między zamawiającym a wykonawcą, w wykonaniu której korzyść majątkową otrzymuje zarówno zamawiający - w postaci wykonanej usługi, dostawy lub roboty budowlanej, jak i wykonawca - najczęściej w postaci zapłaty lub w innej, niekoniecznie pieniężnej, postaci (usługi, rzeczy, wierzytelności, inne prawa) podlegającej ocenie pieniężnej.

Należy podkreślić, iż ustawa Pzp nie rozróżnia, kto uiszcza wynagrodzenie wykonawcy oraz na czyją rzecz jest on zobowiązany spełnić przedmiot umowy. W doktrynie Prawa zamówień publicznych wskazuje się, iż przepisami tej ustawy objęte są również sytuacje, gdy płatność za usługę realizowana jest nie przez zamawiającego, ale przez osobę trzecią¹.

Stąd, należy przyjąć, iż *lege non distinguente* płatność może być dokonana przez podmiot trzeci i na jego rzecz może być wykonane świadczenie stanowiące przedmiot umowy w sprawie zamówienia publicznego.

Z sytuacją opisaną powyżej mamy do czynienia w przypadku grupowych umów ubezpieczeń na życie zawieranych z zakładem ubezpieczeniowym przez pracodawcę, zobowiązanym do stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych na rzecz jego pracowników. W zaistniałych okolicznościach z punktu widzenia przedmiotowej ustawy, pracodawca jest zamawiającym, a zakład ubezpieczeń wykonawcą. Umowa dotyczy usługi. Wskazuje na to nomenklatura zawarta we Wspólnym Słowniku Zamówień CPV. Zalicza on zamówienia obejmujące pracownicze ubezpieczenie grupowe do usług opisanych kodami 66511000-3 (usługi ubezpieczeń na życie), 66512100-3 (usługi ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków), 66512210-7 (usługi dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego), 66512220-0 (usługi ubezpieczenia medycznego). Usługa ta jest świadczona przez zakład ubezpieczeń na rzecz pracowników zamawiającego. Podnieść należy jednak, iż korzyść z tytułu zawarcia przedmiotowej usługi uzyskuje również zamawiający pracodawca. Polega ona na tym, iż świadczenie wykonawcy czyni zadość interesowi prawnemu zamawiającego w postaci objęcia ubezpieczeniem grupowym jego pracowników. Nie może także budzić wątpliwości, iż przedmiotowa umowa ma charakter odpłatny. Składki na ubezpieczenie pracowników w całości będą uiszczać pracodawca na konto wskazane przez zakład ubezpieczeń. Składka na pojedynczego pracownika obciążać będzie jego wynagrodzenie po wcześniejszej akceptacji przez niego dokonania takiego obciążenia. Pracodawca z wynagrodzenia pracowników i za ich zgodą będzie je potrącał i przekazywał zakładowi ubezpieczeń. Należy ponadto podnieść, iż roszczenie o zapłatę składki może być

¹ J. Baehr, A. Stawicki w: *Prawo zamówień publicznych. Komentarz.* pod red. T. Czajkowskiego, Wydanie drugie, Urząd Zamówień Publicznych 2006, s. 28.

kierowane przez zakład ubezpieczeń wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu zakładowi pracy, a nie ubezpieczonym pracownikom.

W konsekwencji powyższych rozważań należy przyjąć, iż udzieleniem zamówienia publicznego jest zawarcie z zakładem ubezpieczeń przez pracodawcę, zobowiązanym do stosowania ustawy Pzp, na rzecz pracowników grupowych umów ubezpieczenia na życie.

Jednocześnie Departament Prawny Urzędu Zamówień Publicznych wyjaśnia, iż powyższa opinia stanowi ogólną interpretację przepisów prawa. Departament Prawny nie znając wszystkich okoliczności sprawy, ani nie mając podstaw prawnych do ich pełnego wyjaśnienia, nie może doradzać w kwestii indywidualnego stosowania przepisów prawa.

Z. Kłoda

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Z. Kłoda
Zbigniew Kłoda

Urząd Zamówień Publicznych wypowiedział się więc jednoznacznie za stosowaniem procedur zamówienia publicznego, w przypadku zamówienia dotyczącego grupowego ubezpieczenia na życie. **Warto też zwrócić uwagę, że UZP wskazał, iż ta sama procedura dotyczy innych umów grupowych jak ubezpieczenia NNW, zdrowotne i medyczne.** Zatem można stwierdzić, że niezależnie od tego o jaką chodzi grupę ryzyka, sam fakt zawierania umowy przez podmiot podlegający pod procedury zamówienia publicznych wymusza już konieczność stosowania tych procedur. Oczywiście odpowiedź UZP nie rozstrzyga wszystkich kwestii związanych z procedurą zawarcia grupowego ubezpieczenia. Na przykład przepisy ustawy prawo zamówień publicznych przewidują, że umowa zawarta w ich trybie może być tylko umową zawieraną na czas określony. W przypadku ubezpieczeń na życie mogą pojawiać się tutaj pewne problemy, szczególnie jeśli chodzi o ubezpieczenia zawierane w związku z pracowniczym programem emerytalnym. Lecz dla porządku należy też zaznaczyć, że obecnie większość grupowych ubezpieczeń na życie zawieranych jest z okresem rocznym, z opcją automatycznego przedłużenia w przypadku braku wypowiedzenia. Zostało takie rozwiązanie wprowadzone przez same zakłady ubezpieczeń, dla ich własnej wygody finansowej, ponieważ przy rocznych umowach zakłady ubezpieczeń nie muszą tworzyć tak wysokich rezerw, jak przy umowach zawieranych na czas nieoznaczony. Zatem takie rozwiązanie zostało wprowadzone na rynek nie tylko dla wygody, ale dla korzyści zakładów ubezpieczeń ponieważ niskie rezerwy to zdecydowanie lepszy wynik finansowy. Jeśli więc umowy w rzeczywistości zawierane są na rok to nie istnieje problem okresu ubezpieczenia, ale problem automatyzmu jego przedłużania. Biorąc pod uwagę zapisy prawa zamówień publicznych utrzymanie tego mechanizmu jest wątpliwe. Korzystając z przepisów prawa zamówień publicznych najprawdopodobniej koniecznym będzie jego zastąpienie zawieraniem umów na okresy dłuższe niż roczne. Będą więc musiały zakłady ubezpieczeń trochę zmienić swoje praktyki stosowane w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych. Nie tylko w tym zakresie będą ubezpieczyciele musieli przygotować się na zmiany. Procedury zamówień publicznych wymuszają nie tylko na zamawiających, ale i na wykonawcach stosowanie się do pewnych rygorów. Odstępstwo od tych rygorów jest niedopuszczalne, dlatego zakłady ubezpieczeń na życie będą musiały nauczyć się obracać w sferze procedur zamówienia publicznego. Będą musiały przygotowywać oferty zgodnie z siwz, a to oznacza, że będą musiały przyzwycząć się do myśli, że to teraz zamawiający dyktuje warunki na jakich chce zawrzeć umowę, a zakład ubezpieczeń, który nie spełni jego oczekiwań, jest po prostu z postępowania o udzielenie zamówienia wyłączany. Można powiedzieć, że to jest najważniejsza korzyść z odpowiedzi uzyskanej z UZP. Rynek grupowych ubezpieczeń w tym zwłaszcza ubezpieczeń na życie i NNW ma szansę stać się wreszcie rynkiem konsumenta. Rynkiem pojedynczego ubezpieczonego, który, korzystając z procedur zamówienia publicznego, ma szansę uzyskać ochronę ubezpieczeniową na takich warunkach jakie rzeczywiście są akceptowalne przez niego. W ubezpieczeniach indywidualnych ubezpieczeni mają już zdecydowanie wyższy poziom świadomości niż przy ubezpieczeniach grupowych. Jednym z powodów budowania tej wyższej świadomości jest fakt, że zakłady w walce konkurencyjnej muszą także uwzględniać interes ubezpieczonego. W grupowych ubezpieczeniach interes pojedynczego ubezpieczonego nie był elementem walki konkurencyjnej. Niestety bardziej starano się przekonać ubezpieczającego czyli np. pracodawcę, o tym, aby skorzystał z oferty danego ubezpieczyciela, niż odwoływano się do potrzeb jego pracowników. Teraz, sam pracodawca jako przyszły ubezpieczający a

jednocześnie zamawiający, tworząc siwz, będzie musiał określić priorytety swoich pracowników jako przyszłych ubezpieczonych. Będzie musiał to zrobić ponieważ , jeśli w drodze procedur zamówienia wybierze wykonawcę , którego nie zaakceptują pracownicy , pozostanie z zawartą i umową i obciążającym go zobowiązaniem składkowym.

Zamówienia publiczne w ubezpieczeniach na życie.

Autorzy; Małgorzata i Maciej Capik

Stosowanie procedur zamówienia publicznego grupowych ubezpieczeniach na życie budzi opór wielu środowisk, szczególnie tych związanych z PZU Życie SA . Pozycja PZU Życie SA staje się bowiem obecnie o wiele trudniejsza w stosunku do tej w jakiej funkcjonowała ten zakład ubezpieczeń przez wiele lat. Stosowanie procedur zamówienia publicznego oznacza bowiem walkę na oferty i konieczność akceptowania stanowiska zamawiającego. Nie ma więc mowy o komforcie w jakim przez długi okres czasu funkcjonowała procedura zawierania umowy ubezpieczenia , gdzie pracodawca z przedstawicielem zakładu ubezpieczeń ustalali warunki umowy bez obawy kontroli zewnętrznej. Stosowanie procedur zamówienia publicznego to nie tylko konieczność zachowania niezbędnego formalizmu ale także pełna jawność i możliwość kontroli ze strony Urzędu Zamówień Publicznych. Dlatego opór przed stosowaniem procedur zamówienia publicznego jest zrozumiały. Choć z góry wiadomo, jaki będzie wynik tej walki, bo procedury zamówienia publicznego w ubezpieczeniach na życie stosowane są w całej Unii Europejskiej i Polska nie może i nie będzie wyspą na której będzie działa się w tej mierze inaczej, to trzeba też z góry zaakceptować to, że uczestnicy procedury zamówienia publicznego starają się wykorzystywać możliwości jakie ta procedura niesie. Powinny być one z założenia wykorzystywane po to by procedury przebiegały w sposób jak najbardziej prawidłowy ale to przecież to nie branża ubezpieczeniowa wymyśliła metody sabotowania tych procedur. Oczywiście ustawodawca dostrzegając to zjawisko przy kolejnych nowelizacjach prawo zamówień publicznych stara się ograniczyć to zjawisko . nie da się go jednak wyeliminować, bowiem pewne instytucje muszą być zachowane w procedurach , nawet przy świadomości możliwości ich wykorzystania w celach wątpliwych etycznie. Patrząc na przepisy prawa zamówień publicznych dostrzegamy dwie takie instytucje :jest to prawo do składania zapytań przez wykonawcę i prawo do składania protestów> Jeśli chodzi o prawo składania protestów to ustawodawca ograniczył je do niezbędnego minimum , ponieważ było ono bezwzględnie wykorzystywane do blokowania rozstrzygnięcia procedur i wydłużania ich w czasie , pomimo wielu bardzo nagannych przykładów. Z instytucji protestu jako takiego jednak nie można zrezygnować, ograniczeniu jednak uległo prawo do stosowania innych środków ochrony prawnej, takich jak np. odwołanie. Zakłady ubezpieczeń nażycie przystępując do procedury zamówienia publicznego jako wykonawcy uzyskują prawo do stosowania wszelkich możliwych instytucji i jak pokazuje tok już rozstrzygniętych procedur oraz tych będących na różnym etapie korzystają z tego prawa . Przyjrzyjmy się dwóm kwestiom , które stały się w ostatnim okresie czasu przedmiotem dyskusji

między ubezpieczycielami a zamawiającymi czy to w formie zapytania czy to w formie złożonego protestu.

Zgodnie z procedurami zamówienia publicznego umowa zawarta po rozstrzygnięciu procedury może być z okresem obowiązywania najdłużej czteroletnim. Ponieważ przygotowanie procedury jest dla zamawiającego związane z dodatkowym nakładem pracy jak i wydatkami, niejednokrotnie zamawiający wskazują, że przy grupowym ubezpieczeniu na życie nie są zainteresowani rocznym okresem ubezpieczenia tylko wieloletnim. Nie jest to korzystne dla zakładów ubezpieczeń, bowiem to za ich sprawą w ubezpieczeniach na życie czyli w ubezpieczeniach, w których ze względu na charakterystykę ryzyka, długoterminowość jest cechą naturalną, roczne umowy ubezpieczenia przynoszą korzyści w postaci prawa do tworzenia mniejszych rezerw ubezpieczeniowych. Niższe rezerwy to dla zakładu ubezpieczeń szansa na korzystniejsze wyniki finansowe i dlatego wszędzie tam gdzie pojawiają się procedury z okresem ubezpieczenia dłuższym niż rok czasu postrzegane są one jako niekorzystne dla przyszłego wykonawcy. Oprócz tego w takich procedurach zazwyczaj zamawiający oczekuje iż wykonawcą spełni podwyższone standardy bezpieczeństwa. Z punktu widzenia zamawiającego, jest to zupełnie oczywiste, bo jeśli uwzględnić kilka lat trwania umowy i dołożyć do tego termin przedawnienia roszczeń to zamawiający wybierając danego wykonawcę wiąże się z nim praktycznie na bardzo długi okres czasu. Nie jest więc dla niego bez znaczenia czy ten wykonawca ma stabilną sytuację finansową i to nie tylko wtedy kiedy rozstrzygnięta jest procedura i zawierana jest umowa ubezpieczenia ale w perspektywie kilku czy kilku nast. lat, kiedy trzeba będzie wypłacać świadczenia. Dlatego zamawiający ma prawo oceniać jaka jest perspektywa tej sytuacji wykonawcy, a więc czy jego pozycja finansowa jest na tyle mocna, że nawet przy zaistnieniu zjawisk niekorzystnych również w płaszczyźnie makroekonomicznej jest on w stanie zachować minimalny poziom bezpieczeństwa. Dlatego coraz częściej zamawiający oczekują od wykonawców czyli zakładów ubezpieczeń ubiegających się o udział w procedurze wykazania się wynikami finansowymi gwarantującymi to długofalowe bezpieczeństwo. W praktyce przejawia się to w postawieniu warunku posiadania wskaźników finansowych na poziomie wyższym niż minimalne. Postawienie takiego warunku najczęściej od razu budzi sprzeciw ze strony zakładów ubezpieczeń, które argumentują iż w ustawie o działalności ubezpieczeniowej zostały określone wskaźniki finansowe, które muszą one spełniać i w przypadku ich spełniania są dopuszczone do działania na rynku ubezpieczeń. Zdaniem zakładów ubezpieczeń, jeśli nadzór finansowy nie wymaga od nich niczego więcej to dlaczego miałyby od nich prawo wymagać więcej zamawiający. Można by na to odpowiedzieć prosto- przedstawiciele Nadzoru Finansowego nie powierzają ubezpieczenia ryzyka życia. I to nie oni są odpowiedzialni przed swoimi pracownikami za wybór tego czy innego wykonawcy. W

związku z tym wymogi prowadzenia działalności ubezpieczeniowej a wymogi związane z wykonaniem konkretnego zamówienia to tak naprawdę dwie różne sprawy . Aby jednak nie odchodzić od argumentu używanego przez ubezpieczycieli trzeba dokonać analizy tego jakie rzeczywiście są wymogi prowadzenia działalności przez zakład ubezpieczeń. Faktycznie ustawodawca określił pewien poziom wskaźników finansowych jaki musi być zachowany przez każdy zakład ubezpieczeń ale w przepisach ustawy wyznaczających te wskaźniki używa się określenia na poziomie nie niższym niż. Zatem wskazany przez ustawodawcę poziom wskaźników finansowych jest najniższym z dopuszczalnych. Jeśli zakład ubezpieczeń tych najniższych wymogów nie spełnia organ nadzoru stosuje do niego działania naprawczego , które między innymi mogą polegać również na nakazaniu zakładowi ubezpieczeń aby przez określony czas posiadał środki finansowe na poziomie wyższym niż minimalne. Zatem to sam ustawodawca już stwierdził , że warunkiem zachowania stabilności przez zakład ubezpieczeń , jest nie tylko oczekiwanie , iż spełni on kryteria minimalne. Istnieją bowiem takie sytuacje , kiedy gwarancją tej stabilności jest właśnie wymóg posiadania wskaźników na poziomie wyższym.. Prawo zamówień publicznych nakazuje zamawiającemu przeprowadzić procedurę w taki sposób aby wybrać tego wykonawcę , który , nie tylko, że przedstawia najkorzystniejszą ofertę ale daje najlepszą gwarancje, że zamówienie zostanie właściwie wykonane od zakładów ubezpieczeń w większości ubezpieczeń nie żąda się wadium. Nie żąda się też gwarancji dobrego wykonania zobowiązania co jest standardem przy umowach na usługi innego typu. Jak więc zamawiający ma się przekonać, że wybiera rzeczywiście zakład ubezpieczeń , który ma mocne podstawy finansowe i daje pewność realizacji zamówienia w długiej perspektywie czasowej. Tylko poprzez postawienie mu zwiększonych wymagań w zakresie bezpieczeństwa finansowego. Dlatego kwestionowanie przez ubezpieczycieli iż takie wymagania pojawiają się jako warunek przystąpienia do procedury nie ma nie tylko podstaw w treści ustawy o działalności ubezpieczeniowej ale jest w sprzeczności z celami określonymi przez prawo zamówień publicznych.

Przy grupowych ubezpieczeniach na życie, gdzie ubezpieczonymi są pracownicy , dane dotyczące osoby pracownika stanowią podstawę do oceny ryzyka .Nawet wtedy, gdy współubezpieczonymi mają być małżonkowie pracownika, to i tak składka wyliczona jest na podstawie danych przystępujących do ubezpieczenia, a przystępującymi do ubezpieczenia są pracownicy. Przyjrzyjmy się chociażby owu jakimi obecnie posługuje się PZU Życie SA . Są to warunki typu P+ gdzie w § 20 mamy wymienione czynniki wpływające na wysokość składki są one następujące:

-wysokość sumy ubezpieczenia

-zakres ubezpieczeń dodatkowych

-wysokość świadczeń

-częstość przekazywania składek

Oraz liczba , struktura wiekowa i zawodowa osób przystępujących do ubezpieczenia . Z treści całości tych warunków wynika jednoznacznie, iż osobą przystępującą do ubezpieczenia jest pracownik składający tzw. deklarację przystąpienia.

Kiedy sięgniemy, chociażby do owu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka widzimy, że przy składce ubezpieczeniowej nie jest wymieniony jako czynnik mający wpływ na wysokość składki ani wiek, ani płeć ani zawód współmałżonka. Nadal o tym jak wysoka jest składka za to ryzyko dodatkowe decydują czynniki osobowe po stronie pracownika przystępującego do ubezpieczenia. Taka sam formuła występuje przy wszystkich ryzykach dodatkowych, które mogą być dołączone do polisy zawartej w oparciu o warunki typu P. przywołanie PZU Życie SA ma na celu podanie przykładu, ale w rzeczywistości taką samą metodę postępowania stosują także inni ubezpieczyciele . O czym świadczy ta metoda ? Pokazuje on , pewien sposób oceny poziomu ryzyka . Pokazuje, że w grupowym ubezpieczeniu pracowniczym dane pracownika są podstawą nie tylko do sklasyfikowania ryzyka ale także do oszacowania składki ubezpieczeniowej. Dlatego w tych ubezpieczeniach wszyscy przyzwyczaili się , że kwestionariusze dotyczące struktury pracowników są elementem koniecznym do zawarcia umowy , a jednocześnie przyzwyczajenie , że są to jedyne kwestionariusze dotyczące danych osobowych , jakie są wymagane przez zakłady ubezpieczeń jako konieczne. Okazuje się jednak, że procedury zamówienia publicznego te oczywistości zmieniają . W kilku procedurach zamówienia publicznego dotyczących grupowego ubezpieczenia na życie zamawiającemu postawiony został zarzut iż oczekuje on oferty , która ma dotyczyć jego pracowników i współmałżonków a podaje dane osobowe tylko pracowników. Jako uzasadnienie tego zarzutu powoływały się zakłady ubezpieczeń na to, iż brak danych dotyczących współmałżonka czy też innych członków rodziny takich jak dzieci, teściowie, rodzice pracownika uniemożliwi im ocenę ryzyka a tym samym złożenie oferty z podaniem ceny jako składki. Jest to bardzo ciekawe uzasadnienie , bowiem ubezpieczyciele powołują się w nim na brak danych , których nigdy nie żądali od pracodawców przy zawieraniu umowy ubezpieczenia i których potrzebę żądani a nie przewidują nawet warunki ubezpieczenia napisane przez same te zakłady ubezpieczeń. Coś zmieniło ? zmieniła się procedura zawarcia umowy ubezpieczenia ale nie zmieniło się przecież ryzyko. Nie ma więc żadnego uzasadnienia aby od podmiotu , który zawiera grupowe ubezpieczenie na życie poza procedurami zamówienia publicznego żądać tylko danych pracowników a od tego , który z tych procedur korzysta wymagać

zupełnie innego zakresu informacji. Jest to jaskrawy przykład nierównego traktowania podmiotów ubiegających się o uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej. Jest to również naruszenie zasad tzw. dobrych praktyk rynkowych, a przecież wszyscy ubezpieczyciele zobowiązali się do ich przestrzegania.

Procedury zamówienia publicznego nie znikną tylko dlatego, że będzie się przeciwko nim protestować. W całej Unii Europejskiej obowiązują w zakresie stosowania procedur jednolite rozwiązania wyznaczone dyrektywami UE. Wedle standardów przez nie wyznaczonych usługi finansowe w tym usługi ubezpieczeniowe podlegają pod stosowanie procedur. Rynek ubezpieczeniowy musi to po prostu zaakceptować. Z resztą na gruncie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie już się to stało i wszyscy zaakceptowali istnienie procedur i nauczyli się obracać w kręgu zasad wyznaczonych prawem zamówień publicznych. Oczywiście w grupowych ubezpieczeniach pracowniczych występuje wiele problemów związanych ze stosowaniem procedur. Rynek z czasem znajdzie jednak właściwy sposób ich rozwiązania a samo stosowanie procedur nie stoi na przeszkodzie rozwojowi tych ubezpieczeń, Wręcz przeciwnie jest szansa na unowocześnienie produktów ubezpieczeń na życie, kierowanych do grup pracowniczych

Przykładowe stosowanie procedur na ubezpieczenia na życie w UE :

Lp.	Kraj UE	Strona www zamówienia	Zamawiający	
1	Belgia 29.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/269531-2009.htm	Ministerstwo lub inny organ państwowy lub federalny	66511000 ubezpieczenia na życie 66512220- medyczne
2	Hiszpania 26.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/266613-2009.html	Agencja/Biuro regionalne Ogólne usługi publiczne	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życie
3	Zjednoczone Królestwo, Nottingham 22.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/261452-2009.html	Edukacja	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życie
4	Francja 22.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/262033-2009.html	Władze lokalne	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życie
5	Węgry 15.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/255388-2009.html	Telewizja	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życie
6	Rumunia 3.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/247134-2009.html	Ministerstwo lub inny organ państwowy lub federalny Ministerstwo Obrony	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życie
7	Włochy 3.09.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/244347-2009.html	Podmiot prawa publicznego	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życie
8	Bułgaria 21.08.2009	http://ted.europa.eu/ojs/tender/PL/232486-2009.html	Podmiot prawa publicznego "Balgarski sporten totalizator	66511000 - Usługi ubezpieczeń na życi

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

Wątpliwe procedury zawierania ubezpieczeń na życie.

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Od kiedy do ubezpieczeń na życie wkroczyły procedury zamówień publicznych pojawia się wokół nich coraz więcej problemów. Wynika to między innymi i z tego, że przez wiele lat zawieranie, zwłaszcza grupowych ubezpieczeń na życie, odbywało się w oparciu o utarte szlaki, które absorbowały tylko bezpośrednio zainteresowanych. Teraz to się zmieniło, również i za sprawą jawności jaka obowiązuje w procedurach zamówienia publicznego. To co przez długi czas było skrywane, pojawia się teraz jako dokumenty procedury zamówienia publicznego i każe zastanowić się nad tym, jak rzeczywiście ta procedura przebiega a przede wszystkim jak oceniać udział niektórych podmiotów w niej uczestniczących. Chodzi tu o udział i rolę pełnioną przez pracowników pracodawcy, którzy wykonują czynności związane z zawieraniem umów ubezpieczenia przez poszczególnych pracowników. Wątpliwość co tych osób biorą się stąd, że wykonują one czynności, które prowadzą do nawiązania stosunku zobowiązaniowego pomiędzy zakładem ubezpieczeń a pracownikiem. Są to czynności bezpośrednio prowadzące do tego celu, bowiem w ramach umowy ubezpieczenia zawieranej przez pracodawcę z zakładem ubezpieczeń nikt jako ubezpieczony nie jest wskazywany. Jest to umowa, która z natury rzeczy jest umową zawieraną na cudzy rachunek w rozumieniu art.808 k.c., ale ubezpieczony jest w tej umowie wskazywany jedynie generalnie jako pracownik pracodawcy. Sam fakt tego wskazania nie daje jednak nikomu prawa do ochrony ubezpieczeniowej. Pracownik, aby mógł z tej ochrony faktycznie korzystać, musi złożyć tzw. deklarację zgody czy deklarację przystąpienia, czyli musi złożyć oświadczenie, że chce być traktowany jako ubezpieczony w ramach zawartej przez pracodawcę umowy ubezpieczenia. Złożenie takiego oświadczenia powoduje, że pracownik nabywa status ubezpieczonego, a z jego wynagrodzenia zaczyna być potrącona składka ubezpieczeniowa. Złożenie deklaracji i zapłata składki są warunkiem uzyskania ochrony przez pracownika. Zrealizowaniem tych czynności czyli odebraniem oświadczenia od pracownika, po przedstawieniu mu zasad ochrony ubezpieczeniowej, sporządzaniem list ubezpieczonych, stanowiących postawę do płacenia składki ubezpieczeniowej, odbieraniem oświadczeń o rezygnacji z ubezpieczenia lub oświadczeń o zgodzie na zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej zajmują się wyznaczeni pracownicy pracodawcy. Ci pracownicy są to najczęściej osoby zatrudnione w działach kadr lub działach personalnych. Wszystkie te czynności wykonywane są przez te osoby za wynagrodzeniem, płaconym przez zakład ubezpieczeń, które jest niczym innym jak prowizją, bo jest procentem składki ubezpieczeniowej. Procedury zamówienia publicznego ujawniły treść

umów, z których wynika, że osoby wykonujące te czynności otrzymują wynagrodzenie właśnie oparte na takiej zasadzie. Lecz istota problemu nie opiera się na wynagrodzeniu, ale na zakresie czynności jakie te osoby wykonują, a w efekcie których dochodzi do nawiązania stosunku pomiędzy pracownikiem a zakładem ubezpieczeń. Porównanie zakresu tych czynności z definicją pośrednictwa ubezpieczeniowego daje podstawę do postawienia pytania czy czynności wykonywane przez te osoby nie powinny być potraktowane jako czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Przepisy ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym w **Art. 4.**

(Pośrednik ubezpieczeniowy wykonuje:

1) czynności w imieniu lub na rzecz zakładu ubezpieczeń, zwane dalej "czynnościami agencyjnymi", polegające na: pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie, jak również na organizowaniu i nadzorowaniu czynności agencyjnych (działalność agencyjna) Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (**Dz.U.03.124.1154** ze zmianami))

precyzują czym jest czynność pośrednictwa ubezpieczeniowego realizowana przez agenta.

Warto w tym miejscu przywołać definicję pośrednictwa ubezpieczeniowego z dyrektywy

DYREKTYWA 2002/92/WE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY

z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego

Artykuł 2

Do celów niniejszej dyrektywy:

3) „pośrednictwo ubezpieczeniowe” oznacza działalność polegającą na wprowadzaniu, proponowaniu lub przeprowadzaniu innych prac przygotowawczych do zawarcia umów

ubezpieczenia lub zawieraniu takich umów, lub udzielaniu pomocy w administrowaniu i wykonywaniu takich umów, w szczególności w przypadku roszczenia.

Analiza przedstawionych wyżej przepisów pokazuje, że wykonywanie jakichkolwiek czynności, które mają na celu nie tylko zawarcie, ale także administrowanie umową ubezpieczenia, jest traktowane jako pośrednictwo ubezpieczeniowe. Wykonywanie natomiast pośrednictwa ubezpieczeniowego jest zastrzeżone dla osób które spełniają kryteria ustawowe. Ci, którzy wykonują wskazywane czynności, w ramach umowy zawartej przez pracodawcę, uprawnień pośrednika ubezpieczeniowego nie posiadają. Nie mogą również skorzystać ze zwolnienia przewidzianego w art.3 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, bo zwolnienie to nie może dotyczyć obsługi ubezpieczeń na życie.

Art. 3. (2) 1. (3) (uchylony).

2. (4) Przepisów ustawy nie stosuje się do wykonywania pośrednictwa ubezpieczeniowego, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

1) umowa ubezpieczenia, której zawarcia lub wykonania dotyczą czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, wymaga wiedzy jedynie w zakresie oferowanej ochrony ubezpieczeniowej oraz nie jest umową ubezpieczenia na życie ani umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;

2) podstawową działalnością przedsiębiorcy nie jest działalność w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego;

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

3) umowa ubezpieczenia, której zawarcia lub wykonania dotyczą czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, jest zawierana jako uzupełnienie dostarczanych przez przedsiębiorcę towarów lub świadczonych usług i pokrywa następujące ryzyka:

a) zniszczenia, utraty lub uszkodzenia tych towarów lub

b) uszkodzenia lub utraty bagażu oraz inne ryzyka związane z usługami w zakresie podróży oferowanymi przez przedsiębiorcę, w tym objęte ubezpieczeniem na życie lub ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej;

4) wysokość rocznej składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia, a w przypadku umowy ubezpieczenia grupowego wysokość rocznej składki opłacanej przez ubezpieczającego, nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 500 euro, obliczonej w złotych według średniego kursu euro ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w tabeli kursów nr 1 każdego roku, a czas trwania umowy ubezpieczenia nie przekracza 5 lat.

Skoro osoby te nie posiadają uprawnień pośrednika ubezpieczeniowego to powstaje pytanie czy mogą te czynności wykonywać i czy wykonywanie ich nie jest łamaniem ustawowego zakazu przewidzianego przez ustawę o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Trzeba bowiem podkreślić, że działania tych osób mają istotny wpływ na prawo do ochrony ubezpieczeniowej uzyskiwane przez pracownika. Złe potrącenie składki, niezłożona na czas w zakładzie ubezpieczeń deklaracja ma, według warunków ubezpieczeń na życie, kluczowe znaczenie w zakresie prawa pracownika i członków jego rodziny do świadczeń przewidzianych umową. Nie można więc powiedzieć, że działania tych osób mają charakter czysto porządkowy. Zresztą administrowanie zawartymi umowami jest też traktowane jako pośrednictwo ubezpieczeniowe. Skoro tak istotną jest rola pełniona przez te osoby (a doceniają ją też zakłady ubezpieczeń, płacąc nawet prowizje w wysokości 50% składki ubezpieczeniowej), to czy nie jest zasadnym wymaganiem o tych osobach, chociażby podstawowej wiedzy o tym, czym jest ubezpieczenie i jakimi rządzi się zasadami. **Na końcu artykułu 3 przykłady z ogłoszeń procedur przetargów nieograniczonych, pokazujące zakres działania tych osób i sposób ich wynagradzania.**

System pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce przewiduje szczególne uprawnienie w zakresie pośrednictwa dla banków, gdzie pracownicy banków mogą zawierać umowy ubezpieczenia, również na podstawie umowy generalnej zawartej przez bank. Muszą jednak przejść skrócone 16 godz. szkolenie. Istota jednak nie tylko w tym krótkim szkoleniu, ale w przyjęciu ustawowej zasady, że za działania tak przeszkolonych pracowników banku ponosi odpowiedzialność bank, a także w kontroli tych osób, które, jako podlegające szkoleniu, podlegają także rejestracji przez organ nadzoru. Jeśli więc przy udzielaniu kredytu pracownik banku jednocześnie wprowadza kredytobiorcę do systemu ubezpieczenia generalnego w jakim funkcjonuje bank, to czyni to z większym rozeznaniem istoty ubezpieczenia, a poza tym bank jest adresat roszczeń, do którego może wystąpić klient, który nie będzie mógł z umowy ubezpieczenia skorzystać wskutek błędów popełnionych przez pracownika banku. W przypadku pracodawcy i jego pracowników, którzy dystrybuują ubezpieczenie, nie ma pewności wiedzy ani nie ma

podstawy do występowania z roszczeniami przeciwko pracodawcy, jeśli zostaną popełnione przy tej dystrybucji błędy. Jedyną osobą, która ponosi konsekwencje tych błędów jest po prostu pracownik, bo to on nie dostaje od zakładu ubezpieczeń takiej ochrony ubezpieczeniowej o jakiej był zapewniany.

Przykład 1

Załącznik nr 1 do specyfikacji

Nr sprawy: ZP/PN/14/2009

Zamawiający Sąd Rejonowy w Gorzowie Wlkp. ul. Chopina 52 bl.10 66-400 Gorzów Wlkp.PKD nr 7523 Z

Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie pracowników

Sądu Rejonowego w Gorzowie Wlkp. oraz członków ich rodzin.

13. Dodatkowo Zamawiający wymaga, aby Wykonawca zawarł z pracownikiem Zamawiającego umowę zlecenia w celu:

- a) informowania pracowników Zamawiającego o możliwości zawarcia ubezpieczenia,
- b) wypełnianie deklaracji zgody pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
- c) sporządzaniu comiesięcznych zestawień pracowników przystępujących i występujących z ubezpieczenia,
- d) naliczaniu comiesięcznych składek na ubezpieczenie,
- e) terminowego odprowadzania składek na rachunek Wykonawcy,
- f) przekazywania dokumentów i wszelkiej korespondencji związanej z ubezpieczeniem grupowym,
- g) wypełniania zgłoszeń roszczeń pracowników objętych ubezpieczeniem,
- h) udzielaniu pracownikom wszelkich informacji związanych z ubezpieczeniem grupowym.

14. Za czynności, o których mowa wyżej, Wykonawca Zapłaci pracownikowi Zamawiającego wynagrodzenie prowizyjne w wysokości nie mniejszej niż 7% potrąconych co miesiąc składek.

Przykład 2

Ubezpieczający: Politechnika Rzeszowska

Znak sprawy: NA/P/162/2009 Rzeszów, 2009-

Dział Aparatury, Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych Wincentego Pola 2 35-959 Rzeszów

Dystrybucja i wynagrodzenie za dystrybucję ubezpieczenia NNW wśród studentów Politechniki Rzeszowskiej:

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do dostarczenia wszelkich koniecznych dokumentów celem uruchomienia dystrybucji ubezpieczenia NNW na terenie uczelni najpóźniej w dniu podpisania umowy, jak również do przeszkolenia i **opłacenia osób dystrybuujących umowy ubezpieczenia z ramienia uczelni (Samorządu studenckiego i jej członków). Wyplata wynagrodzenia za działania Politechniki związane z zawarciem i realizacją niniejszej Umowy wynosić będzie wysokość minimum 45% zainkasowanej składki brutto, płatne na rachunek Politechniki Rzeszowskiej na podstawie odrębnej umowy.**
2. **Ubezpieczyciel będzie miał prawo do zamieszczenia swojego logo podczas sponsorowanych imprez studenckich.**

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

I. WARUNKI FAKULTYWNE -

obowiązujące w przypadku deklaracji Ubezpieczyciela w formularzu ofertowym.

Dodatkowe świadczenia:

1. Dofinansowanie imprez studenckich organizowanych przez Politechnikę Rzeszowską dla studentów Politechniki Rzeszowskiej w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia w wysokości podanej w formularzu cenowym tj. % zebranej składki do dnia 15.12.2009r. w ciągu roku akademickiego.

2. Prawo do skorzystania ze środków funduszu prewencyjnego zgodnie z procedurami obowiązującymi Ubezpieczyciela do kwoty 10% zainkasowanej składki przez Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.

Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr:	Nazwa kryterium:	Waga:
1	Cena (koszt)	40 %
2	Fundusz prewencyjny	10 %
3	Dofinansowanie	50 %

3. Przykład 3

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH 40-055 Katowice, ul. Poniatowskiego 15

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA dotyczy postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego poniżej kwot określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych, ogłoszonego w Biuletynie Zamówień Publicznych, na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej www.sum.edu.pl

WYKONANIE USŁUGI GRUPOWEGO, DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA STUDENTÓW STUDIUJĄCYCH W ŚLĄSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W KATOWICACH OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Katowice, dnia 21.10. 2009r.

Załącznik nr 4 do specyfikacji UMOWA – WZÓR
zawarta w dniu 2009 roku w Katowicach pomiędzy:
Śląskim Uniwersytem Medycznym w Katowicach
ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice §3

OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ UMOWY

1. Jednostką organizacyjną realizującą postanowienia niniejszej Umowy **po stronie Ubezpieczającego, w tym upoważnioną do pobierania składek od studentów oraz prowadzenia imiennych list przystępujących do ubezpieczenia studentów jest Samorząd Studentów SUM/ osoba wyznaczona spośród pracowników dziekanatu .**

2. Ubezpieczyciel wyznaczy agenta ubezpieczeniowego, upoważnionego do odbioru zebranych składek od przedstawicieli Samorządu Studenckiego/dziekanatu, o których mowa w ust. 1, współpracujących w dystrybucji ubezpieczenia.

3. **Za realizację czynności określonych w ust. 1 Wykonawca zobowiązuje się do przekazania Zamawiającemu środków finansowych w wysokości% (co najmniej 40%) składki należnej, zainkasowanej z tytułu umowy ubezpieczenia z przeznaczeniem na działalność organizacji studenckich (Samorządu Studenckiego).**

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

ZUS od składki ubezpieczeniowej.

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Pracodawcy na rzecz swoich pracowników wykupują różnorodne ubezpieczenia w formie grupowej. Są to nie tylko ubezpieczenia z działu I, ale także i II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Jeden z czytelników zwrócił się z pytaniem czy pracodawca kupując ubezpieczenie NNW działu II musi wartość składki wliczyć do przychodu pracownika i podstawy wymiaru składek na ZUS. Analizując powyższy problem, trzeba odnieść się do przepisów Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe:

Dz.U.98.161.1106zmiany(Dz.U.1999.49.488,Dz.U.1999.75.847,Dz.U.2001.95.104,Dz.U.2001.138.1558,Dz.U.2004.14.124,Dz.U.2004.183.188,Dz.U.2004.243.243)

Dla ZUS liczy się nie wynagrodzenie ze stosunku pracy, ale przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Oznacza to, że pracodawca, poza tzw. pensją wypłacaną pracownikowi, musi jeszcze uwzględnić inne elementy przychodu pracownika, aby prawidłowo ustalić składkę na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Oczywiście istnieją pewne kategorie przychodów, które podlegają wyłączeniu z wymiaru składki na ZUS. Wśród tych przychodów wyłączonych trzeba zwrócić uwagę na wskazane w pkt 31 i 32 par.2 ust1. rozporządzenia , a które dotyczą ubezpieczeń w zakresie nas interesującym. Zgodnie z tymi przepisami podstawy wymiaru składek nie stanowią:

31)koszty opłacenia przez pracodawcę składek z tytułu zawartych lub odnowionych przed dniem 9 lipca 1998 r. umów ubezpieczenia na życie na rzecz pracowników, dotyczących ryzyk grup 1 oraz 3-5 działu I wymienionego w załączniku do ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934 oraz z 1998 r. Nr 155, poz. 1015), jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca, jak również umowa ubezpieczenia, w okresie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie,

jeżeli ubezpieczenie to objęło co najmniej połowę pracowników danego pracodawcy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak do wysokości nie przekraczającej miesięcznie na osobę 7% bieżącej, przeciętnej miesięcznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przypadającej na pracownika danego pracodawcy,

32) koszty opłacenia przez pracodawcę składek z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na życie na rzecz pracowników, dotyczących grup ryzyk 1 oraz 3-5 działu I wymienionego w załączniku do ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

i z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934 oraz z 1998 r. Nr 115, poz. 1015), jeżeli umowy ubezpieczenia zostały zawarte lub odnowione przed dniem wejścia w życie ustawy o pracowniczych programach emerytalnych, a uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca, jak również umowa ubezpieczenia w okresie przed osiągnięciem przez pracownika 60 lat albo wcześniejszym uzyskaniem przez niego uprawnień emerytalnych lub uprawnień do świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie,

jeżeli warunki umowy ubezpieczenia na życie są tak określone, że co najmniej połowa pracowników danego pracodawcy ma możliwość zostać objętą tym ubezpieczeniem, jednak do wysokości nie przekraczającej miesięcznie na osobę 7% bieżącej, przeciętnej miesięcznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przypadającej na pracownika u danego pracodawcy

albo

koszty poniesione przez pracodawcę na nabycie na rzecz pracowników jednostek uczestnictwa funduszy powierniczych w rozumieniu ustawy z dnia 22 marca 1991 r. - Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi i funduszach powierniczych (Dz. U. z 1994 r. Nr 58, poz. 239, Nr 71, poz. 313 i Nr 121, poz. 591, z 1996 r. Nr 45, poz. 199, Nr 75, poz. 357, Nr 106, poz. 496 i Nr 149, poz. 703 oraz z 1997 r. Nr 30, poz. 164, Nr 88, poz. 554 i Nr 139, poz. 933) i funduszy inwestycyjnych w rozumieniu ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz. U. Nr 139, poz. 933), jeżeli umowa w sprawie nabywania tych jednostek uczestnictwa, zawarta między towarzystwem funduszy powierniczych lub funduszem inwestycyjnym, pracodawcą i pracownikiem w okresie przed osiągnięciem przez pracownika wieku 60 lat albo wcześniejszym uzyskaniem przez niego uprawnień emerytalnych lub uprawnień do świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy, wyklucza:

- a) umorzenie jednostek uczestnictwa funduszy powierniczych i możliwość żądania odkupienia jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych nabytych za środki pieniężne przekazane przez zakład pracy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw wierzytelności, której przedmiotem jest umorzenie przez towarzystwo funduszy powierniczych lub odkupienie jednostek uczestnictwa przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych,

a ponadto została zawarta lub odnowiona przed dniem wejścia w życie ustawy o pracowniczych programach emerytalnych i jeżeli co najmniej połowa pracowników danego pracodawcy ma możliwość zawarcia wyżej określonej umowy.

Tak określone koszty nabycia przez pracodawcę jednostek uczestnictwa podlegają wyłączeniu - do wysokości nie przekraczającej miesięcznie na osobę 7% bieżącej, przeciętnej miesięcznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przypadającej na pracownika u danego pracodawcy.

Wydawałoby się więc, że chociaż część ubezpieczeń z działu I korzysta z przywileju zwolnienia ze składki na ZUS. Rzeczywiście tak było, ale w 2004 roku ustawodawca postanowił ten stan rzeczy zmienić i przywilej zniósł, wprowadzając do wskazanego rozporządzenia par.2 ust.3 o treści:

Wyłączeń z podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 1 pkt 31 i 32, nie stosuje się do przychodów pracowników uzyskanych po dniu 31 grudnia 2004 r.

Zatem obecnie nie ma znaczenia jaką umowę ubezpieczenia zawrze pracodawca na rzecz pracowników . Zawsze wartość składki traktowana jest jako przychód pracownika, od którego płaci się ZUS.

Zmiany w obowiązkowych ubezpieczeniach grup zawodowych w 2010 r.

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Na początku następnego roku szykują się zmiany w systemie ubezpieczeń obowiązkowych grup zawodowych. Uporządkują one niektóre ubezpieczenia, usuwając wątpliwości, które od lat były źródłem dylematów jak ubezpieczać zarządców nieruchomości, pośredników w obrocie nieruchomościami i rzeczoznawców majątkowych. Źródłem tych wątpliwości były niewystarczająco precyzyjne przepisy ustawy o gospodarce nieruchomościami, ale także sprzeczne względem siebie interpretacje płynące z Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Infrastruktury. Problem, jak ubezpieczać osoby wykonujące wyżej wymienione zawody wtedy, gdy są one pracownikami zatrudnionymi przez przedsiębiorców nie mających własnych uprawnień zawodowych zniknie, bowiem zmienią się przepisy dotyczące ubezpieczenia obowiązkowego. Pierwotną przyczyną zmian to Dyrektywa 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotycząca usług na rynku wewnętrznym. Postanowienia dyrektywy państwa członkowskie Unii Europejskiej mają obowiązek wprowadzić do ustawodawstwa krajowego do 28.12.2009 roku. Ministerstwo Gospodarki przygotowało projekt ustawy o działalności usługowej. Został on już przyjęty na początku grudnia przez KPRM i skierowany pod obrady Sejmu. Wskazany przez Dyrektywę termin 28.12.2009 nie zostanie więc dotrzymany, ale z pewnością z początkiem roku 2010 ustawa zostanie uchwalona. Wraz z wprowadzeniem nowych zasad prowadzenia działalności usługowej zostanie zmienionych wiele aktów prawnych, w tym ustawa o gospodarce nieruchomościami. Projekt ustawy przewiduje tą zmianę w art.31 i będzie ona odnosiła się, w interesującej nas kwestii, do poniżej wskazanych przepisów, które porównujemy w brzmieniu poprzednim i planowanym.

Przepis art.31 projektu ustawy o działalności usługowej wprowadza zmiany w ustawie o gospodarce nieruchomościami

Stara treść:

Art. 175.

4. Rzeczoznawca majątkowy podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności, o których mowa w art. 174 ust. 3 i 3a. Przepis ten stosuje się odpowiednio do przedsiębiorców, o których mowa w art. 174 ust. 6.

Nowa treść:

2) w art. 175:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Rzeczoznawca majątkowy podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności, o których mowa w art. 174 ust. 3 i 3a”;

Stara treść

Art. 181.

Wyłączne prawa wydawnicze P.W.ATENA CiMM s.c. Capik M.M.

Przedruk, kopiowanie, powielanie, zwielokrotnianie -zabronione

Magazyn Ubezpieczeniowy Promocyjny 2010

3. Pośrednik w obrocie nieruchomościami podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności pośrednictwa, o których mowa w art. 180 ust. 1 i 1a. Jeżeli pośrednik wykonuje czynności przy pomocy innych osób, działających pod jego nadzorem, podlega on również ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone działaniem tych osób. Przepis ten stosuje się odpowiednio do przedsiębiorców, o których mowa w art. 179 ust. 3.

Nowa treść

5) w art. 181:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Pośrednik w obrocie nieruchomościami podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności pośrednictwa, o których mowa w art. 180 ust. 1 i 1a. Jeżeli pośrednik w obrocie nieruchomościami wykonuje czynności przy pomocy innych osób, działających pod jego nadzorem, podlega on również ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone działaniem tych osób”;

Stara treść

Art. 186.

3. Zarządca nieruchomości podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności zarządzania, o których mowa w art. 185 ust. 1 i 1a. Jeżeli zarządca wykonuje czynności przy pomocy innych osób, działających pod jego nadzorem, podlega on również ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone działaniem tych osób. Przepis ten stosuje się odpowiednio do przedsiębiorców, o których mowa w art. 184 ust. 3.

Nowa Treść

7) w art. 186:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Zarządca nieruchomości podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności zarządzania, o których mowa w art. 185 ust. 1 i 1a. Jeżeli zarządca nieruchomości wykonuje czynności przy pomocy innych osób, działających pod jego nadzorem, podlega on również ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone działaniem tych osób”

Definitywnie znika zatem zapis odnoszący „ odpowiednio” obowiązek ubezpieczenia do przedsiębiorcy, wykonującego dany typ działalności.

Jak widać we wszystkich trzech grupach zawodowych planowana zmiana jest jednorodna. Obowiązek ubezpieczenia OC będzie obciążał tylko i wyłącznie wykonującego zawód zarządcę, pośrednika czy rzeczoznawcę majątkowego. Przedsiębiorcy zatrudniający te osoby będą mogli ubezpieczyć swoje ryzyko związane z prowadzeniem działalności, ale w systemie ubezpieczenia dobrowolnego. Przyjęta zmiana jest logiczną konsekwencją zapisów wspomnianej wyżej dyrektywy, jak i natury ryzyka odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu. Ryzyko popełnienia błędu przy wykonywaniu czynności zastrzeżonych tylko dla osób posiadających licencję ponoszą wyłącznie te osoby. Tylko one bowiem mogą wykonywać określony zakres

czynności zawodowych, a zatem tylko one odpowiadają za to jak te czynności są faktycznie realizowane, jak i za skutki szkód powstałych w związku z ich realizacją. Nie ma w tym przypadku znaczenia czy osoby te same, na własne ryzyko, prowadzą działalność czy też zatrudniają się jako pracownicy. Kodeks pracy, przewidujący szczególne zasady odpowiedzialności pracownika, jest też ustawą czyli aktem prawnym równorzędnym w stosunku do ustawy o gospodarce nieruchomościami i nie istnieją żadne podstawy prawne, dla których kodeks pracy miałby ograniczać funkcjonowanie zasad odpowiedzialności w niej ustalonych. To ustawa o gospodarce nieruchomościami określa komu przysługuje prawo wykonywania zawodu zarządcy, pośrednika, rzeczoznawcy majątkowego i jakie wiąże się z tym ryzyko w zakresie odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej. Każda osoba, decydująca się na wykonywanie zawodu licencjonowanego, musi mieć świadomość, iż przyznane jej uprawnienia stanowią dla niej przywilej, ale są również obciążeniem związanym z faktem ponoszenia szczególnego zakresu odpowiedzialności. Widać to nie tylko przy zasadzie wyłączności tej odpowiedzialności względem osoby wykonującej zawód licencjonowany, ale chociażby w normie ustawowej, wedle której jeśli osoby te posługują się innymi, nie posiadającymi licencji, to ponoszą za nich odpowiedzialność, niezależnie od tego czy jest to odpowiedzialność deliktowa czy kontraktowa. Przepisy ustawy o gospodarce nieruchomościami zawierają więc zasad dotyczącą odpowiedzialności, które mają charakter szczególny również i stosunku do norm kodeksu cywilnego. Wyjątkowe traktowanie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu powoduje, że zarówno i we wspomnianej powyżej dyrektywie, jak i w projektowanej ustawie o działalności usługowej na niektóre osoby wykonujące zawody licencjonowane albo zawody o podwyższonym ryzyku nakładany jest obowiązek ubezpieczenia, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu. Jest to więc z natury rzeczy inne ryzyko niż to mające swoje podłoże w prowadzeniu działalności. Dlatego między innymi w ustawie o gospodarce nieruchomościami nastąpi wyraźne rozróżnienie tego jakich polis będzie oczekiwało się od osób wykonujących zawody licencjonowane, od tych zawieranych przez przedsiębiorców.

Szpital jako przechowawca.

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

W dniu 06. 11. 2008 r została uchwalona ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W Dzienniku Ustaw została opublikowana kilka miesięcy później, bo 31.03.2009 r (Dz.U. 52 poz.417). Ustawa ta określa katalog Praw Pacjenta, a wśród nich prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Zgodnie z art.39 ustawy pacjent ma prawo domagać się, aby w zakładzie opieki zdrowotnej, udzielającym świadczeń całodobowo czyli takim jak szpital, jego rzeczy wartościowe przechowywane były w depozycie. ZOZ ponosi koszty realizacji tego prawa czyli po jego stronie jest obowiązek zorganizowania depozytu i zabezpieczania przechowywanych rzeczy w depozycie, w taki sposób by nie tylko nie zaginęły, ale pozostały w stanie nie pogorszonym. Ma zatem zoz obowiązek realizacji względem pacjenta zobowiązania w zakresie przechowania ,a odpowiedzialność za to zobowiązanie określają przepisy art.835 k.c. i następane. Natomiast sam sposób organizacji depozytu, przyjmowania rzeczy na przechowanie i ich wydawania, zgodnie z dyspozycją ustawy o prawach pacjenta, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 30.07.2009 r w sprawie prowadzenia depozytów w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej(Dz.U. nr 129 poz. 1068 z 14.07.2009) Rozporządzenie to określa, iż każdy zoz stacjonarny ma prowadzić depozyt ,w którym przechowywane będą rzeczy wartościowe .Kierownik zoz wyznacza osobę do prowadzenia depozytu. Osoba ta ma odbierać od pacjenta rzeczy wartościowe w zamian za wydanie karty depozytowej. Kopia karty depozytowej przechowywana ma być w księdze depozytów. Rozporządzenie zawiera wykaz danych zawartych w karcie depozytowej, które potwierdzane są podpisem pacjenta oraz osoby przyjmującej depozyt. Rzeczy złożone do depozytu mają być przechowywane w sejfie lub kasie pancernej, a każda rzecz ma być opakowana z trwałym zamknięciem , ostemplowanym pieczęciom zoz z oznaczeniem numeru, pod który depozyt został wpisany w księdze depozytów. Rozporządzenie określa również sposób postępowania w przypadku, gdy np. pacjent przyjmowany do szpitala jest nieprzytomny, a ma przy sobie rzeczy wartościowe, które muszą być do depozytu przekazane. ZOZ, przyjmując od pacjenta depozyt, staje się przechowawcą i jest to ryzyko, które w zakresie działania zoz-u jest tylko pośrednio związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dlatego zoz musi o tym ryzyku pamiętać, jako dodatkowym do ubezpieczenia, ponieważ nie jest ono objęte żadnym systemem ubezpieczenia obowiązkowego OC z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych. Ze względu na sumę gwarancyjną występującą w ubezpieczeniach obowiązkowych zoz-y same występują o to, by zawrzeć ubezpieczenie nadwyżkowe. W praktyce jest ono realizowane jako ubezpieczenie dobrowolne, ale znowu z zaznaczeniem, że przedmiotem ochrony jest ryzyko związane z

wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Aby ryzyko przechowania było także objęte ochroną ubezpieczeniową, trzeba je wyraźnie zapisać jako element rozszerzający zakres ubezpieczenia. ZOZ, rozszerzając ochronę o ryzyko przechowania, powinien mieć na względzie nie tylko kwestie związane z depozytem, ale także fakt, iż występuje jako przechowawca również w innych sytuacjach powiązanych z jego działaniem. W szpitalach znajdują się szatnie, nie tylko dla pacjentów, ale także dla osób odwiedzających. Każdy kto pozostawia w takiej szatni garderobę, oddaje ją na przechowanie, a zoz przyjmując ją, jednocześnie przyjmuje na siebie zobowiązanie, iż przechowa ją w stanie niepogorszonym. W szpitalach, przychodniach, w różnych miejscach, znajdują się wieszaki i choć nie ma wyraźnego wskazania, iż jest to szatnia, a wręcz przeciwnie są zamieszczone zapisy, że zoz nie przyjmuje odpowiedzialności za odzież pozostawioną na tych wieszakach, to w rzeczywistości również i tutaj jest przechowawcą, obciążonym zobowiązaniem odszkodowawczym przewidzianym przez przepisy k.c. Wynika to ze specyficznych cech umowy przechowania, która po pierwsze nie musi być odpłatna, a po drugie może być zawarta w sposób dorozumiany. Bardzo często umowa przechowania towarzyszy innej umowie, nazwanej umową główną. Do szpitala nie przychodzi się po to, by zostawić tam swoje rzeczy na przechowanie, lecz przy okazji realizowania świadczenia głównego jakim jest świadczenie zdrowotne, szpital staje się przechowawcą. Jeśli zoz nie chce z tego tytułu sam ponosić ciężaru finansowego, to powinien to ryzyko objąć ochroną ubezpieczeniową. Ze względu na specyficzny charakter tego ryzyka, zwrócić trzeba uwagę na to, że nie tylko z polisy musi wynikać, iż zarówno wola zakładu ubezpieczeń, jak i ubezpieczającego się zoz-u jest ochrona w zakresie przechowania, ale ochrona ta musi być potraktowana w sposób szczególny. Po pierwsze może być dla tego zakresu ryzyka wyznaczona inna suma gwarancyjna, nawet z limitem na jedną szkodę. Po drugie musi być określona inna franszyza redukcyjna niż przy ryzyku związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Inna tzn. zdecydowanie niższa, uwzględniając rozmiar szkód jakie przy tym ryzyku mogą mieć miejsce. Zakład ubezpieczeń może także zastrzec, iż warunkiem udzielenia ochrony jest przestrzeganie przez zoz zasad wyznaczonych wspomnianym powyżej rozporządzeniem Ministra Zdrowia, oczywiście w tej części dotyczącej depozytu.

Przypozwanie czy dopozwanie.

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Ubezpieczający może skutecznie dochodzić swoich praw z umowy ubezpieczenia jeśli roszczenie złoży w terminie nie przekraczającym terminu przedawnienia. Zgodnie z przepisem art.819§1 i§2 k.c. przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia wynosi 3 lata i termin ten biegnie od dnia wymagalności roszczenia. Przepis wydaje się na tyle jasny, iż ubezpieczający nie powinien mieć w praktyce problemu ze zgłoszeniem roszczenia w odpowiednim czasie. Okazuje się jednak, że przesłanka przedawnienia z umowy ubezpieczenia jest niejednokrotnie wykorzystywana przez zakłady ubezpieczeń, a powód do jej wykorzystania dają właśnie ubezpieczający. Nakreślmy taką sytuację: ubezpieczający ma polisę ubezpieczenia OC. Zwraca się do niego poszkodowany, żądając odszkodowania. Zatem ubezpieczający kieruje go do swojego ubezpieczyciela. Ten jednak odmawia wypłaty odszkodowania, bo w jego ocenie nie ma podstaw, by ubezpieczającego uznawać za sprawcę szkody. Poszkodowany nie daje jednak za wygraną i kieruje pozew do sądu, z tym że pozywa ubezpieczającego. Ubezpieczający przystępuje do sporu, informując jednocześnie sąd, iż posiada polisę ubezpieczenia OC, z której ewentualnie mogłoby być pokryte odszkodowanie i żąda, aby zakład ubezpieczeń został przypozwany do sporu. Przypozwanie staje się faktem. Zakład ubezpieczeń nie tylko więc wie, iż sprawa o odszkodowanie się toczy, ale jako przypozwany w niej uczestniczy. Po kilku latach trwania procesu zapada wyrok, w którym ubezpieczający zostaje uznany przez sąd sprawcą szkody i zobowiązany zostaje do wypłaty odszkodowania. Prawomocny wyrok przesyła do swojego ubezpieczyciela, oczekując jego realizacji. Zamiast tego jednak dowiaduje się, że jego roszczenie z umowy ubezpieczenia jest przedawnione. Dlaczego? Przecież zakład ubezpieczeń był przypozwany i uczestniczył w postępowaniu sądowym, a jednocześnie przepisy stanowią o możliwości przerwania biegu przedawnienia. Skoro toczył się proces, to bieg przedawnienia powinien być przerwany. Tak - faktycznie następuje przerwa w przedawnieniu, ale w stosunku do ubezpieczającego, który był pozwanym. Natomiast zakład ubezpieczeń był tylko przypozwanym, a przypozwanie nie przerywa biegu przedawnienia. Bieg przedawnienia przerywa każda czynność prawna, która jest bezpośrednio związana z roszczeniem i podmiotem, który może być nim obciążony. Aby bieg przedawnienia został przerwany w stosunku do zakładu ubezpieczeń to musi być on albo pozwanym albo dopozwanym. Ubezpieczający zatem nie powinien w toku postępowania sądowego przypozywać zakładu ubezpieczeń, ale wystąpić z wnioskiem o jego dopozwanie. Wtedy zakład ubezpieczeń stałby się nie uczestnikiem postępowania, ale jego stroną. Wtedy faktycznie, przez czas trwania procesu, przedawnienie nie biegłoby i wyrok byłby skutecznym w stosunku do zakładu ubezpieczeń. Pomyłka pomiędzy przypozwaniem a dopozwaniem bierze się

nie tylko z braku oceny funkcji pełnionych przez te dwie instytucje procedury cywilnej, ale także z nie rozróżniania przedawnienia w zależności od relacji w jakiej ono przebiega. Przepis art.819 k.c., określając trzyletni termin przedawnienia, odnosi go do relacji ubezpieczający - zakład ubezpieczeń czyli do relacji jaka występuje pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia . Natomiast §3 art.819 k.c., w którym znajdujemy odwołanie do dłuższych ,bo określonym przepisem art.442 k.c. terminów przedawnienia, dotyczy tylko relacji zakład ubezpieczeń - osoba poszkodowana. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej dopuszcza, aby w przypadku umowy ubezpieczenia OC osoba poszkodowana skierowała swoje roszczenia bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń. Wtedy poszkodowany , przy szkodzie z czynu niedozwolonego, ma także odpowiednio zagwarantowane prawa w zakresie przedawnienia Jeśli jednak osoba poszkodowana wybierze ścieżkę dochodzenia roszczeń od sprawcy szkody , kwestia przedawnienia komplikuje się . W relacji sprawca szkody – poszkodowany obowiązuje przepis art.442 k.c., ale w relacji sprawca szkody - jego ubezpieczyciel art.819§1 k.c.. Dlatego to tak naprawdę w interesie ubezpieczającego, który może być uznany za sprawcę szkody jest doprowadzenie do przerwania biegu przedawnienia tego krótkiego, 3letniego terminu. Przepisy k.c. zostały tak skonstruowane, aby niezależnie od tego, do kogo tj sprawcy czy jego zakładu ubezpieczeń, zwróci się osoba poszkodowany czynem niedozwolonym, miała ona zawsze, w sensie czasowym, takie same uprawnienia. To nie przedawnienie roszczeń, ale ekonomika postępowania jest motywem decyzji poszkodowanego , czy żąda odszkodowania od sprawcy czy od zakładu ubezpieczeń. W przypadku osoby, do której roszczenia odszkodowawcze są kierowane, już tak nie jest. Jeśli poszkodowany wybierze ją jako adresata roszczeń, musi ona z kolei podjąć takie działania, aby móc skutecznie przerzucić ciężar odszkodowawczy na swojego ubezpieczyciela. Nie wystarczy tu tylko samo zawiadomienie o szkodzie. Trzeba podjąć odpowiednie czynności prawne , które w przypadku procesu sądowego muszą przybrać formę dopozwania zakładu ubezpieczeń.

Pisemnie czy inaczej ?

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Jak składać i przesyłać oświadczenia woli ? Czy musimy trzymać się formy pisemnej. W dobie internetu i powszechnego korzystania z poczty elektronicznej te pytania są istotne, bowiem musimy mieć pewność co do tego czy wykonujemy czynności we właściwej formie, a przede wszystkim skutecznie. Sprawność i szybkość przekazywania informacji to wartość niebagatelna, ale są takie sytuacje , gdy schodzą one na dalszy plan, bo liczy się dla nas przede wszystkim skuteczność danej czynności . Chcemy mieć pewność czy skutecznie zgłosiliśmy roszczenia , bo przecież to potem decyduje o przedawnieniu. Chcemy nie mieć wątpliwości co do tego, czy nasze oświadczenie dotarło do jego adresata, bo oczekujemy od niego określonego zachowania. Przepisy k.c. dopuszczają, aby oświadczenia woli składać w dowolnej formie, za wyjątkiem przypadków zastrzeżonych tzn. tych przypadków , gdzie w treści przepisów wskazane jest w jakiej formie ma zostać ono złożone. Jeśli przepis co do formy milczy, dla nas jest to sygnał, że możemy oświadczenie woli złożyć w formie dowolnej. Musimy wtedy pamiętać o tym, że w naszym interesie jest, aby zostało ono złożone w taki sposób, by dotarło do adresata i by mógł on zrozumieć jego treść. Tam gdzie oświadczenie woli ma być złożone w sposób określony w przepisach dotyczących tego oświadczenia, ustawodawca zamieszcza dla nas informację o nakazanej formie. Niejednokrotnie znajdujemy taki zapis stanowiący, że mamy zachować formę pisemną. Pojęcie formy pisemnej tłumaczymy tylko w jeden sposób : jest to przekazanie lub wysłanie pisma, zawierającego oświadczenie woli. Czy możemy to pismo czymś zastąpić? Jeśli ustawodawca wymaga formy pisemnej, to musimy zwrócić uwagę jeszcze na jeden element - czy jest to forma pisemna pod rygorem nieważności. Jeśli tak to dokonanie danej czynności bez zachowania formy pisemnej oznacza, że dana czynność jest nieważna . Na przykład ustawodawca będzie od nas wymagał zgłoszenia roszczeń pisemnie, pod rygorem nieważności . My prześlemy roszczenia ustnie lub korzystając z poczty elektronicznej. Zastrzeżenie pod rygorem nieważności powoduje, że czynność prawna wykonana z naruszeniem formy pisemnej jest nieważna czyli mówiąc inaczej sytuacja będzie tak wyglądała jakbyśmy roszczeń w ogóle nie zgłosili. Zatem zapis ustawy o formie pisemnej pod rygorem nieważności oznacza dla nas zawsze obowiązek zachowania formy pisanej w starym tego słowa znaczeniu albo, co jest sytuacją wyjątkową lecz prawnie dopuszczalną, formy oświadczenia elektronicznego tj. przekazu @ ale pod warunkiem, że jest ono opatrzone bezpiecznym podpisem elektronicznym. Gdy w przepisie pojawia się nakaz zachowania formy pisemnej, ale bez dodatku rygoru nieważności, wtedy złożenie oświadczenia woli w innej niż pisemna formie nie wiąże się z nieważnością czynności prawnej. Mówiąc inaczej, niezachowanie formy nie oznacza automatycznej nieważności . Mamy bowiem do czynienia w tym przypadku z

formą pisemną dla celów dowodowych. Jeśli ustawodawca oczekuje od nas takiej formy, a my ją zachowamy, to fakt złożenia pisma jest już przesadzającym dowodem na to, że dane oświadczenie o określonej treści zostało przez nas złożone. Jest to dowód rozstrzygający. Jeśli natomiast, pomimo nakazu zachowania formy pisemnej, złożymy oświadczenie woli np. korzystając z poczty elektronicznej, wysyłając zwykłego @, bez podpisu elektronicznego, sytuacja prawna jest następująca. Oświadczenie woli zostało złożone, ale ponieważ nie została zachowana forma pisemna, to w przypadku powstania wątpliwości jesteśmy zobligowani do tego, aby w inny sposób udowodnić, że oświadczenie złożyliśmy i że jest ono skuteczne. Możemy się np. posłużyć wydrukiem z faxu, dowodem ze świadków, wydrukiem z poczty elektronicznej. Musimy jednak pamiętać o tym, że adresat oświadczenia woli może kwestionować to, że je złożyliśmy i że było ono określonej treści. Jeśli ten spór trafi na płaszczyznę sądową, to do sądu będzie należało ustalenie na ile przedkładane przez nas dowody są przekonujące do przyjęcia, że skutecznie dane oświadczenie złożyliśmy. Dlatego, niezależnie od faktu, iż przepis art.73 k.c. nie stanowi o nieważności czynności prawnej dokonanej bez zachowania formy pisemnej (bez rygoru nieważności), wskazanie przez ustawodawcę tej formy jako właściwej dla danego oświadczenia powinno być dla nas sygnałem wskazującym metodę postępowania. Przestrzeganie zapisu o formie pisemnej po prostu zwiększenie bezpieczeństwa wykonywanych przez nas czynności. Jeśli jednocześnie zależy nam na czasie, nic nie stoi na przeszkodzie, aby w pierwszej kolejności złożyć dane oświadczenie @ przekazując je adresatowi, a potem potwierdzić je pisemnie. Całkowite odejście od formy pisemnej może bowiem powodować sytuację, w której będziemy np. potraktowani jako podmiot , który nie dochował danego terminu, co będzie wiązało się z przykrymi konsekwencjami. Do czasu upowszechnienia się podpisu elektronicznego standardowa forma dokumentu pisanego ma jednak swój walor, zwiększający bezpieczeństwo obrotu. Dlatego niezależnie od tego jak bardzo przyzwyczailiśmy się do nowoczesnych środków przekazu, w sprawach istotnych ,tam gdzie ustawodawca zastrzega formę pisemną powinniśmy to traktować jak nakaz.

Odpowiedzialność za implanty.

Autorzy: Małgorzata i Maciej Capik

Coraz częściej, nie tylko w szpitalach, ale także w przychodniach i gabinetach lekarskich, pacjentom wszczepiane są implanty zastępujące ich własne tkanki czy organy. Jak traktować taki implant i lekarza wykonującego zabieg wszczepienia ? Czy jest on także obarczony ryzykiem z tytułu wprowadzenia implantu do obrotu? Z punktu widzenia przepisów implanty są wyrobami medycznymi, podlegającymi regulacji ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. **o wyrobach medycznych (Dz.U.2004.Nr 93.poz.896 ze zmianami)**

Według postanowień tej ustawy implant to wyrób medyczny , który jest wprowadzany do obrotu przez jego producenta, wytwórcę lub importera. Przed pierwszym wprowadzeniem do obrotu podmioty te muszą dokonać rejestracji wyrobu .Aby było to możliwe muszą albo uzyskać potwierdzenie, że wyrób jest zgodny z ustalonymi przepisami standardami zasadniczymi albo przeprowadzić badanie kliniczne sprawdzające. Wyroby medyczne wprowadzane są do obrotu wraz z instrukcją użytkowania. Szpital, przychodnia, lekarz w rozumieniu przepisów wyżej wymienionej ustawy są użytkownikami wyrobu medycznego. Jako jego użytkownicy są zobligowani do zastosowania go zgodnie z przeznaczeniem i przestrzegania zasad użytkowania wyrobu zgodnie z instrukcją . Każdy użytkownik wyrobu medycznego, stosując go, musi przestrzegać zasad należytej staranności. Przedkładając te zasady prawne na praktykę sytuację można opisać następująco : lekarz wszczepiający implant jest użytkownikiem i ponosi odpowiedzialność za właściwe zastosowanie implantu tzn. za wszczepienie go po spełnieniu wszystkich wymogów medycznych i przeprowadzenie zabiegu wszczepienia zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Nie ponosi natomiast odpowiedzialności za wadliwość samego implantu albo za jego szkodliwe oddziaływanie na organizm pacjenta , bo w tym zakresie odpowiedzialnością obciążony jest jego producent. Dlatego przedstawiciele służby zdrowia, stosujący w swoje praktyce medycznej implanty, nie muszą ubezpieczać się od ryzyka klasyfikowanego jako OC produktu. Posiadane przez nich polisy ubezpieczenia OC czy obowiązkowe czy dobrowolne , które obejmują ryzyko szkód wyrządzonych w związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych są wystarczające dla pokrycia również ryzyka związanego ze wszczepianiem implantów. Nie tylko, że nie muszą oni rozszerzać swojej ochrony o klauzulę OC produktu, ale jako użytkownicy produktu w postaci implantów mogą występować w roli poszkodowanego. Jeśli bowiem wszczepią implant, który okaże się wadliwy i pacjent będzie zgłaszał dolegliwości , które trzeba będzie usuwać, to po stronie lekarza wszczepiającego powstaną szkody w postaci dodatkowych kosztów zabiegów medycznych niezbędnych do usunięcia negatywnych konsekwencji wadliwego implantu. Trzeba

jednak zauważyć, że pozycja lekarzy czy zoz-ów jest niezwykle trudna , bo chcąc dochodzić roszczeń od producenta implantu muszą wykazać , że przyczyna szkody tkwiła w wadliwości implantu, a nie w nieprawidłowości podjętych działań medycznych.

Dwa ubezpieczenia doradcy podatkowego.

Autorzy : Małgorzata i Maciej Capik

Doradcy podatkowi to jedna z grup zawodowych objęta obowiązkowym ubezpieczeniem OC. Wśród zawodów świadczących usługi finansowe nie tylko doradcy, ale także biegli rewidenci i osoby usługowo prowadzące księgi rachunkowe objęci są obowiązkiem ubezpieczenia. Jednak w tej grupie tylko doradcy są w sytuacji szczególnej. Muszą posiadać dwie polisy ubezpieczenia obowiązkowego. Było tak od początku istnienia obowiązku ubezpieczenia po stronie doradców i pomimo krytyki płynącej z tego środowiska, nie zmieniło się to także po ostatniej nowelizacji ustawy o rachunkowości. Obowiązek posiadania dwóch polis wynika ze szczególnego zbiegu przepisów ustawy o rachunkowości i ustawy o doradcach podatkowych. Ta druga ustawa określa, co to są czynności doradztwa podatkowego. Wśród tych czynności znajduje się prowadzenie ksiąg podatkowych i innych ewidencji dla celów podatkowych. Ustawa zakazuje doradcom prowadzenia innej działalności niż ta w niej wskazana. Zatem osoba wybierająca zawód doradcy podatkowego automatycznie godzi się na daleko idące ograniczenie w prowadzonej przez siebie działalności. Używamy określenia ograniczenie, bo nie jest to zakaz o charakterze całkowitym. Poza czynnościami doradztwa wymienionym w art.2 ustawy, doradcy mogą usługowo prowadzić księgi rachunkowe. Prowadzenie ksiąg rachunkowych nie mieści się w zakresie doradztwa podatkowego, bowiem jest istotna różnica pomiędzy księgami rachunkowymi, a księgami podatkowymi i innymi ewidencjami dla celów podatkowych. Doradca podatkowy, decydując się na usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych, wychodzi zatem poza ustawowy zakres czynności doradztwa. Jest to dopuszczalne, ale wiąże się z dodatkowymi obowiązkami dotyczącymi ubezpieczenia. W związku z przepisem art.44 ust1 ustawy o doradztwie podatkowym doradca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu OC, ale jest to ubezpieczenie, które obejmuje ochroną szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności, które świetle przepisu art.2 ust 1 tej ustawy są czynnościami doradztwa podatkowego. Doradca, kupując polisę nazywaną OC doradcy podatkowego, kupuje prawo do ochrony w zakresie szkód wynikłych w związku z wykonywaniem ściśle określonych czynności. Jeśli podejmuje się wykonywać inne czynności dopuszczone prawem, takie jak prowadzenie ksiąg rachunkowych, to pojawia się po jego stronie konieczność zawarcia drugiego ubezpieczenia obowiązkowego. Źródłem tej konieczności jest przepis art.76 h ustawy o rachunkowości. Stanowi on, iż przedsiębiorcy, którzy prowadzą usługowo księgi rachunkowe obowiązani są zawrzeć ubezpieczenie OC. Zgodnie ze wskazaniem ustawowym ubezpieczenie to ma chronić od szkód wyrządzony w związku z prowadzoną działalnością polegającą na świadczeniu usług prowadzenia ksiąg rachunkowych. Zgodnie z przepisem art.76h

ust.3 ustawy o rachunkowości z konieczności posiadania takiego ubezpieczenia zwolnieni są biegli rewidenci oraz doradcy podatkowi, jeżeli ubezpieczycieli się od odpowiedzialności cywilnej za szkody przy wykonywaniu tych zawodów w zakresie obejmującym również usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych. Mogło by się więc wydawać, że wolą ustawodawcy jest nie nakładanie obowiązku podwójnego ubezpieczenia na wskazane w tej normie podmioty. Rzeczywiście tak jest w odniesieniu do biegłych rewidentów, bowiem przedstawiciele tej grupy zawodowej kupując ubezpieczenie z tytułu wykonywania zawodu biegłego rewidenta mogą odpowiednio rozszerzyć zakres ochrony, zmieniając równocześnie sumę gwarancyjną i uzyskać pokrycie szkód wyrządzonych zarówno w zakresie wykonywania zawodu biegłego rewidenta, jak i związku z usługowym prowadzeniem ksiąg rachunkowych. Możliwości takiej nie mają jednakże doradcy podatkowi, gdyż rozporządzenie określające warunki ubezpieczenia dla nich przewiduje, iż polisa ubezpieczenia OC obejmuje tylko i wyłącznie szkody wyrządzone przy wykonywaniu doradztwa podatkowego w rozumieniu zgodnym ze wskazanymi powyżej przepisami ustawy o doradztwie. Brak możliwości rozszerzenia ochrony powoduje, iż doradca, prowadząc usługowo księgi rachunkowe, musi posiadać dwie polisy ubezpieczenia obowiązkowego. Jedną, standardową dla doradcy podatkowego i drugą, dla osób prowadzących księgi rachunkowe, tylko w zakresie ryzyka prowadzenia tych ksiąg. To ostatnie zastrzeżenie wynika z tego, że osoby posiadające certyfikat księgowego i mające prawo do usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych, mogą także wykonywać niektóre czynności doradztwa podatkowego, określone przepisami art.76 a ust.2 ustawy o rachunkowości. Ponieważ mogą wykonywać tylko niektóre czynności doradztwa, nie kupują polisy OC obowiązkowego jak OC doradcy, ale zawierając umowę na ryzyko prowadzenia ksiąg rachunkowych, rozszerzają jej zakres o ryzyko szkód wynikających z tych ograniczonych czynności doradztwa. Jak zatem widać i certyfikowani księgowi i biegli rewidenci mają możliwość, niezależnie od zakresu prowadzonej przez siebie działalności, objąć ją ochroną w zakresie ciążącego na nich obowiązku jedną polisą. Warunki ubezpieczenia, na których kupują te polisy, zawierają rozwiązania rozszerzające ochronę, zmieniające sumę gwarancyjną i tym samym dopasowujące się do indywidualnego zakresu działania danego podmiotu. Jedynie doradcy podatkowi muszą posiadać dwie polisy ubezpieczenia obowiązkowego, oczywiście tylko wtedy, kiedy wyjdą poza zakres doradztwa podatkowego i zaczną prowadzić dodatkowo księgi rachunkowe.