

Miesięcznik **Ubezpieczeniowy**

Przewodnik po dużych ryzykach

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • WYDANIE 2 I CZERWIEC 2018 • 4 CZERWCA 2018



©Fotolia

Eksperci o dużych ryzykach

Zarządzanie ryzykiem/Reasekuracja/Majątek/OC

CAR/EAR/Machinery Breakdown/Business Interruption/Cyber/Likwidacja szkód

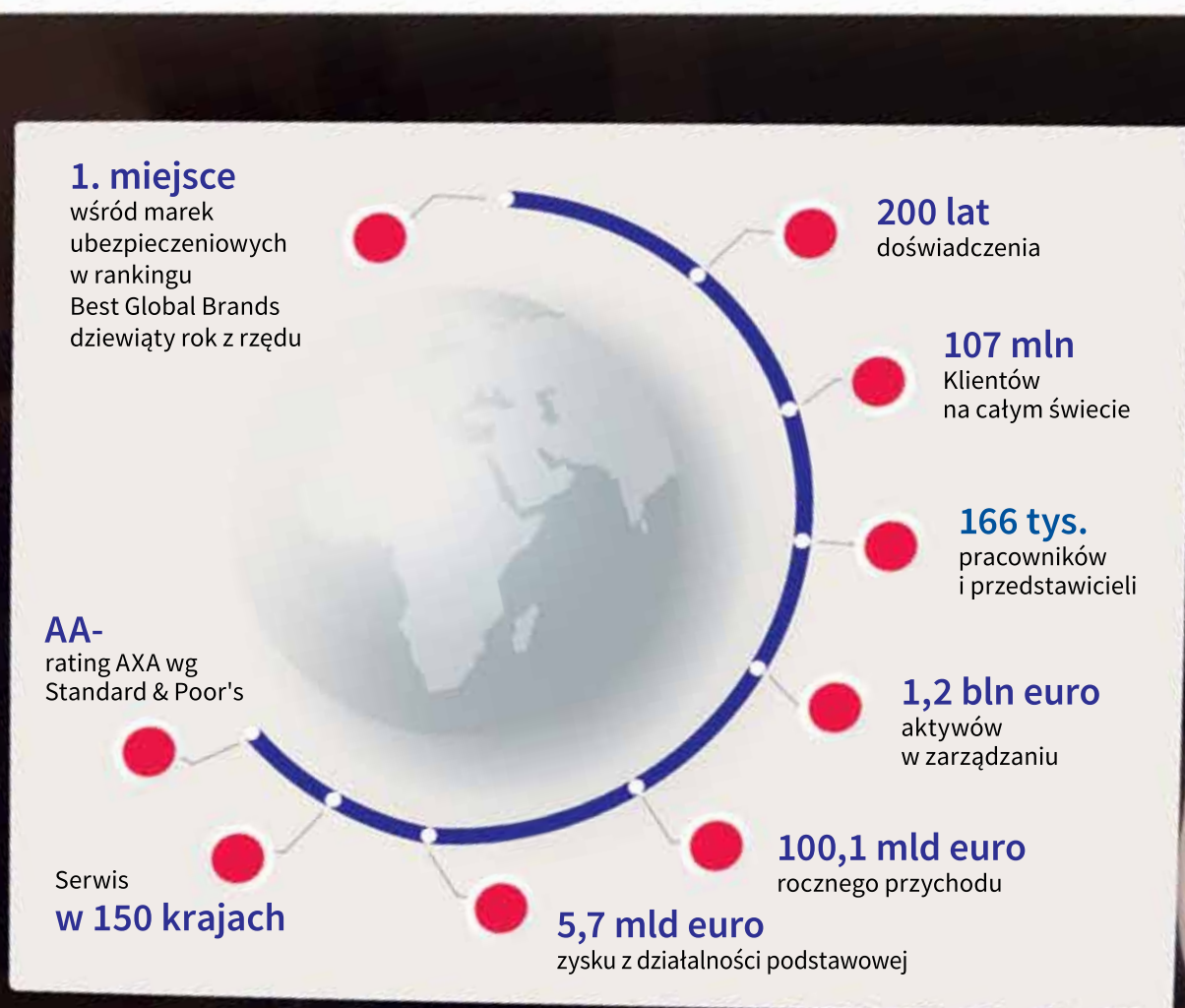


Odpowiedzialni za przyszłość

Dziękujemy Brokerom i Klientom za drugi rok z rzędu, w którym odnotowaliśmy najwyższą na rynku, ponad 30%-ową dynamikę wzrostu biznesu korporacyjnego.

Na koniec 2017 roku wolumen składki brutto raportowanej w obszarze klienta korporacyjnego przekroczył kwotę 360 mln zł, co pozwoliło nam dołączyć do grona największych ubezpieczycieli korporacyjnych w kraju. Osiągnięcie to nie byłoby możliwe bez efektywnej współpracy z Brokerami, ponieważ w tym kanale sprzedaży generujemy ponad 80% składki korporacyjnej.

Przynależność do największej grupy ubezpieczeniowej na świecie upoważnia nas do tego, aby stawiać sobie ambitne cele także na przyszłość. Wierzmy, że zrealizujemy je wspólnie z Państwem!



Dane za 2016 r.

Źródło: <http://beta.fortune.com/global500/list>, rating z dnia 27.10.2016 r., dane własne spółek AXA w Polsce.

Mondial Assistance – nasze usługi **nie znają granic**



44 mln

Klientów
obsłużonych
na całym świecie



40 mln

odebranych
telefonów



600 tys.

wypożyczonych
samochodów



70 tys.

usługodawców
świadczących
usługi medyczne

W Polsce z naszych usług korzystają
Klienci **36 firm z branży finansowej.**





ANNA GROSZYK JAKUB SAJKOWSKI MACIEJ TYMUSZ KATARZYNA GRYSIŃSKA JANUSZ ZIELIŃSKI

Twój partner w biznesie

Jesteśmy liderem na rynku ubezpieczeń podmiotów gospodarczych w Polsce.

- Pion Klienta Korporacyjnego PZU SA byłby samodzielnie trzecim największym pod względem przypisu składki i rentowności ubezpieczycielem majątkowym w kraju.*
- W 2017 r. odpowiedzieliśmy na ponad 41 tysięcy zapytań ofertowych.
- W 2017 r. weszliśmy na londyński rynek Lloyd's, zdobywając tytuł „Member of Lloyd's”.
- Za pośrednictwem PZU LAB wdrażamy najnowocześniejsze rozwiązania dla przemysłu wykorzystujące m.in. elementy sztucznej inteligencji (AI).

To był bardzo udany rok.

Dziękujemy wszystkim brokerom ubezpieczeniowym, z którymi pracowaliśmy w 2017 roku oraz życzymy wielu udanych kontraktów także w 2018 roku.

*ranking nie uwzględnia PZU SA; został opracowany przez PZU SA na podstawie „Sprawozdania Finansowego Działu II za rok 2017” Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Skontaktuj się z nami

☎ **+48 22 582 23 30** **s-bks@pzu.pl**



ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

- 5 Międzynarodowy program ubezpieczeniowy – ANDRZEJ LIWACZ
 8 Znaczenie inżynierskiej oceny ryzyka dla przemysłu – PIOTR SOCHACKI
 11 Ubezpieczenia transgraniczne w Unii Europejskiej – PIOTR WÓJCIK

UBEZPIECZENIA MORSKIE

- 15 Tajniki ubezpieczenia armatora morskiego – RAFAŁ KILIŃSKI

UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE

- 20 Ubezpieczenia majątkowe jako element systemu bezpieczeństwa – MARCIN OLEJNIK, ANNA ŚWIĄTEK
 23 Mienie – przedmiot ubezpieczenia – TOMASZ SKWARA
 25 Ubezpieczenia, których nie znamy – terroryzm w ubezpieczeniach majątkowych – IZABELA KRÓL
 27 Ubezpieczenia zakładów górniczych węgla kamiennego – ZBIGNIEW KUNISZ

UBEZPIECZENIA CAR/EAR

- 31 Tu na razie jest ściernisko... – ubezpieczenie nowej inwestycji – ZBIGNIEW ROŚ, MAREK KOŁOSOWSKI
 35 Ryzyko wadliwego wykonania, błędu projektowego lub materiałowego a granice ubezpieczalności – MICHAŁ KIESIŃSKI
 38 Tunele – stosowane technologie realizacji oraz underwriting ryzyka – TOMASZ KUKUŁA

MACHINERY BREAKDOWN

- 41 Ubezpieczenia maszyn – zakres, klauzule, wyłączenia – TOMASZ SZEJNOCH
 44 Człowiek – maszyna – robot – TOMASZ TKACZYK

BUSINESS INTERRUPTION

- 47 Ubezpieczenie zysku przedsiębiorstwa – DOROTA DOMAŃSKA

UBEZPIECZENIA OC

- 51 W pogoni za klientem – AGATA SKRĘŻYNA-DUDEK
 54 Demony ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej – ANDRZEJ WYSMULEK
 57 Ocena ryzyka w ubezpieczeniach OC za produkt i wycofania produktu z rynku – BARTŁOMIEJ MATEŃKA
 60 Rozszerzona OC za produkt – diabeł tkwi w szczegółach – SYLWIA KOZŁOWSKA
 63 Trigger w ubezpieczeniu rozszerzonej OC za produkt – MARCIN GOŁĄB
 66 Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy – KAMIL BARA
 68 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za produkty lecznicze – PAWEŁ BOGUCKI
 71 Szpitale – duże ryzyka na rynku usług medycznych – ELŻBIETA PRUSZKO

UBEZPIECZENIA D&O

- 74 Ubezpieczenie odpowiedzialności z tytułu zarządzania i nadzoru – PAWEŁ SUKIENNIK

UBEZPIECZENIA ŚRODOWISKOWE

- 78 Ubezpieczenia środowiskowe to szkody – ŁUKASZ JASTRZĘBSKI

UBEZPIECZENIA CYBER

- 80 Cyber is the new black – MICHAŁ MOŁĘDA
 83 Wybrane problemy ubezpieczeń cyber risk – JACEK ZĘBALA
 86 Bezpieczny przedsiębiorca – DARIUSZ WŁODARCZYK

REASEKURACJA

- 89 Reasekuracja jako narzędzie pomocne przy ubezpieczeniach dużych ryzyk – TOMASZ LIBRONT
 92 Reasekuracja fakultatywna w energetyce – EWA MONIKA WRÓBEL

LIKWIDACJA SZKÓD

- 95 Likwidacja szkody to nie tylko wypłata odszkodowania – KAROL DĄBROWSKI
 98 OC za produkt – szkody uświadamiają ryzyko – ZBIGNIEW BACHMAN
 101 Ryzyko w wiertnictwie i kosztowne szkody – ŁUKASZ GOŁĘBIEWSKI

REDAKTOR NACZELNY:	Marcin Z. Broda	marcin.z.broda@ogma.pl
REDAKTOR PROWADZĄCY:	Eliza Kosicka	eliza.kosicka@ogma.pl
SEKRETARZ REDAKCJI:	Ida Krzemińska-Albrycht	ida.krzeminska-albrycht@ogma.pl
REDAKTOR:	Anna Sitarek	anna.sitarek@ogma.pl
PRENUMERATA:	Magdalena Anusik	magdalena.anusik@uwik.pl
REKLAMA:		reklama@uwik.pl

— Miesięcznik —
Ubezpieczeniowy

Wydawca: Ogma Sp. z o.o., ul. Tyńska 27/13, 02-615 Warszawa; tel. (22) 844 78 86. ISSN: 1732-2413

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadesłanych tekstów, nie odpowiada za treść zamieszczonych reklam i ogłoszeń.
 Skład i łamanie: Magdalena Gałat. Druk: Drukarnia Szmydt.



Prawdziwe ubezpieczenia to duże ryzyka

Oddajemy w Państwa ręce drugie wydanie *Przewodnika po dużych ryzykach*. Udało nam się zgromadzić ponad 30 tekstów opisujących – czasami bardzo detalicznie – poszczególne ryzyka: majątkowe, budowlano-montażowe, machinery breakdown, business interruption, odpowiedzialności cywilnej. W opracowaniu nie mogło też zabraknąć, stanowiących kolebkę ubezpieczeń w ogóle – ubezpieczeń morskich. Świat idzie jednak do przodu i wciąż następujący postęp technologiczny i digitalizacja stanowią asumpt do rozwoju kolejnych, bardziej nowoczesnych ryzyk, czyli cyber. Na polskim rynku wciąż jeszcze raczkują, ale o cyber wszyscy bardzo chętnie chcą opowiadać. Właściwie pominęliśmy tylko ubezpieczenia transportowe. Była to świadoma decyzja, a być może pomysł na kolejną publikację...

Za każdym razem dla porządku, by usystematyzować wiedzę, autorzy opisali podstawy: zakres, definicje, wyłączenia, klauzule. Jednak na tym nie poprzestali, bo duże ryzyka to cały wachlarz interesujących treści, wątków, szczegółów, klientów, przypadków. Tematy poszczególnych tekstów są bardzo różnorodne, nierzadko dotyczą bardzo specjalistycznych ryzyk, jak choćby ubezpieczenie tuneli, kopalni czy reasekuracja w branży energetycznej. Zawsze szczególnie wdzięczne i pouczające są spotkania z ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej. Dlatego również w *Przewodniku po dużych ryzykach* postanowiliśmy poświęcić im najwięcej uwagi. Grupa ryzyk OC jest bardzo szeroka, a różnorodność problemów i specjalizacji wręcz nieskończona. Warto jednak uświadomić sobie, że mimo tylu doświadczeń wciąż na rynku brakuje jednego standardu dla tego ubezpieczenia (sic!). Szczególnie dużo miejsca autorzy poświęcili, ciekawemu i zdobywającemu coraz większą popularność, ubezpieczeniu OC za produkt – historia, ocena ryzyka, trigger. Nie mogło też zabraknąć ubezpieczeń D&O, które przez ostatnie lata wypracowały sobie na polskim rynku ugruntowaną pozycję. Ubezpieczenia to nie tylko produkty, warunki, umowy, lecz także likwidacja szkód. Likwidacja szkód, która też jest specyficzna i ze względu na wyjątkową materię, i ze względu na potencjalną skalę. Ocena strat najczęściej nie jest możliwa bez doświadczonych likwidatorów, dysponujących odpowiednią wiedzą. Poszczególne przypadki są bardzo różnorodne, a czasami

wręcz niebanalne – szkody środowiskowe, wiertnictwo, luksusowe towary.

Ryzyka i szkody są interesujące, ale równie interesujący są autorzy tekstów – wybitni specjaliści w swojej dziedzinie. Mądrzy, doświadczeni, niezależni. Większość z kilkudziesięcioletnim stażem w ubezpieczeniach. Underwriterzy, specjaliści od oceny ryzyka, zarządzania ryzykiem, likwidacji szkód. Nie tylko pracownicy zakładów ubezpieczeń, ale również brokerzy. To dzięki nim każdy tekst jest nieco inny w charakterze. Różnie prowadzą narrację, opowiadają historię.

Duże ryzyka to prawdziwe ubezpieczenia. Kiedyś bardziej doceniane, szeroko dyskutowane, będące przedmiotem nieklamanej uwagi. Od pewnego jednak czasu pozostają – zupełnie niesłusznie – w cieniu ubezpieczeń komunikacyjnych, wystawianych na świecznik przez sprzedawców, bo pozwalają osiągnąć odpowiednią skalę. Mam jednak nadzieję, że nadejdą jeszcze czasy, kiedy merytoryka ponownie będzie w cenie, a duże ryzyka przeżyją zasłużony renesans.

Przewodnik po dużych ryzykach można traktować jako swego rodzaju podręcznik dla młodych adeptów sztuki ubezpieczeniowej. Znakomita większość tekstów ma charakter ponadczasowy i jeszcze długo będzie aktualna. Postęp i technologia tak szybko nie dezawuuje ubezpieczeń technicznych. Przede wszystkim jest to jednak zbiór wartościowych tekstów – można czytać po kolei, można wybiórczo, można wracać co jakiś czas.

Dla mnie praca nad *Przewodnikiem po dużych ryzykach* to była prawdziwa przyjemność. Wiele ciekawych rozmów, ustaleń (czasami trudnych), wiele nowych wątków, inspiracji. Dziękuję wszystkim autorom, którzy ochoczo zaangażowali się w projekt, najczęściej poświęcając swój prywatny czas: wieczory lub weekendy na napisanie tekstów. Dziękuję korporacjom, które pozwoliły swoim pracownikom napisać, co wcale nie było takie oczywiste. Wreszcie dziękuję wydawcy za swobodę – ale i wsparcie – przy tworzeniu projektu. Czytelników zachęcam, by po prostu zanurzyli się w lekturze.

Anna Sitarek

W ubezpieczeniach od 15 lat.

Międzynarodowy program ubezpieczeniowy

Nieuzasadnione jest przekonanie, iż międzynarodowe programy ubezpieczeniowe dedykowane są wyłącznie dużym przedsiębiorstwom produkcyjnym. Na równi z nimi mogą być wykorzystywane również przez mniejsze przedsiębiorstwa, o ile prowadzą one działalność gospodarczą za granicą.

– ANDRZEJ LIWACZ



Dr Andrzej Liwacz

jest dyrektorem zarządzającym ds. produktów korporacyjnych w Allianz.

W ubezpieczeniach od 21 lat.

O tym, że ubezpieczenie stanowi element procesu zarządzania ryzykiem, a w szczególności jego finansowania, napisano już wiele.

PO CO...

Z zadowoleniem zauważyć należy, iż rośnie liczba polskich przedsiębiorstw poważnie myślących o usystematyzowaniu tego procesu oraz o praktycznym stosowaniu przynależących do niego narzędzi. Jednocześnie coraz większa ich liczba inwestuje za granicą, prowadząc tam już nie tylko działalność handlową, lecz także produkcyjną. Powoduje to, że firmy narażone są na szereg ryzyk tylko potencjalnie analogicznych do tych, których mogą doświadczyć w kraju pochodzenia. Związane jest to przede wszystkim z odmiennym otoczeniem prawnym, społecznym oraz geograficzno-przyrodniczym. **Dzięki usystematyzowanemu podejściu do zarządzania ryzykiem, przedsiębiorstwa te mają świadomość zagrożeń, a przez to dzieli je już tylko krok od aktywnego działania.**

Powyższe tendencje powodują, iż wykorzystywane programy ubezpieczeniowe są coraz bardziej dostosowane do zdiagnozowanych uprzednio potrzeb związanych z zarządzaniem ryzykiem. Jednym z narzędzi zarządzania ryzykiem w skali więcej niż jednego kraju może być międzynarodowy program ubezpieczeniowy (ang. *international / multinational insurance programme*).

DLA KOGO...

Nieuzasadnione jest przekonanie, iż międzynarodowe programy ubezpieczeniowe dedykowane są wyłącznie dużym przedsiębiorstwom produkcyjnym. Na równi z nimi mogą być wykorzystywane również przez mniejsze przedsiębiorstwa, o ile prowadzą one działalność gospodarczą za granicą. Jednocześnie, takie programy tworzone są nie tylko dla firm produkcyjnych, lecz także handlowych oraz prowadzących działalność biurową/usługową (np. firm konsultingowych, świadczących usługi IT lub prawnicze itp.).

JAK...

W ujęciu praktycznym spotkać można dwa główne podejścia do tworzenia międzynarodowych programów ubezpieczeniowych:

→ **Zdecentralizowane** – umowy ubezpieczenia dla poszczególnych zagranicznych podmiotów, należących do spółki matki,

są negocjowane i zawierane lokalnie. Zazwyczaj odbywa się to w oparciu o wytyczne właściciela, określające minimalny zakres ochrony ubezpieczeniowej. Zaletą takiego podejścia jest sposobność wykorzystania w pełni możliwości lokalnego rynku ubezpieczeniowego (np. gdy znajduje się w tzw. fазie miękkiej). Zasadniczą wadą jest brak centralnej kontroli nad takim programem, co związane jest z ryzykiem powstania luk w pokryciu ubezpieczeniowym (nawet w razie wcześniejszego, precyzyjnego zdefiniowania wymaganego zakresu ochrony ubezpieczeniowej). Nie bez znaczenia jest również trudność zbudowania łącznego kosztu ubezpieczenia. Do istotnych wad zdecentralizowanego programu zaliczyć należy także brak pełnej kontroli nad procesem likwidacji szkód;

→ **Scentralizowane** – jednolity program ubezpieczeniowy dla poszczególnych podmiotów zagranicznych oraz spółki matki jest negocjowany i plasowany na rynku ubezpieczeniowym przez nią samą. W dalszej części artykułu skupimy się na podejściu scentralizowanym.

Plasowanie międzynarodowego programu ubezpieczeniowego



Źródło: Opracowanie własne.

Scentralizowany międzynarodowy program ubezpieczeniowy ma szereg zalet. Do głównych z nich możemy zaliczyć:

→ **Kosztowe:** pozwalają na osiągnięcie efektu skali poprzez jednoczesne plasowanie ryzyka szeregu przedsiębiorstw. Umożliwia to przewidywalność łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz pozwala na alokację składki ubezpieczeniowej pomiędzy poszczególne przedsiębiorstwa zagraniczne, zgodną z oczekiwaniami spółki matki oraz przyjętym uprzednio kluczem podziałowym;

- **Zarządcze:** pozwalają na optymalizację (ograniczenie) nakładu pracy lokalnej kadry kierowniczej, związanej z negocjacjami i administracją lokalnego programu ubezpieczeniowego;
- **Prawne:** pozwalają na eliminację lub co najmniej istotne ograniczenie ryzyka nieprzestrzegania regulacji podatkowych lub związanych z ubezpieczeniami obowiązkowymi i innymi obowiązkami ubezpieczeniowymi;
- **Techniczno-ubezpieczeniowe:** pozwalają na ścisłą kontrolę nad zakresem ochrony ubezpieczeniowej i jej zgodnością z założeniami procesu zarządzania ryzykiem międzynarodowej grupy przedsiębiorstw.

Programy międzynarodowe tworzone są zazwyczaj dla wybranych rodzajów ubezpieczenia, takich jak majątkowe, OC ogólne i za produkt, transportowe, D&O. Stosunkowo rzadko tworzone są programy międzynarodowe dla ryzyk budowlano-montażowych (za wyjątkiem relatywnie małych i powtarzalnych projektów budowlanych) oraz ubezpieczeń kredytu kupieckiego.

Zasadnicza struktura programu międzynarodowego składa się z:

- **Polisy głównej** (ang. *master policy* lub *master cover*) – polisa ta wystawiana jest przez zakład ubezpieczeń posiadający siedzibę w tym samym kraju, co ubezpieczana spółka matka. Dookreśla ramowy zakres ochrony, który co do zasady przybiera formę ochrony reasekuracyjnej. Poza podstawowym zakresem ochrony, zawiera ona klauzule DIC/ DIL (ang. *differences in conditions/differences in limits*). Zgodnie z tymi klauzulami, polisa główna zapewnia ochronę ubezpieczeniową (w uzgodnionym zakresie i do uzgodnionych limitów odszkodowawczych), o ile postanowienia polisy lokalnej nie zapewniłyby jej (ze względu na węższy zakres ochrony ubezpieczeniowej – *differences in conditions* lub niższe limity odszkodowawcze – *differences in limits*);
- **Polis lokalnych** (ang. *local policy*) – polisa ta wystawiana jest przez zakład ubezpieczeń posiadający siedzibę w tym samym kraju co ubezpieczane przedsiębiorstwo. Z jednej strony powinna ona jak najwierniej odzwierciedlać zakres polisy głównej, ale jednocześnie winna być dostosowana do uwarunkowań kraju, w którym jest wystawiana (ang. *good local standard*). Oznacza to, iż np. może zawierać wyłączenia dla wybranych ryzyk katastroficznych, ograniczenia lub obowiązki prawne. W takiej strukturze polisa dla spółki matki traktowana jest jako jedna z polis lokalnych. Co do zasady, 100% ryzyka (na zasadzie frontingu) z polisy lokalnej cedowane jest do polisy głównej (dlatego, jak już wspomniano, przybiera ona formę ochrony reasekuracyjnej).

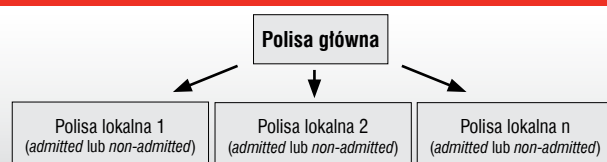
Polisa lokalna, chroniąca pojedyncze przedsiębiorstwo zagraniczne, może mieć charakter:

- **Admitted:** polisy takie wystawiane są w krajach, gdzie prawo nie pozwala na zawieranie umów ubezpieczeń bezpośrednio z zakładami ubezpieczeń zarejestrowanymi za granicą. Na marginesie wskazać należy, iż jest to najbardziej typowa sytuacja, dotycząca m.in. również Polski – wyjątek stanowią zakłady ubezpieczeń zarejestrowane na terytorium UE lub EEA.
- **Non-admitted:** polisy takie wystawiane są w krajach, gdzie prawo pozwala na zawieranie umów ubezpieczeń bezpośrednio z zakładami ubezpieczeń zarejestrowanymi za granicą. Niemniej jednak nawet w tym przypadku celowe jest rozważenie zawarcia lokalnej polisy typu *admitted*, ze względu na potencjalne trudności związane z procesem likwidacji szkód, prawem podatkowym (np. po to, aby składka ubezpieczeniowa stanowiła koszt uzyskania przychodu lub ze względu

na obowiązek odprowadzania podatku obrotowego od składki ubezpieczeniowej do właściwego organu podatkowego). Warto również pamiętać, iż nawet w takich krajach prawo może wymagać lokalnej polisy *admitted* dla wybranych pokryw obowiązkowych, jak np. OC komunikacyjne, odpowiedzialność pracodawcy (ang. *workers compensation; employer's liability*), terroryzmu lub ubezpieczenia zdefiniowanych ryzyk katastroficznych, specyficznych dla danego kraju (głównie powodzi, huraganu lub trzęsienia ziemi).

Część zakładów ubezpieczeń oferuje dla programów obejmujących wyłącznie kraje UE i EEA tzw. Jednolitą Polisę Europejską (ang. *Single European Policy*), która wówczas *de facto* jest tożsama z polisą główną, chroniącą wszystkie przedsiębiorstwa (zarówno spółkę matkę, jak i jej podmioty zagraniczne).

Schemat międzynarodowego programu ubezpieczeniowego



Źródło: Opracowanie własne.

Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej kształtowany jest przez takie czynniki jak wielkość i wartość ryzyka, zakres ochrony ubezpieczeniowej i pozostałe warunki techniczne oferty oraz liczba krajów objętych programem międzynarodowym. Ostatni element determinuje łączny poziom kosztu frontingu ubezpieczeniowego. Co do zasady, opłata frontingowa (ang. *fronting fee*) stanowi procent lokalnej składki ubezpieczeniowej, lecz nie mniej niż określona kwota minimalna. Dlatego też możliwe są sytuacje, gdy w razie relatywnie niskiej składki z polisy lokalnej, opłata frontingowa będzie wyższa niż wynikałoby to z iloczynu składki i procentu narzutu z tytułu opłaty frontingowej. Nie bez znaczenia pozostają również ryzyka specyficzne, podwyższone dla wybranych krajów, takie jak katastrofy naturalne, terroryzm, kradzież i rabunek. Kolejnym elementem składowym jest pokrycie z klauzul DIC/DIL – całościowy koszt jest zazwyczaj dzielony i dodawany do bazowej składki z polisy lokalnej. Najczęstszymi kluczami podziałowymi są:

- Dla ubezpieczeń majątkowych – wartość ubezpieczonego mienia;
- Dla ubezpieczeń OC – wartość zewnętrznego obrotu (realizowanego z podmiotami trzecimi – spoza ubezpieczonej grupy);
- Dla ubezpieczeń transportowych – wartość transportowanego mienia;
- Dla ubezpieczeń D&O – liczba ubezpieczonych osób.

Zakład ubezpieczeń prowadzący program międzynarodowy (wystawca polisy głównej) przedstawia składkę, która nie uwzględnia lokalnych podatków lub innych opłat – ewentualne narzuty, wynikające z miejscowych regulacji podatkowych lub ubezpieczeniowych, kalkulowane są oddzielnie. Podstawowym modelem zapłaty za program międzynarodowy jest opłata składki za polisy lokalne i, wraz z transferem ryzyka, transfer składki reasekuracyjnej przez lokalne zakłady ubezpieczeń do wystawcy polisy głównej. Możliwe są jednakże sytuacje, w których składka płatna jest centralnie przez spółkę matkę do wystawcy polisy głównej, który zachowuje ją, a do lokalnych

zakładów ubezpieczeń przekazuje wyłącznie opłaty frontingowe, powiększone ewentualnie o podatki i inne wymagane prawem lokalnym opłaty. Należy wskazać, iż w wybranych krajach obowiązują regulacje prawne obligujące ubezpieczającego do płatności składki przed zawarciem umowy ubezpieczenia (ang. *premium first* lub *cash before cover*). Fakt ten winien być uwzględniony w harmonogramie tworzenia i implementacji programu.

Przy modelowaniu programu międzynarodowego istotne jest przewidzenie w polisie głównej postanowień związanych z kolejnością akceptacji lub odmowy wypłaty odszkodowania. W przypadku uznania roszczenia przez lokalny zakład ubezpieczeń, winien on fakt ten potwierdzić z wystawcą polisy głównej (w kontekście zakresu ochrony z polisy głównej). W przypadku udzielenia odmowy wypłaty odszkodowania celowa jest weryfikacja zakresu polisy głównej, w tym szczególnie w odniesieniu do postanowień klauzul DIC/DIL, ponieważ możliwa jest sytuacja, w której polisa lokalna nie pokrywa danej szkody, a jest ona objęta ochroną ubezpieczeniową polisy głównej. W związku z tym **zasadne jest umieszczanie w polisach lokalnych zapisu, iż są one częścią programu międzynarodowego i w razie braku pokrycia z polisy lokalnej odszkodowanie wypłacone zostanie – zgodnie z zapisami klauzul DIC/DIL – z polisy głównej.**

Idea i struktura programu międzynarodowego powoduje, iż ze strony spółki matki konieczna jest odpowiednia komunikacja faktu tworzenia i implementacji międzynarodowego programu ubezpieczeniowego. Komunikacja winna obejmować takie elementy jak:

- ➔ Data implementacji programu celem wypowiedzenia/nieodnawiania już obowiązujących polis ubezpieczeniowych lub dostosowania istniejących okresów ubezpieczenia do daty początku obowiązywania programu międzynarodowego;
- ➔ Informacja o obowiązku akceptacji programu (jego obligatoryjności);
- ➔ Sposób lokalnej implementacji (dane kontaktowe zakładu ubezpieczeń lub brokera ubezpieczeniowego obsługującego program).

Jako że wielkość polskich przedsiębiorstw (za wyjątkiem wybranych z nich) nie uzasadnia tworzenia zakładów ubezpieczeń typu captive, zagadnienie to zostanie jedynie zasygnalizowane. **Międzynarodowy program ubezpieczeniowy może być również ulokowany w captive.** Wówczas polisy lokalne reasekurowane są w pierwszej kolejności w captive, który następnie ceduje ryzyko do reasekuratora tworzącego program główny. Wtedy polisy lokalne wystawiane są zazwyczaj przez miejscowe zakłady ubezpieczeń, które współpracują z reasekuratorem – wystawcą polisy głównej.

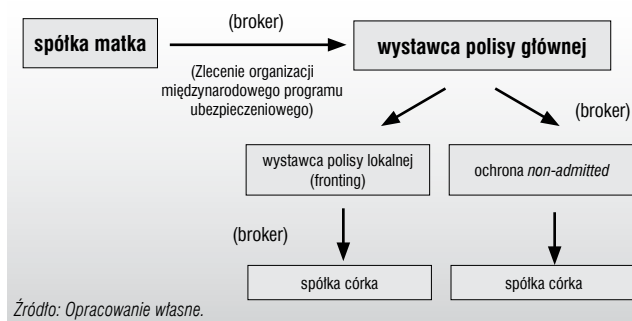
Z KIM...

Program międzynarodowy może być tworzony z zakładami ubezpieczeń:

- ➔ posiadającymi własną sieć przedstawicielstw zagranicznych. W odniesieniu do nich istotną zaletą jest szybki, przewidywalny oraz ustrukturyzowany przepływ informacji pomiędzy wystawcą polisy głównej a lokalnymi zakładami ubezpieczeń. Nie bez znaczenia jest również doradztwo w zakresie miejscowych uwarunkowań prawnych i podatkowych (pozwalające na uniknięcie „niespodzianek”, nieprzewidzianych na etapie tworzenia programu, w postaci np. dodatkowych podatków od składek, obligatoryjnej partycypacji w funduszach dla ryzyk katastroficznych lub terroryzmu, ograniczeń

- w transferze składki reasekuracyjnej, zakazu denominowania sum ubezpieczenia/sum gwarancyjnych w walutach obcych);
- ➔ posiadającymi własną sieć przedstawicielstw zagranicznych, uzupełnioną przez stowarzyszone zakłady ubezpieczeń (tam, gdzie nie posiadają własnych przedstawicielstw zagranicznych);
- ➔ nieposiadającymi własnej sieci przedstawicielstw zagranicznych, ale stowarzyszonymi w sieci świadczącej wzajemnie usługi. W ujęciu teoretycznym zalety winny być analogiczne jak powyżej, ale praktyka pokazuje, iż rozwiązanie takie nie zawsze działa wzorowo, głównie ze względu na brak bezpośredniego wpływu wystawcy polisy głównej na korespondentów – wystawców polis lokalnych. Zwrócić należy uwagę, iż dla wystawcy polisy głównej współpraca ze stowarzyszonymi zakładami ubezpieczeń wiąże się z ryzykiem kredytowym (niewypłacalności lokalnego zakładu ubezpieczeń). Ryzyko to przejawiać się może brakiem transferu składki reasekuracyjnej do reasekuratora prowadzącego polisę główną lub brakiem wypłaty odszkodowania do zagranicznego przedsiębiorstwa (pomimo otrzymania odszkodowania reasekuracyjnego z polisy głównej).

Organizacja międzynarodowego programu ubezpieczeniowego z udziałem brokera



Źródło: Opracowanie własne.

Przy wyborze zakładu ubezpieczeń istotne jest uzgodnienie możliwości wystawiania polis i prowadzenia korespondencji w językach lokalnych oraz raportowania dla spółki matki w języku polisy głównej.

Jak wspomniano we wstępie do niniejszego artykułu, międzynarodowy program ubezpieczeniowy jest częścią procesu zarządzania ryzykiem. Dlatego poza zakresem oraz kosztem ochrony ubezpieczeniowej, czynnikiem wyboru zakładu ubezpieczeń winna być również możliwość oferowania przez niego serwisu inżynierskiego w skali międzynarodowej. Pozwoli to nie tylko na ujednolicenie poziomu ryzyka w poszczególnych lokalizacjach zagranicznych, lecz także na kontrolę nad realizacją ewentualnych rekomendacji po surveyu ryzyka.

Ramy niniejszego artykułu nie dają możliwości scharakteryzowania wszystkich zagadnień szczegółowych związanych z międzynarodowymi programami ubezpieczeniowymi. Niemniej konieczne jest wskazanie, iż na każdym etapie tworzenia, implementacji oraz obsługi programu (podobnie jak i przy szeregu innych etapów procesu zarządzania ryzykiem) istotną rolę spełniać mogą brokerzy ubezpieczeniowi. Stwierdzenie to uzasadnione jest zarówno w kontekście brokerów międzynarodowych, jak i brokerów krajowych, zrzeszonych w międzynarodowych sieciach brokerskich lub kooperujących z takimi sieciami oraz brokerami międzynarodowymi. □

Znaczenie inżynierskiej oceny ryzyka dla przemysłu

Celem zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym (technicznym) jest danie klientowi odpowiedniej świadomości postrzegania ryzyka, aby mógł osiągnąć przewagę konkurencyjną poprzez podjęcie tego właśnie ryzyka w większym wymiarze niż pozostałe podmioty, w sposób niezagrażający płynności funkcjonowania jego firmy. – PIOTR SOCHACKI



Piotr Sochacki

zarządza Zespołem Inżynierskiej Oceny Ryzyka w PZU.

W ubezpieczeniach od 21 lat.

W ubezpieczeniach korporacyjnych inżynierska ocena ryzyka stanowi jeden z elementów zarządzania ryzykiem w przemyśle. Branże bardziej narażone na prawdopodobieństwo i rozmiar skutków potencjalnej dużej szkody, chociażby przemysł chemiczny, rafineryjny, wydobywczy czy energetyczny, kojarzone są jako podmioty, dla których zagadnienia związane z ryzykiem i jego oceną stanowią bardzo ważny aspekt funkcjonowania. Z praktycznego podejścia pod pojęciem 'ocena ryzyka ubezpieczeniowego' rozumiana jest ocena od strony technicznej wszelkich zagadnień klienta związanych z: BHP, ochroną ppoż., utrzymaniem ruchu, narażeniem związanym z żywiołami, przerwaniem ciągłości, oceną ekspozycji dotyczącej działalności firm obcych, ryzykiem skażenia w środowisku oraz grupą zagrożeń związanych z informatyzacją, określanych wspólnym mianem cyber.

W ocenie ryzyka techniczno-ubebezpieczeniowego nie sposób pominąć audytu ubezpieczeniowego w lokalizacji klienta. Podczas audytu dokonuje się weryfikacji jakości ryzyka oraz sprawdzenia aspektów technicznych działalności, związanych z zagadnieniami odpowiedzialnymi możliwym zakresem pokrycia ubezpieczeniowego. Zakres informacji jest bardzo szeroki i obejmuje całość zagadnień związanych z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa. Wynikiem wizyty są wnioski w postaci zaleceń mających na celu poprawę jakości ryzyka i zmniejszenie ryzyka wystąpienia szkody. Wynik audytu ubezpieczeniowego jest jednym z elementów decydujących o przedstawieniu oferty objęcia ubezpieczeniem danego ryzyka. Dlatego też w relacjach z klientem ważna jest współpraca przy realizacji zaleceń, oparta na wzajemnych zaufaniu i elastyczności np. w wypracowywaniu alternatywnych rozwiązań odnośnie do kontroli i transferu ryzyka.

ZNACZENIE AUDYTU

Podczas audytów oceny ryzyka obserwujemy z jednej strony brak świadomości dotyczącej faktu, że spełnienie tylko wymogów zawartych w przepisach to za mało, aby właściwie chronić znacznej wartości mienie. Z drugiej strony widać chęć szukania oszczędności – niestety, kosztem jakości ochrony, głównie ppoż. czy odgromowej. Powstaje pytanie, czy nie powinno się informować klienta, iż przy realnie prowadzonej działalności

jego obiekt nie będzie spełniał wymagań dotyczących ochrony ppoż. i że w przypadku pożaru jego budynek nie jest w stanie wytrzymać kilkudziesięciu minut, a ewentualna akcja ratowniczo-gaśnicza będzie nieskuteczna. Brak świadomości czy skracanie czasu powstania inwestycji powoduje, iż zaniża się wartości gęstości obciążenia ogniowego. Nie uwzględnia się rzeczywistych wartości towarów, opakowań, stref o podwyższonych wartościach, które będą wykorzystywane bądź składowane w obrębie obiektu. Dobrą praktyką jest włączanie ubezpieczyciela jeszcze na etapie projektowania danej inwestycji. **Wiele pozytywnych przykładów można odnieść do przemysłu energetycznego i chemicznego, gdzie ubezpieczyciel uczestniczy dłuższy czas w działalności zakładu, obserwuje i zapoznaje się bardzo szczegółowo z prowadzonymi procesami.** Jest jeszcze oczywiście szczególny przypadek współpracy, niestety dopiero po doznanej szkodzie, gdy klient chętnie pyta o dobre praktyki dla danej branży i próbuje sam proponować ponadnormatywne rozwiązania.

ZALEŻY OD BRANŻY

Poruszając temat zagadnień kontroli i techniczno-ubebezpieczeniowej oceny ryzyka, najkorzystniej odnieść się do przykładów modelowej współpracy i wybranych branż.

W branży spożywczej trzeba mierzyć się z problemem obiektów przemysłowych zaprojektowanych i wybudowanych na przełomie lat 70. i 80. zgodnie z ówczesną wiedzą, technologią oraz kulturą techniczną. Istotne znaczenie ma też doświadczenie załogi pracującej w zakładach, często mające swoje korzenie w tradycjach minionej epoki. Podstawą wzajemnej współpracy jest określenie oczekiwań zarówno strony ubezpieczeniowej, jak i przedsiębiorstwa.

ENERGETYKA

Znajdujące się w Polsce zasoby naturalne powodują, że najbardziej widocznym kierunkiem rozwoju energetyki zawodowej jest energetyka konwencjonalna oparta o węgiel. Polski system elektroenergetyczny zostanie uzupełniony o nowe jednostki węglowe pracujące na parametry nad- i supernadkrytyczne. Obecnie w systemie pracują już duże bloki energetyczne, na których zastosowano nowe technologie (Bełchatów, Kozienice). Zastosowanie nowych technologii i prototypowych rozwiązań

może generować zwiększone ryzyko powstania szkód. Niejednokrotnie najnowsze rozwiązania bazują głównie na modelowaniu komputerowym oraz badaniach na modelach i nie zawsze zostały przetestowane w rzeczywistych warunkach.

Kolejne inwestycje w Polsce związane są z budową bloków o parametrach nadkrytycznych, w różnym stopniu zaawansowania (Opole, Jaworzno, Turów). Jednocześnie prowadzone są prace związane z wyborem wykonawcy nowego bloku w Ostrołęce z perspektywą rozbudowy elektrowni o kolejny blok.

W przypadku obszarów bloków energetycznych zagrożeń należy spodziewać się praktycznie na każdym etapie procesu produkcyjnego, poczynając od przyjęcia paliwa, a kończąc na wyprowadzeniu mocy. Główne zagrożenia (potencjalne miejsca wystąpienia ryzyka) dla poszczególnych głównych etapów pracy elektrowni to np.

→ linie magazynowania paliwa – pożar, samozapłon,

→ linie przygotowania i podawania paliwa – pożar, wybuch,

→ kocioł – pożar, wybuch, implozja,

→ maszynownia – pożar oleju, wybuch wodoru,

→ wyprowadzenie mocy – pożar oleju transformatorowego.

Nie wspominając nawet jeszcze o zagrożeniach/szkodach maszynowych czy o ryzykach związanych z rozmieszczeniem poszczególnych elementów technologii, które w niekorzystnym przypadku mogą spowodować szkodowy efekt domina. Kolejnym aspektem nieodzownie związanym z elektrowniami systemowymi jest energetyka ciepłownicza, która na obecną chwilę w Polsce realizowana jest głównie poprzez budowę bloków gazowo-parowych. W przypadku tego typu obiektów bardzo istotnym zagadnieniem bezpieczeństwa obiektów jest jakość paliwa, które przy niezachowaniu właściwych parametrów może prowadzić do znacznych szkód w obiektach, zarówno związanych z uszkodzeniem maszyn, jak i wybuchem wewnątrz urządzeń wytwórczych.

Zwłaszcza w energetyce prawidłowe zarządzanie ryzykiem powinno polegać na samodzielnym ograniczaniu obszarów, w których może dochodzić do zdarzeń szkodowych. W działaniach tych zarówno ze strony ubezpieczonego, jak i ubezpieczyciela istotny jest udział inżynierskiej oceny ryzyka. Ważny jest częsty kontakt inżyniera z klientem w formie np. wizyt kontrolnych, podczas których możliwa jest ocena zmian zachodzących w obiektach. W przypadku pracujących bloków energetycznych obserwowaną praktyką rynkową jest okresowa wizyta w cyklach 2–3-letnich, kiedy to w trakcie jedno-, dwudniowego spotkania należy dokonać oceny. W modelu, który przynosi największe korzyści obu stronom, należałoby zwiększyć częstotliwość spotkań technicznych pomiędzy klientem (kadrą techniczną) a inżynierem oceny ryzyka do jednego w roku. Umożliwienie częstszych wizyt pozwoliłoby na pracę nad bardzo szczegółowymi aspektami poszczególnych ryzyk cząstkowych (np. jeden z obszarów procesu wytwórczego).

PETROCHEMIA

Przemysł petrochemiczny/rafineryjny możemy określić jako sektor przeróbki ropy w celu pozyskania gotowych wyrobów

(np. benzyna, olej napędowy) lub związków wykorzystywanych do dalszej syntezy bardziej specjalistycznych produktów (m.in. etylen, tlenek etylenu, propylen, toluen, fenol, aceton). Większość procesów, kiedy mówimy o skali przemysłowej, wymaga bardzo specjalistycznej i kierunkowej wiedzy, aby można było myśleć o ocenie ryzyka. Skala i skomplikowanie procesów niosą za sobą równie masową skalę potencjalnych zagrożeń związanych głównie z ryzykiem pożaru i wybuchu, nie wspominając nawet o ekstremalnej ekspozycji na środowisko naturalne. Przy czym nie możemy pominąć ryzyk związanych z coraz większymi i powszechniejszymi bazami paliw, które są odpowiedzią na zwiększoną niezależność paliwowo-energetyczną danego państwa. Wspomniane duże zagrożenie związane z ryzykiem eksplozji i pożaru wynika pośrednio ze skomplikowania technologii i konieczności utrzymania wysokiego reżimu technologicznego. **Podwyższone parametry procesowe i duże strumienie produktów powodują znaczny rozmiar szkód przy nawet najmniejszej awarii, będąc przyczyną wstrzymania produkcji części zakładu, a zarazem wielomilionowych strat.** Odpowiedzią na to, oprócz ciągłego doskonalenia technologii, są permanentne szkolenia pracowników, a w szczególności kadry operatorskiej wraz z wprowadzaniem metod kontroli/identyfikacji zagrożeń, np. w postaci analiz HAZOP. Pomimo postępu techniki, gdy część zadań przejęły na siebie zaawansowane systemy sterujące, kluczowe pozostają systemy wczesnego wykrywania i ostrzegania np. pod względem możliwości wystąpienia atmosfery wybuchowej. Dostępne środki wczesnego ostrzegania w postaci detekcji węglowodorów pozwalają na szybkie wykrycie rozszczelnienia, diagnozę i wypracowanie metody zaradczej, która jest kluczowa w procesie ograniczenia ryzyka rozwoju awarii. Jak pokazują przypadki szkodowe, operacje niestandardowe oraz zmiany parametrów procesowych często przeradzają się w sytuacje nieprzewidziane, jeżeli chodzi o zakres i wartość skutków.

Wiele instalacji na swój sposób jest jednostkowych, dlatego też tylko długotrwała współpraca i wieloletnia wymiana doświadczeń (także światowych) może dać pożądany efekt w postaci większej kontroli nad ryzykiem i zmniejszenia częstości oraz dotkliwości szkód. Wspomniany udział ubezpieczyciela już na etapie projektu instalacji jest kluczem do sukcesu. Otwartość w dyskusji i chęć ciągłego podnoszenia standardów bezpieczeństwa pozwala na wprowadzanie rozwiązań daleko wykraczających poza ustawowe ramy oraz na określenie oczekiwanego poziomu zabezpieczeń zarówno pod kątem pożarowym, jak i procesowym uwzględniającym także aspekt kosztowy projektowanej ochrony. Branża chemiczna to także szkody utraty zysku, które bywają szczególnie dotkliwe przy relatywnie małej stracie majątkowej. Wzajemna współpraca poparta szeregiem analiz, zarówno ze strony klienta, jak i ubezpieczyciela może przykładowo skutkować decyzją o zakupie zapasowej maszyny lub dobraniu działań związanych z utrzymaniem ruchu w sposób niepodnoszący znacznie kosztów eksploatacji/inwestycji, a mający zdecydowany wpływ na utrzymanie ciągłości produkcji. Wszelkie takie działania nie tylko mają pozytywny wpływ na możliwy zakres ochrony ubezpieczeniowej, ale także na jej koszty.

LOGISTYKA

Na koniec temat może trochę pomijany, ale jakże istotny w dzisiejszej gospodarce. Mowa tutaj o branży logistycznej i jej błyskawicznym rozwoju. Branża o tyle perspektywiczna, że

wiele firm zdecydowanie odchodzi od samodzielnego magazynowania wyrobów gotowych czy też półproduktów i zleca te zadania na zewnątrz. Obecnie logistyka to nie tylko dziesiątki dużych wyspecjalizowanych parków logistycznych, ale także setki i tysiące średnich i małych podmiotów oferujących ciąg czynności związanych z przepływem dóbr, obejmujących fizyczne przemieszczanie i magazynowanie surowców, materiałów, produktów oraz z przepływem informacji, tak aby działanie było sprawne i skuteczne. Na koniec mamy dziesiątki tysięcy m² hal magazynowych, gdzie dominuje wysokie składowanie różnorodnych towarów od przysłowiowych elementów metalowych poprzez sprzęt AGD-RTV do łatwopalnych substancji w postaci farb, lakierów itd., co stwarza duże wyzwanie dla ochrony pożarowej. Znacząca większość dużych (pow. 20 tys. m²) magazynów wysokiego składowania wyposażona jest w systemy tryskaczowe i oddymiania, a mniejsze

z nich w systemy sygnalizacji pożaru i ew. oddymiania. Jednak w bardzo wielu przypadkach nawet niewymagane przepisami systemy pożarowe zainstalowane w obiektach mogą okazać się niewystarczającym zabezpieczeniem i tym samym wywołać uzasadnione wątpliwości na etapie oceny ryzyka technicznego dokonywanego przez ubezpieczycieli.

Ryzyka, których ocena wskazuje na nieadekwatnie zabezpieczenie w stosunku do zagrożenia, nie są łakomym kąskiem dla ubezpieczycieli i występują trudności w obejmowaniu ich pełną ochroną ubezpieczeniową. Czasami, zamiast poprawy jakości ryzyka, pojawiają się „alternatywne pomysły rynkowe”. Jednym z obserwowanych jest – zamiast ubezpieczenia pełnego w linii majątkowej – oferowanie ubezpieczenia środków obrotowych w linii OC (OC przechowawcy), gdzie wymagania ubezpieczycieli nie są tak dokładnie zdefiniowane jak w majątku. □

Case study – branża spożywcza

Cel, przed którym stanął ubezpieczyciel, to doprowadzenie do poprawy bezpieczeństwa, przy uwzględnieniu uwarunkowań wynikających z: konstrukcji obiektów; procesów i ograniczonych możliwości ingerencji technicznych środków zabezpieczeń w istniejący schemat produkcyjny; organizacji, polegającej na rozbudzeniu świadomości istniejących zagrożeń wśród kadry zarządzającej; budżetu, czyli możliwości finansowych przedsiębiorstwa.

Pierwszym etap to wyznaczenie czynników ryzyka, które zdefiniowano w kolejności znaczenia dla bezpieczeństwa. Podjęte działania ujawniły największe ryzyko w postaci braku wydziałów pożarowych, nieadekwatnego SSP (systemu sygnalizacji pożarowej), braku możliwości prowadzenia skutecznej akcji gaśniczej, np. w części poddaszy technicznych obiektów, oraz braku skutecznych procedur działania na wypadek zagrożenia ze szczególnym uwzględnieniem postępowania załogi. W efekcie działań obiekty podzielono na strefy pożarowe konstrukcyjne w oparciu o istniejące przegrody budowlane wykonane w odpowiedniej klasie ogniowej. Zainstalowano bramy pożarowe, a tam, gdzie z przyczyn produkcyjnych było to niemożliwe, kurtyny wodne, mające ograniczyć rozprzestrzenianie się ewentualnego pożaru. Wydzielono pożarowo wszystkie pomieszczenia techniczne, w których zainicjowanie pożaru było najbardziej prawdopodobne, a z uwagi na brak stałego dozoru istniało ryzyko późnego jego wykrycia (rozdzielnie elektryczne, sprężarkownie, stacje trafo, poddasza technologiczne, maszynownie chłodnicze itd.). Naturalnym następstwem tych działań było zapewnienie specjalnej kontroli tych obiektów w celu bezzwłocznego wykrycia zagrożeń. Rozbudowano system detekcji pożaru wraz z pełną wizualizacją systemu, pozwalającą bezzwłocznie zlokalizować zagrożenie. Dokończono należytej staranności przy szkoleniu służb dozoru, opracowano jednoznaczną, czytelną procedurę reagowania. Podjęto ścisłą współpracę z miejscowymi jednostkami Państwowej Straży Pożarnej, które otrzymały podgląd online i w przypadku powstania ewentualnego

pożaru mogły śledzić jego propagację. System taki pozwala na skuteczne prowadzenie akcji gaśniczej, co w wypadku obiektu wielkości kilku hektarów ma kluczowe znaczenie.

Wychodząc z założenia, że ryzyka powstania pożaru nie można całkowicie wyeliminować, ale można starać się kontrolować jego przebieg i podejmować skuteczne działania ratownicze, poddano analizie scenariusze akcji ratowniczych, ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do poszczególnych pomieszczeń, zabezpieczenia odpowiedniej ilości i jakości urządzeń pożarowych, realnych możliwości prowadzenia akcji gaśniczej z uwzględnieniem bezpieczeństwa zarówno załogi, jak i drużyn ratowniczych. Efektem tych prac było przykładowo:

- wykonanie dodatkowych instalacji zasilania w wodę do celów pożarowych w krytycznych pomieszczeniach (np. poddasza technologiczne) z uwzględnieniem wykonania podestów i drabin pożarowych umożliwiających szybki dostęp do poddaszy oraz wykonano włazy awaryjne w dachu umożliwiające wprowadzenie środków gaśniczych;
- wykonanie kilkuset metrów ciągów komunikacyjnych opartych o konstrukcje obiektów, pozwalających na bezpieczne prowadzenie akcji gaśniczej również w przypadku zadymienia.

Powyższe działania nie wyczerpały oczywiście wszystkich podjętych akcji szczegółowych, mających równie istotny wpływ na bezpieczeństwo, dla przykładu:

- wykonanie instalacji zraszaczowych, zabezpieczających zbiorniki amoniaku;
- wyposażenie rozdzielni w wyłączniki różnicowoprądowe oraz przepięciowe;
- dywersyfikację źródeł zasilania w wodę do celów pożarowych.

Łącznie sformułowano kilkadziesiąt zaleceń, przy budżecie w wysokości 10 mln zł. Czas realizacji wyniósł ok. 3 lata.

Ubezpieczenia transgraniczne w Unii Europejskiej

Ubezpieczanie działalności zagranicznej wymaga rozstrzygnięcia fundamentalnej kwestii o charakterze formalnym – jaki jest zasięg terytorialny posiadanego przez zakład ubezpieczeń zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, uwzględniając przy tym złożone notyfikacje.

– PIOTR WÓJCİK



Piotr Wójcik

jest dyrektorem Departamentu Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej, Axa.

W ubezpieczeniach od 26 lat.

Ważnym motorem wzrostu gospodarczego Polski jest wciąż rosnąca aktywność przedsiębiorstw za granicą. Jej skalę dobrze zilustruje kilka danych statystycznych dotyczących sprzedaży i inwestycji zagranicznych.

EKSPANSJA ZAGRANICZNA

W ciągu 10 lat eksport towarów w liczbach nominalnych wzrósł ponad 2 razy, osiągając w 2016 r. wartość 803 mld zł (rys. 1).

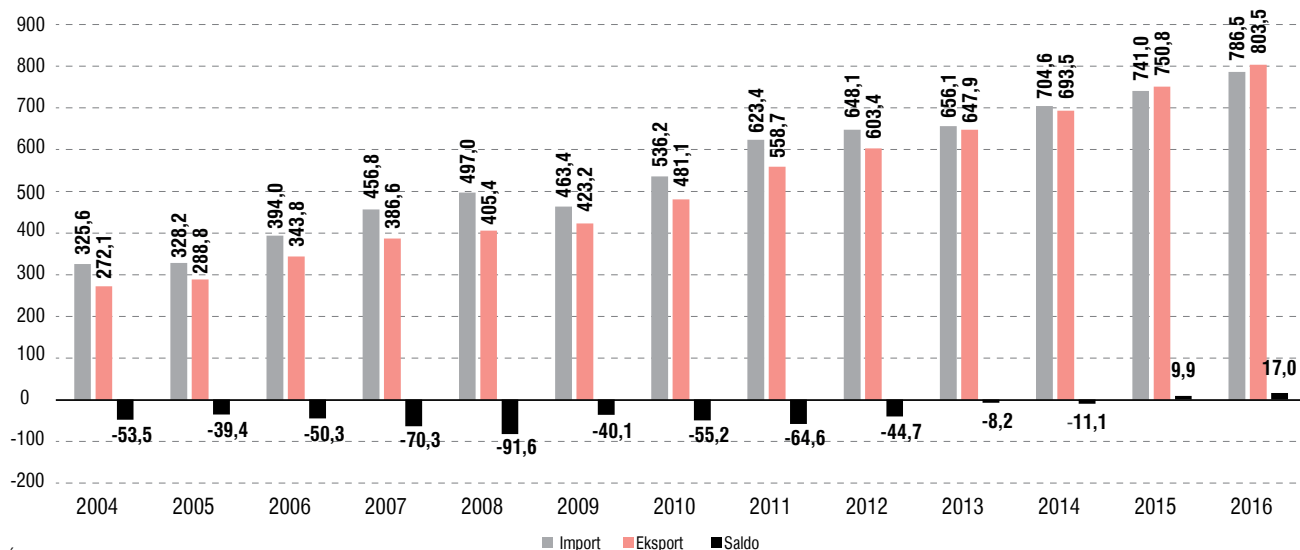
Od 2015 r. eksport przewyższa import, choć nadwyżka jest nadal niewielka. Zdecydowana większość eksportu, bo aż 80%, trafia do krajów UE.

Aktywność zagraniczna to też eksport usług. Przychody z tego tytułu zwiększyły się o ponad 70% w ciągu 5 lat i przekroczyły 170 mld zł w 2015 r. (rys. 2).

Na szczególną uwagę zasługuje jeszcze szybszy wzrost wartości eksportowanych usług informatycznych (mieszczą się w kategorii „pozostałe”). Są to m.in. usługi konsultacyjne, instalacja i konserwacja sprzętu komputerowego, które w samym 2015 r. wzrosły aż o 24% do kwoty 16,6 mld zł. Tempo wzrostu w 2016 r. było podobne. Z tego względu zagraniczne usługi IT wraz z eksportem usług budowlanych (4,0 mld zł w 2015 r.) powinny przyciągać uwagę ubezpieczycieli, szczególnie odpowiedzialności cywilnej i ryzyk budowlano-montażowych.

Inną formą ekspansji zagranicznej są inwestycje bezpośrednie. Dzięki nim powstają międzynarodowe grupy kapitałowe zarządzane z Polski. Skalę zaangażowania obrazuje wartość akcji zagranicznych, która w 2016 r. przekroczyła 123 mld zł (tab. 1). W kwocie tej dominują co prawda inwestycje w fundusze zarejestrowane w Luksemburgu (część z nich ma charakter czysto finansowy, a część z nich jest wehikułem finansowym do zarzą-

Rys 1. Obroty handlu zagranicznego Polski w mld zł



Źródło: GUS.

dzania inwestycjami pośrednimi), ale – szczególnie interesujące z ubezpieczeniowego punktu widzenia – inwestycje w spółki zajmujące się przetwórstwem przemysłowym sięgnęły już 17 mld zł. Co ciekawe, tempo inwestycji zagranicznych znacząco przyspiesza: z niecałych 10 mld zł w 2012 r., do ponad 31 mld w 2016 r.

Aktywność zagraniczna polskiego biznesu wymaga więc, by ubezpieczyciele przedstawili ofertę, która z jednej strony będzie odpowiedzią na potrzeby przedsiębiorców, z drugiej uwzględni złożone wymagania prawne krajów lokalizacji ryzyka. Niewątpliwie nie ma tu miejsca na rozwiązania typu *one-fits-all* i ubezpieczenie musi być dostosowane do formy aktywności zagranicznej i jej zasięgu terytorialnego.

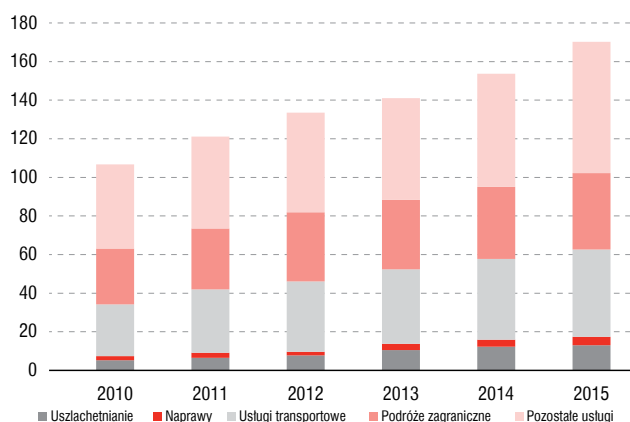
Przytoczone dane wskazują również, że **głównym obszarem rozwoju polskich firm są kraje UE**. Z tego względu kluczowe jest prawidłowe zastosowanie dotyczącej UE zasady swobody świadczenia usług.

SWOBODA ŚWIADCZENIA USŁUG UBEZPIECZENIOWYCH

Stosowanie zasady swobody świadczenia usług w UE rozciągnięte jest na kraje Europejskiego Obszaru Gospodarczego, czyli również Islandię, Norwegię i Liechtenstein. W polskim systemie prawnym kwestię tę reguluje art. 211 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zgodnie z którym krajowy zakład ubezpieczeń, który zamierza rozpocząć wykonywanie działalności ubezpieczeniowej na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE w inny sposób niż przez oddział (czyli w ramach swobody świadczenia usług), zawiadamia o tym organ nadzoru. Polski organ nadzoru, po uzupełnieniu zawiadomienia o informacje wskazane w art. 211 ust. 3 UDUiR, przekazuje je do organu nadzoru państwa, w którym zakład ubezpieczeń zamierza podjąć działalność (notyfikacja). Równocześnie z przekazaniem notyfikacji organ nadzoru informuje o tym fakcie zakład ubezpieczeń, który w świetle regulacji UDUiR z tą chwilą może podjąć działalność. Sama **procedura notyfikacji dotyczy poinformowania o zamiarze prowadzenia działalności transgranicznej i powinna być przeprowadzona przed rozpoczęciem planowanej działalności**, a więc przed zawarciem pierwszej transgranicznej umowy ubezpieczenia. Organ nadzoru wymaga dodatkowo, by zakład ubezpieczeń przekazał informację o faktycznym rozpoczęciu działalności transgranicznej oraz złożył oświadczenie o spełnianiu wymogów prawnych państwa, gdzie rozpoczęto działalność.

Warto przy tym wspomnieć o konsekwencjach prowadzenia działalności transgranicznej bez notyfikacji. Taka umowa

Rys. 2 Struktura przychodów z międzynarodowego handlu usługami



Źródło: NBP

ubezpieczenia jest nadal w pełni skuteczna, tj. strony stosunku ubezpieczenia mogą skutecznie żądać od zakładu ubezpieczeń przyrzeczonych świadczeń. Jednakże zakład ubezpieczeń prowadzi wówczas działalność z naruszeniem przepisów prawa. Jedną z możliwych sankcji jest wydanie przez organ nadzoru zakazu wykonywania działalności ubezpieczeniowej na terytorium danego państwa.

Objęcie ubezpieczeniem ryzyka umiejscowionego poza Polską wiąże się z potrzebą przygotowania oferty na zawarcie tzw. programu międzynarodowego. W przypadku ryzyk umiejscowionych w UE może opierać się on w całości na zasadzie swobody świadczenia usług – wówczas ochrona jest udzielana wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej w Polsce. W drugim przypadku, szczególnie gdy ryzyko zagraniczne jest złożone, zawierana jest dodatkowa, lokalna umowa ubezpieczenia. Niezależnie od przyjętej konstrukcji przygotowanie odpowiedniej oferty wymaga od underwritera wiedzy o miejscowym prawie, m.in. w zakresie wymaganych ubezpieczeń obowiązkowych.

Umiejscowienie ryzyka jest też kluczowe dla ustalenia jurysdykcji podatkowej. O ile sam sposób wykonywania uprawnień do udzielania ochrony ubezpieczeniowej został w UE zharmonizowany, to opodatkowanie składki, jak i jej obciążenie opłatami parafiskalnymi, zostało wyraźnie pozostawione w gestii państw umiejscowienia ryzyka. Mimo że co do zasady dla ustalenia jurysdykcji podatkowej stosuje się podobne reguły jak dla umiejscowienia ryzyka, to krajowe ustawodawstwo podatkowe wprowadziło w tym zakresie szereg regulacji odmiennych. W skrajnych przypadkach ryzyko może więc być umiejscowione w innym kraju niż jurysdykcja podatkowa.

UMIEJSCOWIENIE RYZYKA

Ubezpieczanie działalności zagranicznej wymaga rozstrzygnięcia fundamentalnej kwestii o charakterze formalnym – jaki jest zasięg terytorialny posiadanego przez zakład ubezpieczeń zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, uwzględniając przy tym złożone notyfikacje.

W tym celu należy ustalić kraj umiejscowienia ryzyka objętego ubezpieczeniem, gdyż w tymże kraju będzie wykonywana działalność ubezpieczeniowa. Dla państw członkowskich UE regu-

Tab. 1 Stan należności z tytułu polskich inwestycji bezpośrednich za granicą na koniec roku (w mln zł)

Rok	Akcje i inne formy udziałów kapitałowych	Instrumenty dłużne	Ogółem	Transakcje
2012	72 051	8 855	80 906	9 447
2013	84 492	-984	83 508	-1 426
2014	101 477	-4 129	97 348	9 142
2015	108 624	-1 375	107 250	18 831
2016	123 111	-712	122 398	31 833

Źródło: NBP

luje to przepis art. 3 ust. 1 pkt 35 UDUiR, zgodnie z którym (...) państwem członkowskim Unii Europejskiej, w którym zakład ubezpieczeń (...) świadczy usługi, jest państwo członkowskie Unii Europejskiej umiejscowienia ryzyka (...). Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 28 UDUiR państwem członkowskim UE umiejscowienia ryzyka jest to państwo członkowskie, w którym:

- a) znajduje się nieruchomość wraz z częściami składowymi i przynależnościami oraz znajdującym się w niej mieniem, o ile mienie to jest objęte tą samą umową ubezpieczenia co nieruchomość,
- b) pojazd jest zarejestrowany, w przypadku gdy umowa ubezpieczenia dotyczy pojazdu podlegającego rejestracji, z zastrzeżeniem lit. c,
- c) pojazd mechaniczny ma być zarejestrowany, w przypadku gdy pojazd mechaniczny został nabyty w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż to, w którym ma być zarejestrowany, ale nie dłużej niż przez okres 30 dni od dnia objęcia pojazdu mechanicznego w posiadanie przez jego nabywcę,
- d) została zawarta umowa ubezpieczenia, na okres nie dłuższy niż 4 miesiące, dotycząca ubezpieczenia związanego z podróżą, niezależnie od grupy określonej w załączniku do ustawy,
- e) ubezpieczający będący osobą fizyczną ma stałe miejsce zamieszkania albo ubezpieczający będący osobą prawną ma siedzibę jednostki organizacyjnej objętej umową ubezpieczenia – w przypadkach innych niż określone w lit. a–d.

UBEZPIECZENIA NIERUCHOMOŚCI

Do ubezpieczeń nieruchomości, takich jak ubezpieczenie od ognia, od wszystkich ryzyk albo budowy, stosować się będzie lit. a powyższego przepisu – oznacza to, że ryzyko będzie umiejscowione w państwie, w którym znajduje się ubezpieczona nieruchomość. Zasada ta jest rozciągnięta na części składowe i przynależności nieruchomości, a także, jeśli są objęte tą samą umową ubezpieczenia co nieruchomość, rzeczy ruchome w niej się znajdujące.

W tym miejscu warto przypomnieć pojęcia części składowej i przynależności.

Częścią składową jest przedmiot materialny połączony z innym przedmiotem materialnym (tutaj: nieruchomością, czyli np. budynkiem), pełniącym rolę rzeczy nadrzędnej. W przypadku nieruchomości jej częścią składową mogą być też prawa związane z własnością nieruchomości – co może być istotne dla umiejscowienia ryzyka objętego ubezpieczeniem tytułu prawnego do nieruchomości (*title insurance*).

Dany przedmiot staje się częścią składową nieruchomości z chwilą połączenia z rzeczą nadrzędną w taki sposób, że będzie istniała równocześnie więź fizykalno-przestrzenna, oraz więź funkcjonalna (gospodarcza), a samo połączenie będzie miało charakter trwały.

Z tą chwilą rzecz połączona traci swój samoistny byt w sensie fizycznym, gospodarczym i prawnym. Sama więc fizyczna nie musi być przy tym tak ścisła, że odłączenie części składowej prowadzi do istotnego uszkodzenia całości lub odłączonej

części. Z tego punktu widzenia wystarczające jest połączenie o charakterze luźnym w sensie fizycznym.

Inaczej należy potraktować rzeczy, które są łączone z rzeczą nadrzędną jedynie dla przemijającego (co nie oznacza automatycznie, że krótkotrwałego) użytku. Przykładem może być maszyna budowlana, która dla prawidłowej pracy wymaga wbudowania w fundament albo baraki zaplecza budowy, nawet jeśli są wzniesione na trwałych fundamentach. Jeśli intencją osoby dokonującej połączenia rzeczy jest jego zakończenie po pewnym czasie, rzecz taka nie jest traktowana jako część składowa nieruchomości.

W odniesieniu do rzeczy ruchomych (np. narzędzia i maszyny budowlane), gdy są ubezpieczone odrębnie od samej nieruchomości, nawet jeżeli znajdują się w nieruchomości, zastosowanie będzie miało kryterium ustalone przepisem lit. c (w uproszczeniu: kraj siedziby ubezpieczonego), które będzie analizowane w części tekstu poświęconej ubezpieczeniu OC.

Przynależnością nieruchomości (zwanej rzeczą główną) może być jedynie rzecz ruchoma (zwana rzeczą pomocniczą) potrzebna do korzystania z niej zgodnie z przeznaczeniem, o ile pozostaje z nią w faktycznym związku odpowiadającym temu celowi. Oznacza to, że między rzeczą pomocniczą a rzeczą główną musi zachodzić faktyczna i trwała (stała) więź gospodarcza.

Podsumowując ten wątek, należy stwierdzić, że:

→ ubezpieczenie nieruchomości, w tym prac budowlanych, będzie zlokalizowane w kraju położenia nieruchomości. Tak samo będzie dla ruchomości, takich jak wyposażenie biur, znajdujących się w niej, gdy są objęte tą samą umową ubezpieczenia;

→ z formalnego punktu widzenia mienie takie jak materiały budowlane i elementy przeznaczone do montażu, maszyny budowlane i tymczasowe zaplecze budowy podlega kryterium e, a więc umiejscowieniu według siedziby ubezpieczonego. Nie jest to wówczas ryzyko transgraniczne (choć z punktu widzenia jurysdykcji podatkowej może być inaczej). Formalna poprawność wymagałaby więc podzielenia umowy ubezpieczenia ryzyk budowy i montażu na dwie części – krajową (wymienione mienie) i transgraniczną (sama nieruchomość). Warto zauważyć, że dla materiałów budowlanych i elementów do montażu z chwilą ich trwałego połączenia z nieruchomością ryzyko zmienia swoje umiejscowienie na kraj położenia nieruchomości;

→ dla mienia ruchomego objętego odrębną umową ubezpieczenia stosuje się kryterium c (siedziba ubezpieczonego). Tak będzie np. w przypadku leasingowanych urządzeń. Gdy ubezpieczony – leasingodawca ma siedzibę w Polsce, nie jest to ryzyko transgraniczne, nawet jeżeli samo urządzenie służy jako wyposażenie biura zagranicznego leasingobiorcy. Podobnie będzie w przypadku ubezpieczenia dzieł sztuki wypożyczonych na wystawę zagraniczną.

UBEZPIECZENIE OC

W odniesieniu do umów ubezpieczenia OC stosuje się definicję umiejscowienia ryzyka według cytowanego wcześniej art. 3 ust. 1 pkt 28 lit. c UDUiR.

W tym przypadku umiejscowienie ryzyka ustala się według kryterium kraju miejsca zamieszkania osoby fizycznej będącej ubezpieczającym albo – gdy ubezpieczającym jest osoba prawna – kraju siedziby jej jednostki organizacyjnej objętej ubezpieczeniem. Uznać należy więc, że w odniesieniu do osób prawnych rozstrzygająca jest siedziba ubezpieczonego podmiotu. Mniej jednoznaczne w tym kontekście jest sformułowanie analogicznego zapisu art. 13 ust. 13) pkt d) podpunkt (ii) dyrektywy Solvency II, który zawiera definicję państwa umiejscowienia ryzyka i posługuje się terminem *establishment to which contract relates* (w wersji angielskiej dyrektywy Solvency II zapis ten brzmi następująco: *The Member State where in which either of the following is situated: (i) the habitual residence of the policy holder; or (ii) if the policy holder is a legal person, that policy holder's establishment to which the contract relates.*). Na tle tego sformułowania powstała wątpliwość, czy odnosi się ono również do podmiotów zależnych ubezpieczającego? Kwestia ta została rozstrzygnięta przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości w wyroku w sprawie Kvaerner plc (wyrok ETS z 14.06.2001 r. w sprawie Kvaerner plc przeciwko Staatssecretaris van Financiën, C-199/99, EU:C:2001:332). Wspomniany wyrok dotyczył wprowadzenia definicji umiejscowienia ryzyka według nieobowiązującej już drugiej Dyrektywy (Druga Dyrektywa Rady 88/357/EWG z 22.06.1988 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie i ustanowienia przepisów ułatwiających skuteczne korzystanie ze swobody świadczenia usług oraz zmieniająca dyrektywę 73/239/EWG (Dz.Urz.UE.L 1988 Nr 172, str. 1)), jednak takie samo sformułowanie powtarza obowiązująca dyrektywa Solvency II. ETS uznał, że pojęcie *establishment to which contract relates* dotyczy również podmiotów zależnych objętych ubezpieczeniem. Jeżeli umowa ubezpieczenia obejmuje jako ubezpieczonych podmioty zależne mające siedziby w kilku krajach, miejscem umiejscowienia ryzyka są kraje ich siedzib.

O ile tak rozumianą normę łatwo zastosować do zagranicznych spółek zależnych wymienionych *expressis verbis* w umowie jako ubezpieczeni, powstają wątpliwości co do obejmowania ubezpieczeniem innych niż podmioty zależne prawnie-organizacyjnych form obecności za granicą, np. związanych z obsługą eksportu czy też prowadzeniem zagranicznych prac budowlanych.

Ani UDUiR, ani dyrektywa Solvency II nie definiują w tym kontekście pojęcia jednostki organizacyjnej, ani pojęcia *establishment* (na marginesie warto zauważyć, że umiejscowienie siedziby organu zarządzającego jest w tym kontekście pozbawione znaczenia). W treści dyrektywy Solvency II pojawia się co prawda definicja pojęcia *establishment*, ale tylko w odniesieniu do struktury organizacyjnej zakładu ubezpieczeń. Jest ona ujęta bardzo szeroko, gdyż poza oddziałem, agencją (przedstawicielstwem) obejmuje każdą formę stałej fizycznej obecności służącą do prowadzenia działalności gospodarczej. W tym ujęciu *establishment* jest rozumiany jako faktyczna forma organizacji, a nie byt prawny.

Gdyby jednak przyjąć podobne rozumienie pojęcia jednostki organizacyjnej w odniesieniu do interpretacji zapisów UDUiR, należałoby uznać, że np. prowadzenie biura handlowego obsługującego eksport w danym państwie albo zorganizowanie zaplecza budowy powodowałaby umiejscowienie ryzyka w tym państwie. Za takim ujęciem może przemawiać interpretacja

celowościowa. Pojęcie umiejscowienia ryzyka jest stosowane w celu uregulowania zasad wykonywania działalności przez zakłady ubezpieczeń. Nadrzędnym celem tej regulacji jest zapewnienie bezpieczeństwa finansowego ubezpieczających, ubezpieczonych oraz beneficjentów umowy ubezpieczenia – w przypadku umowy ubezpieczenia OC może to oznaczać również poszkodowanych. W takim ujęciu obecność w obszarze prawnym danego państwa członkowskiego UE w każdej formie organizacyjnej, która może spowodować powstanie odpowiedzialności cywilnej, a więc potencjalnie możliwość skorzystania przez poszkodowanego z zawartej umowy ubezpieczenia OC, powinna podlegać regulacji prawnej. Wówczas objęcie ubezpieczeniem szkód wyrządzonych w związku z prowadzeniem działalności na terenie danego państwa, np. w związku z realizacją kontraktu budowlanego, który wymaga zorganizowania zaplecza budowy, skutkowałoby umiejscowieniem ryzyka w tym państwie członkowskim.

Konsekwencje takiej interpretacji są daleko idące. Oznaczałoby to, że np. każde wsparcie organizacyjne udzielane sprzedaży eksportowej w danym kraju powodowałoby umiejscowienie ryzyka w tym kraju. Tymczasem w europejskiej praktyce ubezpieczeniowej działalność eksportowa jest traktowana tak, jakby w całości była wykonywana w państwie członkowskim siedziby eksportera.

Przeciwko tak szerokiemu rozumieniu pojęcia jednostka organizacyjna (*establishment*) przemawia argument, że **odpowiedzialność za szkodę może ponosić jedynie skonkretyzowany podmiot, a więc co do zasady osoba mająca podmiotowość prawną**. Tak więc ubezpieczenie OC nie tyle obejmuje odpowiedzialność związaną z funkcjonowaniem poszczególnych jednostek organizacyjnych zlokalizowanych w konkretnych miejscach, a raczej odpowiedzialność podmiotu, który utworzył te jednostki. Innymi słowy – umowa ubezpieczenia OC nie musi wskazywać jako ubezpieczonych na poszczególne jednostki organizacyjne, od czego miałyby zależeć istnienie ochrony, a podmiot prawa jako całość. Co więcej, ścisłe stosowanie się do szerokiej interpretacji w praktyce byłoby bardzo trudne. Zawierając umowę ubezpieczenia, obejmującą eksport do krajów UE albo realizację budów na tym obszarze, konieczne byłoby zbadać, jakiego rodzaju środki organizacyjne dla wsparcia swojej działalności podejmuje potencjalny ubezpieczony. Od tego zależałoby ewentualne potraktowanie ryzyka jako transgranicznego. Ponadto ubezpieczony, już po zawarciu umowy, mógłby przecież zwiększyć swoje zaangażowanie w działalność eksportową albo usługi świadczone za granicą. Umowa ubezpieczenia stałaby się wtedy, już bez wiedzy zakładu ubezpieczeń, umową transgraniczną.

Być może właściwa byłaby interpretacja pośrednia, według której tak długo, jak stosujemy zapis lit. e do umów ubezpieczenia OC, ubezpieczona jednostka organizacyjna powinna być albo osobą prawną, albo posiadać pewną formę podmiotowości, jaką daje status ulomnej osoby prawnej. W tej kwestii brakuje niestety orzecznictwa. Istnieje natomiast szereg krajowych przepisów i orzeczeń ws. opodatkowania składki w przypadku obejmowania ubezpieczeniem różnych form organizacyjnych. Niestety ze względu na brak harmonizacji nie dają one spójnej interpretacji, która mogłaby być pomocna do pełnego rozstrzygnięcia zagadnienia umiejscowienia ryzyka w odniesieniu do jednostek organizacyjnych objętych ubezpieczeniem. □

Tajniki ubezpieczenia armatora morskiego

Do dzisiaj katastrofy morskie ze względu na swoją znaczną skalę pozostają wdzięcznym tematem dla mediów, wiele dni po zdarzeniu oddziałując na wyobraźnię ogromnymi, z punktu widzenia przeciętnego „szczura lądowego”, szkodami. – **RAFAL KILIŃSKI**



Rafał Kiliński
jest prezesem TUW PZUW.
W ubezpieczeniach od 20 lat.

Złożoność okoliczności, które towarzyszą podróży morskiej, wymaga specyficznych aranżacji dla pełnego zabezpieczenia interesu ubezpieczonego. Z kolei ubezpieczyciel biorący na siebie ciężar ryzyk morskich przy ich kwotowaniu musi nie tylko skupiać swoją uwagę na możliwości zastosowania konkretnych warunków, ale też powinien posiadać rozległą wiedzę o specyfice ubezpieczanych jednostek czy też przewożonego przez nie ładunku, a także o warunkach żeglugi na poszczególnych akwenach.

Polisa morska może pokrywać ryzyka związane z pojedynczą podróżą lub może zabezpieczać interes ubezpieczonego podczas określonego czasu. W odniesieniu do statków zazwyczaj zawiera się ubezpieczenia roczne. Przykładem ubezpieczenia na podróż może być ubezpieczenie zawierane na czas przejścia jednostki o własnych siłach lub jej holowania z portu, gdzie został dokonany jej zakup, np. do portu złomowania. Ubezpieczeniem polisą morską można objąć pojedynczą jednostkę (z ang. tzw. *singleton*) lub całą ich flotę.

PODZIAŁ RYZYK MORSKICH

Początkowo zarówno właściciele statków, jak i transportowanych ładunków, zadowalali się ochroną ubezpieczeniową samej jednostki lub ładunku. Później w tym miejscu zaczęto używać pojęcia *insurable interest*, którego definicja została zawarta w Marine Insurance Act 1906, a która mówi, iż przedmiotem ubezpieczeń morskich jest „interes” związany z ubezpieczonym statkiem lub ładunkiem, czyli to nie statek lub ładunek są przedmiotem ubezpieczenia, a związany z nimi interes majątkowy, dający się wymiernie ocenić w przeliczeniu na konkretne sumy pieniędzy. Kolejnym krokiem w rozwoju ubezpieczeń morskich, mającym swe źródło w rozwoju żeglugi, było wydzielenie systemu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej armatora wobec osób trzecich, które w oparciu o pojawiające się nowe normy lub przepisy międzynarodowe coraz częściej miały podstawę do wysuwania różnych roszczeń pod adresem armatorów.

W efekcie wyżej wspomnianej ewolucji ubezpieczeń morskich możemy generalnie podzielić je na trzy podstawowe grupy:

- ➔ ubezpieczenia odnoszące się do samego statku – tzw. kadłub i maszyna (*hull & machinery*)

- ➔ ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej armatora – tzw. P&I, co jest skrótem od angielskiego *protection and indemnity*
- ➔ ubezpieczenia ładunku – tzw. cargo, które należą do grupy ubezpieczeń morskich, ale chronią głównie interes właściciela ładunku, a niekoniecznie armatora jednostki.

UBEZPIECZENIA CASCO

Ubezpieczenia KiM

Obecnie na świecie funkcjonuje kilka standardów opierających się na zasadach zbliżonych do Klauzul Instytutowych. Wśród nich są m.in. klauzule niemieckie (DTV), norweskie (*Norwegian Marine Plan*), amerykańskie (*American Institute Hull Clauses – AIHC*) czy też japońskie. Jednakże w Europie, a co za tym idzie i w Polsce, tradycyjnie ubezpieczyciele, reasekurujący często swoje portfele na rynku angielskim, zazwyczaj odwołują się do tzw. warunków instytutowych (*Institute Clauses*) opartych na polisie angielskiej.

Ubezpieczenie kadłub i maszyna jest często skrótowo określane w Polsce mianem ubezpieczenia casco jednostki. Ubezpieczenie pokrywa szkody fizyczne doznane przez sam statek lub powstałe w jego urządzeniach, maszynach i zainstalowanym wyposażeniu w wyniku zaistnienia zdarzeń/ryzyk objętych ubezpieczeniem zgodnie z aktualnie obowiązującą dla danej jednostki polisą.

Ponadto polisa taka pokrywać może wynagrodzenie za ratownictwo morskie, koszty poniesione przez armatora jednostki w celu zapobieżenia zwiększeniu się rozmiarów szkody, udział w awarii wspólnej.

Dodatkowo polisa casco może także zawierać elementy pokrycia odpowiedzialności cywilnej zwanej *collision liability*. Wprowadzenie takiego rozszerzenia do polisy jednostki zabezpiecza interesy armatora w sytuacji, kiedy jego jednostka wyrządzi szkodę innym obiektom stałym (np. nabrzeże) i/lub pływającym (np. inny statek lub boja). Z angielskiego obiekty takie określa się skrótowo mianem FFO (*fixed and floating objects*). Posługując się klauzulami instytutowymi, włączenia takiego dokonujemy poprzez pozostawienie (nieskreślenie) w treści polisy zapisu utrzymującego klauzulę szczegółową *collision liability* pierwotnie nazywaną *running-down clause*, czyli klauzulą kolizyjną (w skrócie RDC) i stosowaną początkowo wyłącznie w zakresie ¾ RDC, co

poprzez przerzucenie na armatora odpowiedzialności finansowej za ¼ wymiaru wyrządzonej szkody miało go motywować do prowadzenia bezpiecznej żeglugi i unikania zdarzeń rodzących tego typu odpowiedzialność ubezpieczycieli. Obecnie istnieje możliwość włączenia pełnej odpowiedzialności kolizyjnej, tj. w wymiarze 4/4.

Zazwyczaj każda polisa KiM zawiera zapis o franszyzie redukcyjnej. Jednak w przypadku straty całkowitej jednostki (z ang. *total loss*, w skrócie TL lub *actual total loss*) franszyzy nie potrąca się, wypłacając pełną sumę ubezpieczenia jednostki. Podobna praktyka ma miejsce, gdy mamy do czynienia z tzw. konstruktywną stratą całkowitą (*constructive total loss*, w skrócie CTL), tj. z sytuacją, gdy jednostka faktycznie nie zatonięła, ale np. weszła na mieliznę lub rozbiliła się o skały w tak trudnym dla ratowników rejonie, iż koszty jej uratowania przewyższają wartość jednostki, a także w sytuacji, gdy uszkodzenia kadłuba czy też maszyny są tak znaczne, iż czynią naprawę nieopłacalną. Wówczas ubezpieczyciel decyduje się uznać CTL, wypłacając sumę ubezpieczenia armatorowi tak, jak dzieje się to w przypadku zatonięcia statku na pełnym morzu, czyli klasycznego przykładu TL.

Kolejnym charakterystycznym dla standardowej polisy casco zapisem jest klauzula o jej nierozwiązywalności w okresie ubezpieczenia, za wyjątkiem sytuacji, gdy statek zostanie sprzedany lub składka nie zostanie opłacona w wyznaczonym przez ubezpieczyciela terminie. W takiej sytuacji polisa automatycznie wygasa, jak również wówczas, gdy zmieni się właściciel jednostki, jej zarządzający, czarterujący lub też zmieni się lub wygaśnie klasa statku będąca, ujmując to w bardzo dużym uproszczeniu, odpowiednikiem wykonywanego np. w samochodzie przeglądu technicznego dopuszczającego tenże samochód do ruchu. Nadanie klasy jednostce jest procesem o wiele bardziej skomplikowanym, wymagającym częstokroć zaangażowania wysokiej klasy specjalistów z różnych dziedzin.

Należy też wspomnieć, iż w świetle warunków sumy ubezpieczenia statku jest wielkością umowną (*agreed value policy*), co oznacza, że armator sam deklaruje wielkość sumy ubezpieczenia. Jednakże generalnie nie dopuszcza się zbyt dużej nadinterpretacji swobody ustalania SU, gdyż np. w polskim Kodeksie morskim znajdują się wyraźne zapisy o zastosowaniu zasady proporcji w przypadku niedo-ubezpieczenia i ograniczeniu sumy do wartości ubezpieczenia w przypadku nadubezpieczenia (art. 266).

Polisy KiM za wyjątkiem nielicznych wypadków (kiedy zostają rozszerzone do all risks poprzez zastosowanie *liner negligence clause*) są tzw. polisami od niebezpieczeństw/ryzyk nazwanych (*named perils policy*), czyli wymieniają w swej treści lub w treści przywoływanych warunków ryzyka/niebezpieczeństwa (*perils*), które, będąc przyczyną szkody, uruchamiają odpowiedzialność polisową ubezpieczyciela.

Pośród pokrytych ryzyk w świetle *institute time clauses* (klauzula 6) możemy znaleźć szkody lub uszkodzenia jednostki doznane na skutek m.in.:

W części A (grupa 6.1) umieszczono ryzyka mające charakter losowy/przypadkowy:

- ➔ wystąpienia ryzyka/niebezpieczeństwa morza (*perils of the seas*), które są pojęciem bardzo szerokim, zawierającym takie zdarzenia jak wejście na mieliznę, uderzenie o dno, trudne warunki pogodowe czy też kolizje doznane z innymi obiektami na morzu, jeśli tylko miały charakter przypadkowy i nieprzewidywany,

- ➔ pożaru/wybuchu,
- ➔ kradzieży dokonanej przez osobę z zewnątrz,
- ➔ wyrzucania ładunków poza burtę,
- ➔ piractwa,
- ➔ uszkodzenia lub awarii reaktorów lub instalacji nuklearnych,
- ➔ kontaktu ze statkiem powietrznym lub podobnym obiektem, a także lądowym środkiem transportu czy też jakąkolwiek instalacją lądową lub portową,
- ➔ trzęsienie ziemi, erupcję wulkanu.

Część B (grupa 6.2) natomiast zwana jest *due diligence perils* ze względu na to, iż szkody będące następstwem realizacji wymienionych w tej grupie ryzyk mogą być z punktu widzenia ubezpieczyciela wątpliwe przez udział czynnika ludzkiego (element dochowania należytej staranności) i z tej przyczyny wymagać mogą dowodzenia zasadności roszczenia przez ubezpieczonego. Do tej grupy ryzyk zaliczamy:

- ➔ wypadki przy załadunku lub wyładunku ładunku lub bunkru (paliwa),
- ➔ wybuchy kotłów, pęknięcia/uszkodzenia wału albo innego ukrytego defektu w maszynie lub kadłubie jednostki,
- ➔ niedbalstwo, niedopełnienie obowiązków (niedołożenie należytej staranności) przez dowództwo jednostki lub pilota,
- ➔ niedołożenie należytej staranności przez osoby dokonujące napraw albo czarterujących z zastrzeżeniem, że taki naprawiający albo czarterujący nie jest ubezpieczonym w świetle aktualnie obowiązującej polisy danej jednostki,
- ➔ baraterię (tj. działania kapitana, oficerów lub załogi na szkodę czarterującego, załadowcy lub armatora) z zastrzeżeniem, że nie jest ona wynikiem braku należytej troski ze strony ubezpieczonego, armatora czy też menedżera jednostki.

Należy tu także dodać, iż w świetle przywoływanych warunków zarówno oficerowie dowodzący jednostką, jak i piloci nie są uznawani za armatora w świetle ww. ryzyk, nawet jeśli są współwłaścicielami dowodzonej/prowadzonej przez nich jednostki (zgodnie z klauzulą 6.3).

Skoro mowa o ryzykach objętych ubezpieczeniem KiM, należy też wspomnieć o obligatoryjnych wyłączeniach, wśród których znajdują się:

- ➔ wyłączenie ryzyka wojny (*war exclusion clause*),
- ➔ wyłączenie ryzyk strajkowych (*strikes exclusion clause*),
- ➔ wyłączenie czynów dokonanych w złym zamiarze (*malicious act exclusion clause*),
- ➔ wyłączenie nuklearne (*nuclear exclusion clause*).

Ubezpieczenia wydatków (*disbursements, increased value*)

Kolejnym ryzykiem ubezpieczanym w grupie ryzyk casco są tzw. wydatki (od ang. *disbursements* lub *increased value* – często używany jest skrót IV). Polisa kryjąca powyższe ryzyko jest zawsze polisą towarzyszącą podstawowemu pokryciu KiM i nigdy nie występuje samodzielnie, co wynika bezpośrednio z konstrukcji ubezpieczenia wydatków.

Cechą charakterystyczną wydatków jest fakt, iż odpowiedzialność polisowa ubezpieczyciela uruchamiana jest wyłącznie w przypadku straty całkowitej jednostki i to zarówno rzeczywistej (*actual total loss*), jak i konstruktywnej (*constructive total loss*), wynikłej na skutek zaistnienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową wg podstawowej polisy KiM.

Główną rolą ubezpieczenia IV jest pokrycie ryzyk wyłączonych z podstawowej polisy casco, takich jak np. udział w awarii wspólnej, koszty ratownictwa, koszty zapobieżenia zwiększaniu się szkody.

W praktyce polisa IV pozwala armatorowi zaoszczędzić na kosztach ubezpieczenia – i to w dwojaki sposób. Po pierwsze, pomimo ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela poprzez usunięcie wyżej wymienionych ryzyk z podstawowego pokrycia, armator jest nadal chroniony na wypadek zdarzeń skutkujących stratą całkowitą. Ponadto polisa wydatki, poprzez możliwość włączenia do sumy ubezpieczenia tzw. zwiększonej wartości kadłuba, sankcjonuje w pewien sposób świadome niedoubezpieczenie jednostki w podstawowym zakresie eksploatacyjnym, pozwalając armatorowi na zapłacenie składki od niższej sumy ubezpieczenia w droższym, bo bardzo szeroko oddziałującym pokryciu KiM.

Ubezpieczenia ryzyk wojennych (*war risks/war risks disbursements*)

Polisa ryzyk wojennych pokrywa fizyczne szkody doznane przez statek (zarówno w odniesieniu do kadłuba, jak i zainstalowanego wyposażenia czy też maszyn) powstałe w wyniku działań wojennych oraz pozostałych zdarzeń wyłączonych z podstawowego pokrycia KiM przez *war exclusion clause*, *strikes exclusion clause* i *malicious act exclusion clause*, takich jak m.in. wybuch min, bomb (z zastrzeżeniem, że nie były one ładunkiem uszkodzonego w wyniku eksplozji statku), wojny domowej, a także strajków, niepokoju społecznego, zamieszek, czynów dokonanych w złym zamiarze i wandalizmu.

Cechą charakterystyczną omawianego pokrycia jest brak franszyzy redukcyjnej (tzw. *first dollar coverage*).

Dla polisy wojennej bardzo istotną kwestią, o której należy pamiętać, są ściśle określone procedury zakończenia lub anulowania pokrycia. Pokrycie wygasa natychmiast i automatycznie z chwilą wybuchu wojny pomiędzy którymkolwiek z następujących, wymienionych w *institute war and strikes clauses* państw: USA, Federacją Rosyjską, Zjednoczonym Królestwem, Francją lub Chińską Republiką Ludową, a także w przypadku rekwizycji statku.

Warunki mówią również, iż ubezpieczenie może zostać unieważnione na mocy wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron (tzw. *notice of cancellation*) z siedmiodniowym terminem wypowiedzenia, co oznacza, iż unieważnienie takie stanie się skuteczne po upływie 7 dni od północy dnia, w którym zawiadomienie o unieważnieniu wystawione zostało przez lub dla ubezpieczyciela. W praktyce jednak z prawa wypowiedzenia umowy korzysta najczęściej ubezpieczyciel w chwilach gwałtownych zafalowań stosunków międzynarodowych. Państwo, w którym wybucha konflikt czy też poważne zamieszki, trafia na listę tzw. rejonów wyłączonych, wyspecyfikowanych w klauzuli *war risk trading warranties*. Klauzula ta ma bardzo istotne znaczenie dla armatorów, gdyż informuje ich o rejonach, w granicach których ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności w ramach standardowej polisy KiM, natomiast posiadacze polisy ubezpieczenia od ryzyk wojennych są zobligowani do każdorazowego notyfikowania ubezpieczyciela o zamiarze zawinięcia w rejon wyłączony. Co więcej, ubezpieczyciel może w konkretnych przypadkach odmówić ochrony na czas zgłaszanego zawinięcia lub utrzymać ją, często w zamian za opłacenie dodatkowej składki, której wymiar jest tak naprawdę nieprzewidywalny w fazie planowania rejsu, gdyż kwotację podaje rynek, bazując zawsze na najświeższych doniesieniach o sytuacji w regionie objętym konfliktem. Polisa wojenna może też być – podobnie jak pokrycie podstawowe – rozszerzona o wydatki, które funkcjonują na analogicznej zasadzie jak dla zwykłej polisy KiM, z tym że zarówno niebezpie-

czeństwa, które uruchamiają odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku utraty jednostki, jak i wyłączenia i zastrzeżenia korespondują bezpośrednio z polisą *war risks*.

Ubezpieczenia utraty zatrudnienia (*loss of hire*)

Przedstawiając zasadę funkcjonowania ubezpieczenia utraty zatrudnienia (LoH), można w najkrótszych słowach stwierdzić, iż jest to znane na lądzie ubezpieczenie utraty zysku w wersji morskiej. Ubezpieczenie takie może zostać zawarte przez armatora statku, czarterującego, operatora czy zarządzającego jednostką. Uruchamiane jest tylko wtedy, gdy zdarzenie, które spowodowało szkodę polegającą na utracie zatrudnienia, było objęte podstawowym ubezpieczeniem casco jednostki. Pokrycie ma zastosowanie tylko do szkód partykularnych, czyli takich, które dotycząc bezpośrednio ubezpieczonej jednostki, spowodowały utratę przychodu armatora.

Charakterystyczna dla tego ubezpieczenia jest franszyza czasowa, tj. z góry ustalona w polisie liczba dni następujących bezpośrednio po wystąpieniu szkody, po przekroczeniu której następuje uruchomienie odpowiedzialności polisowej ubezpieczyciela, pod warunkiem że zdarzenie, które spowodowało szkodę, nie budzi wątpliwości ubezpieczyciela. W innym przypadku na ubezpieczonym spoczywa obowiązek udowodnienia, iż konkretne zdarzenie spowodowało określone straty w zatrudnieniu jednostki. Co istotne, zazwyczaj górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela określa się w polisie ubezpieczenia LoH jako limit zarówno dla jednego zdarzenia, jak i wszystkich zdarzeń w agregacie w okresie ubezpieczenia.

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZWIĄZANEJ Z EKSPLOATACJĄ JEDNOSTKI

Ryzyka OC związane z eksploatacją statku są bardzo zróżnicowane i znajdują się zarówno w ofercie firm ubezpieczeniowych, jak i tzw. klubów armatorskich, co najczęściej ma miejsce w odniesieniu do większości jednostek pełnomorskich.

Ze względu na ograniczoną objętość niniejszego artykułu poniżej skoncentruję się wyłącznie na problematyce i specyfice ubezpieczenia P&I jako najważniejszego fragmentu całego spektrum ryzyk OC związanych z ubezpieczeniami morskimi.

Podstawowym wyróżnikiem ubezpieczenia P&I jest fakt, iż odnosi się głównie do ryzyk dużych, trudnych do ubezpieczenia lub wręcz nieprzyjmowanych do portfela tradycyjnych ubezpieczycieli ze względu na swoją skalę. Pokrycie tego typu związane jest głównie z eksploatacją statków pełnomorskich, a jego statutowym dawcą są tzw. kluby armatorskie (z angielskiego *protection and indemnity clubs* – w skrócie określanymi jako kluby P&I lub też *PandI*). Podstawową ideą przyświecającą ich działalności jest udzielanie ochrony wszystkim członkom klubu na zasadzie wzajemności oraz na bazie non profit.

Zakres oferowanej przez kluby ochrony spowodował ogromną popularność tego rodzaju ubezpieczenia wśród armatorów. Najlepszym tego dowodem jest fakt, iż aktualnie około 90% statków oceanicznych posiada pokrycie klubowe.

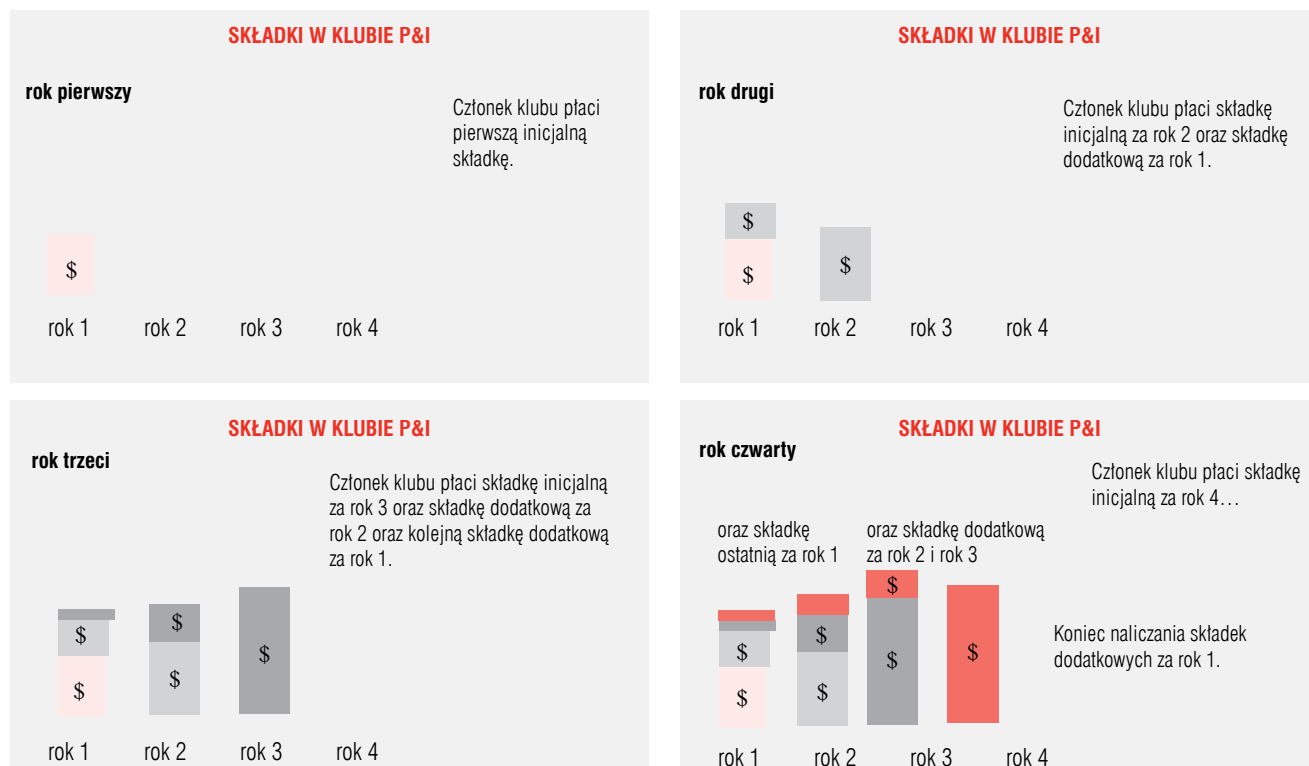
Najczęściej członkami klubów są sami armatorzy, jednak czasami – czy też ze względu na uregulowania prawne (tak jak to ma miejsce we Włoszech, w Argentynie i Hiszpanii, a do niedawna jeszcze w Polsce), czy też ze względów czysto praktycznych (armator będący członkiem klubu musi dysponować odpowiednimi służbami, które na bieżąco monitorują sytu-

ację oraz prowadzą rozliczenia z klubem) – członkami klubu stają się ubezpieczyciele (np. w Polsce Warta jest członkiem klubu West of England). W tym drugim przypadku to ubezpieczyciel przejmuje na siebie zadania związane z bieżącym serwisem klubowym, jednakże armator korzystający z takiego pośrednictwa otrzymuje pokrycie na bazie *fixed premium*, a nie w oparciu o zasadę wzajemności, która jest podstawową zasadą klubową. Zasada wzajemności jest korzystna dla armatora w przypadku, gdy rok polisowy nie zakończy się stratą. Wówczas nadwyżka składek zostaje proporcjonalnie rozdzielona pomiędzy członków klubu w zależności od wprowadzanego przez nich doń tonażu (w praktyce następuje zazwyczaj zaliczenie nadwyżki na poczet składek za kolejny rok polisowy, a nie następuje fizyczny zwrot pieniędzy). Należy tu dodać, iż **cechą charakterystyczną przy kwotacjach P&I jest naliczanie wszelkich składek na bazie tonażu każdej ze zgłoszonych jednostek danego armatora** (co istotne, armator będący członkiem klubu nie jest zobligowany do zgłoszenia wszystkich posiadanych/eksploatowanych jednostek do własnego klubu, ale sam decyduje, którą jednostkę zgłosić). Zasada wzajemności funkcjonująca w klubach P&I wymusza specyficzną konstrukcję składek. Składki P&I dla klasycznego członka klubu naliczane są zasadniczo w dwóch etapach. Pierwsza składka, tzw. zaliczkowa (*advance call*), jest oparta na przewidywaniach klubu odnośnie do spodziewanego poziomu szkód dla całego portfela, co stanowi ok. 70% jej wymiaru. Fundusz rezerwowo to 5%, kolejne 15% stanowi składka reasekuracyjna, jaką klub w danym roku odprowadzi na rynek, i wreszcie koszty administracyjne klubu to ostatnie 10%. 2/3 tej składki jest płatne na początku każdego roku polisowego, a 1/3 do 20 sierpnia danego roku. Zgodnie

z dawną tradycją rok polisowy dla ubezpieczeń P&I trwa od południa 20 lutego danego roku do 20 lutego w południe roku następnego. Zwyczaj ten korzeniami sięga początków żeglugi, kiedy to na czas zimy wszystkie statki chroniły się w portach i żegluga w praktyce zamierała do ostatnich dni lutego, gdy zazwyczaj lody ruszały i statki mogły powrócić na morze. Drugi etap to tzw. składka dodatkowa (*additional call*), płatna 18 miesięcy po zamknięciu i rozliczeniu roku polisowego na bazie aktualnych danych szkodowych za okres rozliczeniowy. W przypadku bardzo słabego roku polisowego, poza wyżej opisanymi, możliwe jest narzucenie przez klub swoim członkom kolejnych składek dodatkowych, aż do momentu całkowitego zbilansowania składką wypłaconych w danym roku polisowym odszkodowań, przez co realizuje się zasada wzajemności stojąca u podstaw działania każdego z klubów.

Kluby, broniąc się przed „przeskakiwaniem” członków w przypadku gorszego roku dla niektórych z nich, uzgodniły między sobą, iż zmieniający klub członek w nowym klubie jeszcze przez pierwszy rok członkostwa nadal będzie płacił składkę na zasadach i w wymiarze jak w klubie, z którego właśnie odszedł. Ponadto niektóre kluby stosują dodatkowo „karną” (tzw. *release call*) składkę dodatkową, którą odchodzący członek musi opłacić przed przejściem do innego klubu. Obostrzenia te powodują, iż skłonność do migracji armatorów pomiędzy klubami jest w praktyce niewielka. Bardzo istotną rolę *poolu* jest – oprócz porządkowania zasad współpracy pomiędzy klubami – także funkcja rozpraszania ryzyka, dzięki której system ten oferuje bardzo dużą pojemność przy stosunkowo niewielkiej składce na każdego członka. □

Schemat naliczania składek w klubie P&I



Źródło: Opracowanie własne.

SPACE. UBEZPIECZENIA FINANSOWE

NOWOCZESNY MODEL
UNDERWRITINGU
DLA GWARANCJI,
UBEZPIECZEŃ
KREDYTU KUPIECKIEGO,
UBEZPIECZEŃ
SPŁATY KREDYTU



STANDARYZACJA

Wnioski rejestrowane są zgodnie ze zdefiniowanym wzorem. Wszystkie opinie mogą być rejestrowane we wniosku, ułatwiając włączenie się kolejnych osób w ocenę.

TRANSPARENTNOŚĆ PROCESU

Najważniejsze informacje potrzebne do podjęcia decyzji są zapisywane w każdym wniosku, tworząc bazę wiedzy dostępną dla underwriterów.

AUTOMATYZACJA DECYZJI

Ocena podmiotu wykonywana jest automatycznie na bazie reguł zdefiniowanych przez głównych specjalistów. Reguły definiowane są raz, wszystkie kolejne spełniające zadane kryteria są podejmowane automatycznie.

KOMPLETNOŚĆ DANYCH

Wszystkie dane rejestrowane w systemie są powiązane z podmiotami. Dzięki temu możemy przesłedzić kompletne informacje od grupy kapitałowej po poszczególny podmiot, aż do pojedynczej nieopłaconej faktury.

Ubezpieczenia majątkowe jako element systemu bezpieczeństwa

Ubezpieczenie majątkowe to jedno z narzędzi ochrony przedsiębiorstw przed negatywnymi skutkami nagłych zdarzeń. Przez przedsiębiorcę polisa powinna być postrzegana nie tylko jako ochrona w sytuacji kryzysowej, ale jako integralny element szeroko rozumianego systemu bezpieczeństwa. – **MARCIN OLEJNIK, ANNA ŚWIĄTEK**



Marcin Olejnik
jest kierownikiem Zespołu
Zarządzania Ryzykiem, Axa.
W ubezpieczeniach od 5 lat.



Anna Świątek
jest dyrektorem
Departamentu Ubezpieczeń
Majątkowych, Axa.
W ubezpieczeniach
od ponad 20 lat.

Duża konkurencja niemal w każdej branży powoduje, że przedsiębiorcy nie tylko poszukują nowych rynków zbytu i optymalizacji kosztów działalności, ale coraz częściej skupiają się również na budowaniu systemów bezpieczeństwa, które gwarantować mają stabilność już funkcjonującego biznesu. Jednym z kluczowych zabezpieczeń, mających zapewnić ciągłość działania lub jej szybkie przywrócenie w sytuacji kryzysowej, jest ubezpieczenie. W przypadku niektórych zdarzeń wsparcie ze strony ubezpieczyciela to często jedyny ratunek. Jednak sama polisa to nie wszystko. Ubezpieczenie majątkowe powinno być postrzegane jako jeden z filarów zintegrowanego systemu bezpieczeństwa, który na wielu płaszczyznach łączy aspekty techniczno-organizacyjne oraz finansowe. Chcąc wyjaśnić powyższe, należy zacząć od podstaw.

WYPADEK UBEZPIECZENIOWY

Wypadek to dziwna rzecz. Nigdy go nie ma, dopóki się nie wydarzy. Tak mawia Kubuś Puchatek bohater książki A.A. Milne'a. Parafrazując sympatycznego misia, można przypuszczać, że podobnie jest z wypadkami ubezpieczeniowymi: nigdy ich nie ma, dopóki się nie wydarzą. Dlatego dużym wyzwaniem w budowaniu systemu bezpieczeństwa jest konstruowanie programu ubezpieczenia majątkowego. Przede wszystkim dlatego, że w odróżnieniu od innych kwestii jego warunki odnoszą się w gruncie rzeczy do sytuacji, które jeszcze nie zaistniały. Trudno sobie czasami wypadek ubezpieczeniowy wyobrazić, zidentyfikować z wyprzedzeniem jego przyczyny i skutki, a tym bardziej nim zarządzać. Jeszcze trudniej jest wycenić ochronę przed tym, czego nie ma i co być może nigdy się nie zdarzy.

Odchodząc od mądrości płynącej z książek dla dzieci, trzeba napisać, że w prawdziwym życiu wypadki (również te ubezpieczeniowe) się nie wydarzają. Kontrowersyjne stwierdzenie? Wcale nie. W prawdziwym życiu wypadki są powodowane, a to jest zasadnicza różnica w rozumieniu definicji wypadku.

Wypadki powodowane są poprzez materializację jednego lub kilku istniejących realnie zagrożeń, prowadząc niejednokrotnie do zdarzeń niekorzystnych, a te w konsekwencji do szkód o wartości dziesiątek lub nawet setek milionów złotych.

UPROSZCZONY SCHEMAT SCENARIUSZA SZKODY

zagrożenie → zdarzenie (wypadek) → szkoda

Zatem wydawać by się mogło, że kluczem do zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa jest przede wszystkim poprawna identyfikacja zagrożeń. Jednak samo rozpoznanie problemu to jedynie połowa sukcesu. Przykład: wiemy, że „prędkość zabija”, tylko co z tej wiedzy wynika, skoro na drogach dochodzi co roku do olbrzymiej liczby wypadków. Dlatego równie ważnym co identyfikacja i poznanie charakteru zagrożeń jest ich aktywny monitoring oraz wprowadzanie planów naprawczych. Ze względu na istotę ubezpieczeń majątkowych, gdzie głównym zagrożeniem powodującym największe szkody jest pożar, wyżej wymienione działania skupiają się na bezpieczeństwie ppoż. Jednak w zależności od wielkości organizacji i stopnia skomplikowania procesów biznesowych system taki może być bardzo złożony i obejmować wiele innych obszarów, m.in. bezpieczeństwo produkcji, bezpieczeństwo łańcucha dostaw, bezpieczeństwo pracy, bezpieczeństwo informacji, bezpieczeństwo ciągłości działania i wreszcie coraz popularniejsze bezpieczeństwo IT związane z ochroną przed ryzykiem cyber.

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

U podstaw systemu bezpieczeństwa, którego elementem jest ubezpieczenie majątkowe, leży proces analizy i oceny ryzyka, szerzej pojmowany jako proces zarządzania ryzykiem. Stanowi on integralny element systemu w szerokim ujęciu:

- ➔ przed zrealizowaniem się ryzyka: kiedy istnieje możliwość wprowadzenia działań prewencyjnych, czyli minimalizujących lub eliminujących zidentyfikowane zagrożenie,
- ➔ w momencie realizowania się ryzyka: gdy kluczowe jest szybkie reagowanie na powstałe zdarzenie oraz podjęcie działań mających na celu ograniczenie rozmiaru strat (zabezpieczenie przed rozprzestrzenieniem się szkody oraz możliwymi skutkami pośrednimi powstałego wypadku),
- ➔ po zrealizowaniu się ryzyka: gdy następuje wypłata odszkodowania, ale także istnieje możliwość ograniczenia skutków wypadku (restrykcja, zagospodarowanie pozostałości po szkodzie) oraz podjęcie dodatkowych działań mających na celu uniknięcie podobnych zdarzeń w przyszłości.

Prawidłowo wdrożony, we współpracy z pośrednikiem i klientem, proces zarządzania ryzykiem gwarantuje podjęcie trafnych decyzji, w tym dotyczących zakresu ubezpieczenia i optymalizacji kosztów ochrony.

W obszarze ubezpieczeń majątkowych pierwszy etap procesu zarządzania ryzykiem koncentruje się na gromadzeniu danych i analizie kwestii technicznych. Dlatego zwyczajowo definiuje się go jako ocenę techniczną. Jej wynikiem jest kwantyfikacja przyjętych do analizy parametrów ryzyka i wyznaczenie poziomu jego akceptowalności. Ryzyko, w kontekście oceny technicznej, jest definiowane jako wypadkowa prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia (co wyrażane jest indeksem wrażliwości przedmiotu ubezpieczenia na istniejące zagrożenia) oraz dotkliwości skutków wywołanych przez najbardziej niekorzystne zdarzenie (co wyrażane jest indeksem prawdopodobnej lub możliwej maksymalnej szkody). Definicja ta, w różnych konfiguracjach, jest powszechnie stosowana i wpływa wprost z międzynarodowej normy ISO 31000:2009 *Risk management – Principles and guidelines*. W wymienionej normie oraz w towarzyszących jej dokumentach normalizacyjnych (m.in. ISO/IEC 31010:2009, ISO Guide 73:2009) znaleźć można treści, które pomagają zrozumieć zagadnienie, opracować proces oceny ryzyka oraz stworzyć podstawy systemu bezpieczeństwa (systemu zarządzania bezpieczeństwem).

Choć normy i przewodniki stanowią bardzo obszerny zbiór wiedzy teoretycznej i dobrych praktyk, to niestety nie podają gotowej recepty i konkretnych rozwiązań. **Dlatego każdy przedsiębiorca, budując taki system, będzie musiał przede wszystkim wypracować własne procedury i narzędzia do zarządzania ryzykiem, bazując na specjalistycznej wiedzy i doświadczeniach branżowych.**

SYSTEM BEZPIECZEŃSTWA

Patrząc na system bezpieczeństwa szerzej, nie tylko przez pryzmat zarządzania ryzykiem, zwraca uwagę fakt, że powinien on opierać się na trzech filarach: infrastruktura, dokumentacja oraz personel. Problemy związane z budowaniem i funkcjonowaniem dwóch pierwszych zostaną w tym artykule pominięte, natomiast uwaga zostanie skupiona na trzecim.

Zatrudnienie kompetentnej kadry to sprawa kluczowa w prowadzeniu każdej działalności i wydawać by się mogło, że temat nie wymaga komentarza. Jednak w obszarze szeroko rozumianego zarządzania bezpieczeństwem nie jest to już tak oczywiste. Niestety w wielu zakładach próżno szukać specjalisty, który byłby za bezpieczeństwo pożarowe odpowiedzialny, nie wspominając już o budowaniu szeroko pojętego systemu bezpieczeństwa. Może to dziwić, ale niejednokrotnie są to firmy bardzo duże,

o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, złożonym procesie biznesowym i wartości mienia dziesiątek, a nawet setek milionów złotych. Dlaczego tak się dzieje? Taki stan rzeczy można zapewne tłumaczyć na wiele sposobów. Poniżej skupiono się na omówieniu obowiązujących przepisów, które w tej materii są bardzo liberalne.

Kodeks pracy w artykuł 209¹ § 1 ust. 2b stanowi, że pracodawca jest obowiązany do wyznaczenia pracowników do wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników. Tak lakoniczny zapis powoduje, że w wielu, nawet dużych, zakładach nie zatrudnia się specjalisty ds. ochrony ppoż., nie wspominając już o fachowcu, który potrafiłby zbudować system zarządzania bezpieczeństwem. Nie jest jednak tak, że ten obszar nie był przedmiotem analiz. W przeszłości ustawodawca podjął próbę uszczegółowienia wymagań, jednak była ona nieudana. Dlaczego? W dniu 21 listopada 2008 r. weszła w życie nowelizacja Kodeksu pracy, która nakładała na pracodawców z dniem 18 stycznia 2009 r. obowiązek zatrudnienia pracownika odpowiedzialnego za ewakuację i ochronę przeciwpożarową. Zmiana zapisu w artykuł 209¹ § 1 ust. 2b była zasadnicza, bowiem wskazywała, że niemal każdy pracodawca będzie zmuszony do wyznaczenia lub zatrudnienia „strażaka”. Sprawę komplikował szczególnie drugi człon tego wymagania, ponieważ taki pracownik musiał posiadać kwalifikacje określone w ustawie z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej. Jeżeli pracodawca nie dysponował takim personelem, musiał kogoś wysłać na specjalistyczne, dwutygodniowe szkolenie (obecnie to koszt ca. 1,8 tys. zł) lub zatrudnić nowego fachowca. Szybko zorientowano się, że takie wymaganie przysparza wielu problemów i zostało one zmienione nowelizacją Kodeksu pracy z dnia 5 maja 2009 r. ze skutkiem od 5 sierpnia 2009 r. Jak łatwo policzyć, kontrowersyjne przepisy obowiązywały niecałe 8 miesięcy. Niestety powrócono do bardzo ogólnego zapisu, który w zasadzie nie porządkuje tego obszaru. Problemem jest również to, że przepisy z zakresu ochrony przeciwpożarowej są dość enigmatyczne i nie określają jasno praw i obowiązków inspektora czy też specjalisty ochrony przeciwpożarowej, w taki sposób jak np. rozporządzenie w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy określa prawa i obowiązki pracownika służby bhp.

W związku z powyższym wielu przedsiębiorców nie zatrudnia takiego fachowca. Pozbawiona technicznego wsparcia kadra zarządzająca nie jest świadoma, jak wiele obowiązków w materii ochrony ppoż. wynika z ustawy prawo budowlane, ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz wielu aktów wykonawczych. I pomimo tego, że szereg obowiązków „wymusza” na przedsiębiorcach konieczność zatrudnienia pracownika posiadającego stosowne kwalifikacje, to jednak wielu tego nie czyni. Dlatego też spotkanie specjalisty reprezentującego ubezpieczyciela w siedzibie klienta, szczególnie tam, gdzie nie zatrudnia się osób z odpowiednimi kwalifikacjami, powinno być postrzegane nie tylko jako część procesu związanego z nawiązaniem umowy ubezpieczenia, ale również jako niezależny audyt systemu bezpieczeństwa. Oczywiście krótkie (najczęściej kilkugodzinne) spotkanie nie pozwala na bardzo szczegółową analizę oraz szeroko rozumiane doradztwo. Dlatego klienci chcący poprawić poziom bezpieczeństwa powinni korzystać z pomocy ubezpieczycieli również w trakcie trwania ochrony, wykorzystując wiedzę techniczną i doświadczenia zatrudnionych tam inżynierów. Odnosząc się do powyższego, przed rynkiem ubezpieczeniowym stoi kolejne wyzwanie – jak taką usługę zarekomendować i sprzedać.

PROGRAM UBEZPIECZENIOWY

Elementem systemu bezpieczeństwa, który powinien wypełnić luki zidentyfikowane w ocenie technicznej, jest program ubezpieczeniowy. Od warunków, jakie zostaną w nim ustalone, zależeć będzie szczelność i skuteczność całego systemu.

Oprócz standardowego zakresu ochrony, gwarantowanego w ramach wybranego produktu (ryzyk nazwanych lub wszystkich ryzyk), należy także rozważyć wprowadzenie dodatkowych klauzul rozszerzających. Ważne jest, aby wśród nich znalazły się takie postanowienia, które będą gwarantowały zakres pokrycia specyficzny dla prowadzonej przez klienta działalności.

Przykładem takich postanowień może być klauzula wyceny produktów dla produktów spożywczych (z krótkimi terminami ważności). W przypadku wystąpienia zdarzenia losowego, same produkty mogą nie ulec szkodzie, natomiast czas, który jest potrzebny na usunięcie skutków zdarzenia oraz powrót do normalnej działalności, może być na tyle długi, że nie pozwoli na sprzedaż tych produktów, ze względu na przekroczenie terminu ważności. W takich przypadkach należałoby zawrzeć dodatkowe postanowienie, że wypłacone odszkodowanie będzie obejmowało także wartość wyrobów gotowych, które pomimo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem polisy nadawały się do dalszej konsumpcji, ale czas przeznaczony na ich sprzedanie przekroczył datę przydatności do spożycia.

Innym przykładem może być rozszerzenie zakresu polisy majątkowej o szkody w produkcji w toku wskutek braku dostawy mediów. Szkody w dostawie mediów są standardowym wyłączeniem w polisie majątkowej, więc wszelkie straty pośrednie nie są objęte. Przerwy w produkcji wskutek braku mediów mogą w przypadku niektórych produktów, które powstają z podgrzanej masy, tj. np. szkło czy niektóre produkty przetwórstwa mleka, poprzez zastygnięcie przed zakończeniem pełnego procesu technologicznego sprawić, że nie będą nadawać się do użytku. Istotne jest także ubezpieczenie niewypracowanego zysku wskutek zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego. Niestety może okazać się, że samo odtworzenie uszkodzonego mienia nie gwarantuje wznowienia działalności po szkodzie. Często brakuje środków finansowych na pokrycie przynajmniej stałych kosztów, które przedsiębiorca jest zobowiązany ponosić nawet w przypadku, gdy jego normalna działalność nie może być kontynuowana wskutek szkody majątkowej. Uniemożliwia to przedsiębiorcom przetrwanie i powrót na rynek.

Dodatkowo należałoby zwrócić uwagę, iż w dobie globalizacji i rozwoju technologii już nie tylko szkoda w mieniu wykorzystywanym fizycznie w danej lokalizacji może spowodować długotrwałą utratę możliwości prowadzenia normalnej działalności. Szczególnie w przypadku firm prowadzących działalność w wielu lokalizacjach – zarówno w kraju, jak i poza Polską odpowiednio skonstruowane, ubezpieczenie utraty zysku, uwzględniające wzajemne powiązania pomiędzy lokalizacjami czy odbiorcami i dostawcami, staje się kluczowe. W takich przypadkach istotne jest stworzenie ubezpieczeniowego programu międzynarodowego, który zapewni ochronę nie tylko majątku w każdym miejscu prowadzenia działalności, ale dodatkowo umożliwi koordynację szkód w transgranicznym łańcuchu budowy wartości. Z finansowego punktu widzenia ważne jest, aby suma ubezpieczenia, która jest zawsze ustalana przez samego ubezpieczającego, była określona prawidłowo. Zadeklarowana kwota powinna odpowiadać tzw. wartości odtworzeniowej danego mienia, czyli obejmować wszelkie koszty, które ubezpieczający będzie musiał ponieść na odkupienie, naprawę lub wymianę mienia, które uległo szkodzie (w tym także ewentualne koszty transportu, cło, koszty demontażu i ponownego montażu itp.). Najczęstszym przykładem przykrych niespodzianek przy wypłacie odszkodowania jest zgłoszenie do ubezpieczenia maszyn, urządzeń lub wyposażenia wg wartości księgowej brutto. Wartość tą określa kwota z faktury zakupu. Należy jednak pamiętać, że wartość ta odzwierciedla raczej wartość rynkową i może często zawierać rabaty, których przy odkupieniu klient nie będzie mógł uwzględnić. I tak np. w przypadku ubezpieczenia wg wartości księgowej brutto maszyny odkupionej od leasingodawcy kwota odszkodowania, której górną granicą jest suma ubezpieczenia, z pewnością nie wystarczy na odtworzenie mienia do stanu sprzed szkody, ponieważ kwota na fakturze zakupu często jest niższa nawet niż wartość rynkowa i nie uwzględnia dodatkowych kosztów, które trzeba ponieść, aby móc zakupić maszynę identyczną lub o najbardziej zbliżonych parametrach, tj. koszt montażu, transportu czy innych opłat, np. cła.

Podsumowując, system bezpieczeństwa łączący aspekty techniczno-organizacyjne oraz finansowe (w tym ubezpieczenie) to wypadkowa wielu analiz i podejmowanych działań. Przemysłany i dobrze zaprojektowany system z pewnością pozwoli uniknąć wielu niekorzystnych zdarzeń, a poprawnie wkomponowany w taki system program ubezpieczenia zapewni odporność przedsiębiorstwa na negatywne skutki wypadków. □

Transgraniczny łańcuch budowy wartości



Źródło: Opracowanie własne.

Mienie

— przedmiot ubezpieczenia

Zasada „jakoś to będzie” zdaje się często przyświecać wszystkim uczestnikom rynku ubezpieczeniowego. Wiele z tych sytuacji związanych było (i jest) z określaniem przedmiotu ubezpieczenia, zwykle wartego setki tysięcy czy wręcz miliony złotych. – **TOMASZ SKWARA**



Tomasz Skwara

jest kierownikiem Zespołu Underwritingu Ubezpieczeń Majątkowych, Technicznych i Lotniczych w PZU.

W ubezpieczeniach od 16 lat.

Ubezpieczenie mienia, obok ubezpieczenia OC działalności, należy do najpopularniejszych produktów ubezpieczeniowych, z których korzystają podmioty gospodarcze. Jego powszechność oraz stosunkowo proste podstawowe zasady sprawiają, że istota oferowanej ochrony ubezpieczeniowej jest zrozumiała dla większości klientów i mamy do czynienia z sytuacją, kiedy na ubezpieczeniu mienia „wszyscy się znają”. Takie przeświadczenie skutkuje czasem stosunkowo beztrudnym podejściem do tematu, bywa źródłem wielu problemów oraz błędów popełnianych na etapie zawierania umowy ubezpieczenia mienia. Potencjalne problemy mogą dotyczyć różnych aspektów umowy ubezpieczenia, od doboru produktu, poprzez definiowanie zakresu ubezpieczenia, określanie przedmiotu ubezpieczenia czy też parametryzację umowy. W niniejszym artykule chciałbym skoncentrować się na kwestiach związanych z przedmiotem ubezpieczenia, w szczególności dla przypadków nietypowych, z którymi nie mamy do czynienia na co dzień.

WYZNACZYĆ SUMĘ UBEZPIECZENIA

Zaskakująco często w swojej praktyce doświadczałem sytuacji, kiedy na etapie zawierania ubezpieczenia dało się zaobserwować po stronie klienta czy też pośrednika podejście szablonowe, gdy już na pierwszy rzut oka wyczuwalne było, że szczegóły mogą mieć istotne znaczenie. Zasada „jakoś to będzie” zdaje się zresztą często przyświecać wszystkim uczestnikom rynku ubezpieczeniowego. Wiele z tych sytuacji związanych było (i jest) z określaniem przedmiotu ubezpieczenia, zwykle wartego setki tysięcy czy wręcz miliony złotych. **W praktyce rynkowej bardzo często przedmiot ubezpieczenia oraz jego suma ubezpieczenia są określane w sposób bardzo ogólny, bez zagłębiania się w szczegóły.** W wielu przypadkach sprowadza się to do określenia ogólnej kategorii, np. budynki i budowle, czy też przywołania grupy mienia według klasyfikacji środków trwałych oraz podania łącznej sumy ubezpieczenia dla tejże kategorii czy grupy. Warto jednak pamiętać, że w ramach danej kategorii kryją się czasem różnorakie niespodzianki. Brak szerszej analizy i pochylenia się nad takimi istotnymi szczegółami, czy to na skutek niedopatrzenia, czy też świadomego działania, powoduje, iż w momencie, gdy dojdzie do szkody, obie strony umowy zmuszone są mierzyć się z licznymi trudnościami.

Jednym z przykładów, który najbardziej utkwił mi w pamięci, a na którym bardzo łatwo zobrazować kluczowe przesłanie, jakie chciałem zawrzeć w niniejszym artykule, jest ubezpieczenie dzieł sztuki w ramach standardowej polisy ubezpieczenia mienia od pożaru i innych zdarzeń czy też od tzw. wszystkich ryzyk. Pierwsza pułapka, w jaką można wpaść, jest potoczne rozumienie pojęcia „dzieło sztuki”. Naturalne pierwsze skojarzenie nakieruje większość z nas na obrazy Van Gogha, Picassa czy Kossaka bądź starożytne greckie rzeźby, podczas gdy prawdziwą pułapkę mogą stanowić np. dzieła sztuki współczesnej. Zakres stosowanych materiałów, jak i nietypowość rozwiązań, jest tutaj tak szeroka, że sam wielokrotnie przecierałem oczy ze zdziwienia, widząc np. współczesną „rzeźbę”. Pierwszą i zasadniczą kwestią jest więc zrozumienie i dokładne poznanie tego, co ma być przedmiotem ubezpieczenia. Czym innym jest kamienny pomnik, a czym innym stolik ubogacony w rozmaite metalowe dodatki czy też kilkunastometrowa konstrukcja z elementów drewnianych o bliżej nieokreślonym kształcie. Mając tę, zdawałoby się, podstawową wiedzę, dużo łatwiej określić właściwe zagrożenia oraz ich potencjalny wpływ na przedmiot ubezpieczenia. Prawdziwe schody zaczynają się jednak nieco dalej, a mianowicie w momencie określania wartości dzieła sztuki.

Niejednokrotnie widziałem przypadki, gdy sumę ubezpieczenia określano „na oko” lub według wartości księgowej. Nawet gdy dostępne były fachowe wyceny specjalistycznych podmiotów, to zwykle dotyczyły one jedynie niektórych przedmiotów i – nie wiedzieć czemu – udostępniane były dopiero po długiej batalii. Prawdziwą wisienką, a może nawet truskawką, na torcie jest jednak problematyka związana ze zdefiniowaniem sposobu szacowania wartości szkody oraz zasad regulujących rozumienie szkody częściowej i całkowitej. Równie trudną, a zarazem istotną kwestią jest dookreślenie, na czym będzie polegało właściwe usunięcie szkody. Wyobraźmy sobie przykładowo obraz Kossaka zalany ściekami wskutek awarii układu kanalizacji. Jaki stopień zniszczenia będzie powodował, że szkoda zostanie uznana za całkowitą? W jaki sposób będzie dokonywana i wyceniana ewentualna naprawa? Czy i w jaki sposób zostanie wyliczona i uwzględniona wartość kolekcjonerska i zabytkowa? Standardowe warunki ubezpieczenia mienia definiują zasady odtwarzania mienia, jednak w tym przypadku pewne okoliczności są absolutnie nie-

standardowe i ich zastosowanie jest zwyczajnie niemożliwe, nawet jeżeli artysta, autor dzieła wciąż żyje i tworzy. Pozostawienie tych wszystkich kwestii uregulowanych w polisie w sposób absolutnie standardowy, zgodny z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, na etapie zawierania umowy zdaje się dużym ułatwieniem dla wszystkich stron, oszczędza czas, którego nikt przecież nie ma w nadmiarze, i pozwala uniknąć dyskusji, często bardzo emocjonujących. Jednak takie podejście sprawia, iż w momencie szkody niemal na pewno dojdzie do sporu i żadna ze stron umowy nie będzie usatysfakcjonowana, a proces likwidacyjny będzie trudny i długotrwały.

Opisany przykład dzieł sztuki obrazuje jeszcze jeden istotny problem – stosowanie kryterium niskiej składki jako decydującego o doborze zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Wielu ubezpieczycieli posiada bowiem dedykowane do tego rodzaju mienia produkty, jednak koszt takiego ubezpieczenia jest wyższy niż ochrona na standardowej polisie „ogniowej” i dlatego często to polisa tańsza jest pierwszym wyborem. Pytanie jednak, czy decydując się na zakup ubezpieczenia, warto decydować się na „bylejakość”, a decydującym kryterium wyboru powinna być jedynie cena.

ISTOTNE DEFINICJE

Innym ciekawym przykładem trudnego przedmiotu ubezpieczenia są prototypy. Słownik języka polskiego PWN definiuje prototyp jako pierwszy wykonany według dokumentacji model maszyny lub urządzenia, stanowiący podstawę do dalszej produkcji, natomiast w polisach często brak jest jakichkolwiek definicji zarówno w odniesieniu do wyłączeń, jak i w razie obejmowania prototypów ochroną. W razie wątpliwości trzeba więc będzie odwoływać się do definicji słownikowych, co niekoniecznie może pozostawać w zgodzie z intencją stron. O ile określenie wartości materiałów i pracochłonności wykonania pojedynczego prototypowego urządzenia nie powinno stanowić większych problemów, o tyle już nie jest tak oczywista odpowiedź na pytanie, czy i jaką wartość badań rozwojowych i analiz sporządzonych na potrzeby wykonania konkretnego egzemplarza prototypu obejmuje jego wartość zadeklarowana do ubezpieczenia. Jeszcze ciekawsze może być rozważanie i szacowanie szkody w sytuacji, gdy na etapie prac koncepcyjnych zbudowa-

wanych zostało kilka prototypów obrazujących poszczególne etapy projektowania. W jaki sposób wyliczone zostanie odszkodowanie, kiedy brak w polisie definicji, a ubezpieczenie zostało zawarte z limitem odpowiedzialności na pierwsze ryzyko. Pisząc o tym przedmiocie, nie sposób nie wspomnieć, że szkoda w prototypowym pojeździe, w efekcie której uległ on całkowitemu zniszczeniu, była jednym z czynników, który przyczynił się do upadłości jednego z polskich przedsiębiorstw z branży motoryzacyjnej.

Interesującym zagadnieniem może być również ubezpieczanie pojazdów, najczęściej samochodów, stanowiących środki obrotowe lub mienie osób trzecich, na którym wykonywana jest usługa, bądź powierzona w celu wykonania usługi logistycznej. Dla pojazdów nowych istotną kwestią w razie szkody jest utrata wartości handlowej w przypadku dokonania naprawy, podczas gdy z perspektywy standardowego ubezpieczenia mienia dokonanie naprawy jest przywróceniem do stanu sprzed zdarzenia, a więc wypełnieniem zobowiązań. To kolejny przypadek, w którym brak precyzyjnych regulacji w umowie ubezpieczenia powoduje, że każda ze stron może rozumieć ją nieco odmiennie, w oparciu o własne intencje. W przypadku pojazdów sytuacja staje się jeszcze bardziej złożona, dlatego być może warto sięgnąć w tym przypadku do postanowień umów ubezpieczeń autocasco i zawczasu uregulować potencjalnie sporne kwestie. Trzeba jednak pamiętać, że wszelkie niestandardowe rozwiązania muszą być zapisane w sposób precyzyjny, jasny dla obu stron umowy.

Ostatnim interesującym zagadnieniem, które chciałbym poruszyć, choć nie jest związane z jedną konkretną kategorią mienia, jest deklarowanie sum ubezpieczenia oraz wypłaty odszkodowania według wartości rynkowej. Stosując to rozwiązanie, bardzo często nie definiuje się, jak rzeczona wartość rynkowa jest rozumiana i jak będzie na potrzeby odszkodowania określana, a przecież możliwości jest tu co najmniej kilka. Większość warunków ubezpieczenia mienia dla podmiotów gospodarczych nie definiuje wartości rynkowej, w efekcie czego brak stosownych regulacji w polisie prowadzi wprost do sporu w przypadku szkody.

MYŚLENIE O SZKODZIE

Podsumowując, chciałbym podkreślić, że **ochrona ubezpieczeniowa ma co do swej istoty zabezpieczać przed szkodą**, dlatego zawsze zachęcam klientów, pośredników, jak i ubezpieczycieli, aby to na etapie zawierania umowy, a nie dopiero przy likwidacji szkody, myśleć o ewentualnej szkodzie i odpowiedzieć sobie na takie pytania jak:

- ➔ Czy wszyscy wiemy, czego oczekujemy i do czego się zobowiązujemy w momencie, kiedy wystąpi szkoda?
- ➔ Kiedy wypłacone będzie odszkodowanie, a kiedy nie?
- ➔ Jak wyliczana będzie wartość szkody i kalkulowana wysokość odszkodowania?

Zawarcie umowy ubezpieczenia to jedynie wstęp, a naprawę ważne jest to, co dzieje się później. Z punktu widzenia ubezpieczonego decyduje to o tym, czy właściwie i w oczekiwanym stopniu zabezpieczony jest jego majątek, natomiast z perspektywy ubezpieczyciela wpływa to na jego zobowiązania finansowe, ale również buduje bądź rujnuje renomę tak pojedynczej firmy, jak i branży. □



Źródło: Diana Lelonek, „Center for the Living Things”, dzięki uprzejmości galerii lokal_30.

Ubezpieczenia, których nie znamy – terroryzm w ubezpieczeniach majątkowych

Nie każdy rodzaj terroryzmu można ubezpieczyć w ramach polisy terrorystycznej. Jednym z podstawowych wyłączeń jest terroryzm typu NBC – *Nuclear/Biological/Chemical* – czyli inaczej straty spowodowane przez reakcję nuklearną (np. wybuch) oraz emisję biologiczną i chemiczną. Wyłączone są też szkody spowodowane działaniami wojennymi.

– IZABELA KRÓL



Izabela Król,
Property Underwriting Manager,
Corporate Solutions Project
Manager, Colonnade.
W ubezpieczeniach od 21 lat.

Liczba ognisk zapalnych na całym świecie, w tym konfliktów zbrojnych, zamachów czy porwań, stale rośnie. Choć Polska jest krajem, który nie doświadczył do tej pory aktów terroru, ubezpieczyciele nadal odnotowują wiele zapytań o ubezpieczenia na wypadek ryzyka terroryzmu.

POLISA TERRORYSTYCZNA

Ubezpieczenie na wypadek ryzyka terroryzmu przeznaczone jest dla firm i instytucji, które ze względu na potencjalne zagrożenie atakiem terrorystycznym lub w związku z wymogami finanso-

wymi banku kredytującego potrzebują wykupienia ochrony do pełnych sum ubezpieczenia lub bardzo wysokich limitów.

Polisa terrorystyczna gwarantuje ubezpieczającemu odtworzenie majątku utraconego lub uszkodzonego na skutek ataku terrorystycznego oraz – w sytuacji, gdy polisa została rozszerzona o zysk brutto – gwarantuje ochronę dla rzeczywistej utraty zysku brutto, poniesionej przez ubezpieczonego w następstwie częściowego lub całkowitego przerwania działalności, spowodowanej zajściem w okresie ubezpieczenia szkody w ubezpieczonym mieniu, w związku z atakiem terrorystycznym.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Mienie: Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte mienie ruchome lub nieruchome, stanowiące własność ubezpieczonego lub stanowiące własność osób trzecich, ale będące w udokumentowanym posiadaniu ubezpieczonego na podstawie umowy najmu, leasingu, użyczenia lub innego tytułu prawnego, w tym m.in:

- ➔ budynki i budowle,
- ➔ maszyny, urządzenia i wyposażenie,
- ➔ środki obrotowe.

Utrata zysku: Ochronę ubezpieczeniową można też rozszerzyć o rzeczywistą utratę zysku brutto, poniesioną przez ubezpieczonego w następstwie częściowego lub całkowitego przerwania działalności, spowodowanego atakiem terrorystycznym w okresie ubezpieczenia.

Ochrona dla ryzyka terroryzmu może być oferowana jako odrębna polisa, głównie na standardzie T3/T3a lub LMA 3030/5039. Są to standardy londyńskie. Dla wyceny ryzyka nie ma większego znaczenia, jakie warunki będą podstawą oferty ubezpieczenia – istotny jest limit ochrony.

Dużą popularnością w Polsce cieszy się też ubezpieczanie ryzyka terroryzmu z klauzulą terrorystyczną jako dodatkiem do

Definicje ryzyka terroryzmu stosowane w ubezpieczeniach w Polsce

Standard T3/T3A

Akt terroryzmu oznacza czyn, w tym użycie siły lub przemocy, ze strony wszelkich osób lub grup osób, działających zarówno samodzielnie, jak i w imieniu bądź w związku z wszelkimi organizacjami, popełniony w celach politycznych, religijnych lub ideologicznych, w tym w zamiarze wywierania nacisku na władze państwowe i/lub zastraszenia społeczeństwa w wyżej wymienionych celach.

Standard LMA 3030/5039

Akt terroryzmu oznacza akt lub serię aktów, obejmujący działania z użyciem siły lub przemocy ze strony osoby lub grupy (grup) osób, działających samodzielnie lub w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub w związku z jakąkolwiek organizacją, popełniony w celach politycznych, religijnych lub ideologicznych, z uwzględnieniem zamiaru oddziaływania na dowolny rząd i/lub zastraszenia opinii publicznej w wyżej wymienionym celu. Dodatkowo jest ubezpieczone ryzyko sabotażu.

majątkowej polisy ubezpieczeniowej. Taka opcja oferowana jest praktycznie przez większość ubezpieczycieli firm komercyjnych. Ochrona oferowana jest jednak tylko od kilkuset do kilku milionów złotych limitu na jedno i wszystkie zdarzenia. Przy takich kwotach jedynie w przypadku sieci sprzedaży detalicznej lub drobnych usług (restauracje, sklepy detaliczne itp.) spełnia swoją funkcję, czyli faktycznie chroni majątek przed ryzykiem terroryzmu. Przykładowo: limit 2 mln zł dla firmy, której majątek największej lokalizacji przekracza 200 mln zł, jest praktycznie równoznaczny z brakiem ochrony w zakresie ryzyka terroryzmu. Charakter tego ryzyka jest bowiem zero-jedynkowy, tj. albo nic się nie wydarzy, albo – jeśli się wydarzy – będzie to bardzo duża szkoda majątkowa.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA OCHRONY

Jednak nie każdy rodzaj terroryzmu można ubezpieczyć w ramach polisy terrorystycznej. Jednym z podstawowych wyłączeń jest terroryzm typu NBC – *nuclear/biological/chemical* – czyli inaczej straty spowodowane przez reakcję nuklearną (np. wybuch) oraz emisję biologiczną i chemiczną. Wyłączone są też szkody spowodowane działaniami wojennymi. Poniżej najważniejsze wyłączenia z polisy terrorystycznej:

- ➔ szkody wynikające z wybuchu nuklearnego, reakcji nuklearnej, promieniowania nuklearnego lub zanieczyszczenia radioaktywnego,
- ➔ szkody wynikające z wojny, inwazji lub działań wojennych władzy albo zamieszek cywilnych przyjmujących rozmiary powstania lub odpowiadających powstaniu,
- ➔ szkody wynikające z wycieku i/lub uwolnienia substancji zanieczyszczających lub skażających, w tym m.in. jakichkolwiek stałych, ciekłych, gazowych lub termicznych środków drażniących, substancji zanieczyszczających, toksycznych lub niebezpiecznych albo substancji, których obecność, istnienie lub uwolnienie szkodzi lub zagraża zdrowiu, bezpieczeństwu lub dobru osób lub środowiska,
- ➔ szkody wynikające z emisji chemicznej lub biologicznej,
- ➔ szkody wynikające z piractwa komputerowego lub wprowadzenia dowolnej formy wirusa komputerowego,
- ➔ szkody spowodowane przez wandalów lub inne osoby działające złośliwie albo w wyniku protestu lub strajków, niepokoju pracowniczych, zamieszek lub rozruchów cywilnych,
- ➔ szkody lub zwiększenie kosztów wynikające z groźby lub fałszywego alarmu,
- ➔ szkody wynikające z kradzieży z włamaniem, włamania, szabrownictwa, kradzieży.

DODATKOWE KLAUZULE/ROZSZERZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIA

W przypadku strajków, zamieszek i rozruchów społecznych można zniwelować to wyłączenie poprzez dodanie odpowiedniej klauzuli.

W przypadku ubezpieczenia na standardzie LMA ochroną ubezpieczeniową objęty jest też sabotaż. Akt sabotażu definiuje się jako akt wywrotowy lub serię takich aktów popełnionych w celach politycznych, religijnych lub ideologicznych, z uwzględnieniem zamiaru oddziaływania na dowolny rząd i/lub zastraszenia opinii publicznej w wyżej wymienionych celach.

JAK SZACUJEMY RYZYKO W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH

Zamachy terrorystyczne klasyfikuje się obecnie jako ryzyko, które można oszacować. Wiele zapytań o ubezpieczenie ryzyka terroryzmu dotyczy centrów handlowych, międzynarodowych sieci hoteli, lotnisk, banków, obiektów sportowych, spółek z sek-

tora energetycznego i petrochemicznego, jednostek administracji rządowej i samorządowej. Niezależnie od stałych zapytań, każde większe masowe wydarzenie w Polsce o charakterze międzynarodowym (szczyt NATO, koncerty, mecze piłki nożnej itp.) powoduje zwiększenie świadomości osób decyzyjnych i wzrost liczby zapytań, również w kontekście tego specyficznego ryzyka.

Przy wycenie ryzyka bierze się pod uwagę następujące parametry:

- ➔ stopień zagrożenia uzależniony od kraju, w którym prowadzona jest działalność, rodzaj wykonywanej działalności oraz stosowanych zabezpieczeń, otoczenie ubezpieczanej lokalizacji,
- ➔ sumy ubezpieczenia zadeklarowane do ubezpieczenia: wartość mienia i utraty zysku brutto,
- ➔ liczbę ubezpieczonych lokalizacji,
- ➔ limity odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia ryzyka terroryzmu.

Do działalności o podwyższonym stopniu zagrożenia terrorystycznego należą:

- ➔ sieci hotelowe działające pod międzynarodową marką, jak Marriott, Hilton, Radisson, Hyatt,
- ➔ dworce kolejowe i autobusowe oraz metro,
- ➔ stadiony,
- ➔ hale widowiskowo-sportowe, w których organizowane są imprezy masowe,
- ➔ firmy z branży energetycznej i paliwowej, strategiczne dla danego kraju,
- ➔ instytucje rządowe i ambasady,
- ➔ infrastruktura komunikacyjna, jak lotniska, kolej, mosty czy tunele.

Przy ocenie zabezpieczeń bierze się pod uwagę głównie zabezpieczenia fizyczne, jak ochrona fizyczna obiektu, systemy kontroli ruchu, stosowane procedury kontroli dostępu do budynku, w tym parkingu, kamery itp.

Jeżeli ubezpieczana lokalizacja jest w pobliżu ambasady czy innego obiektu charakteryzującego się podwyższonym zagrożeniem terrorystycznym, to ten fakt również negatywnie wpływa na ocenę ryzyka terrorystycznego i zwiększa koszt ubezpieczenia tego ryzyka.

Im większa liczba lokalizacji i im wyższa suma ubezpieczenia, tym koszt wykupienia określonego limitu terrorystycznego rośnie. Oznacza to, że jeżeli firma X posiada majątek o wartości 200 mln zł w jednej lokalizacji i chce wykupić ubezpieczenie ryzyka terroryzmu na kwotę 200 mln zł, a inna firma Y posiada majątek 500 mln zł w trzech lokalizacjach i również chce wykupić polisę z limitem ochrony na 200 mln zł, bo tyle wynosi maksymalna ekspozycja w jednej lokalizacji, to koszt ubezpieczenia firmy Y będzie znacznie wyższy niż koszt ubezpieczenia firmy X, pomimo tego samego limitu ochrony.

Ostatnim parametrem krytycznym dla wyceny ryzyka terrorystycznego jest limit odpowiedzialności. Im wyższy limit, tym większa cena. Ponadto pojemność kosztuje, niezależnie od tego, czy ryzyko realnie istnieje, czy nie. Często na potrzeby banku potrzebne są polisy terrorystyczne z limitem przekraczającym realną ekspozycję, jednak niestety w takim przypadku klient będzie musiał zapłacić za tę pustą pojemność tak, jakby ta ekspozycja faktycznie istniała. □

Ubezpieczenia zakładów górniczych węgla kamiennego

Górnictwo rozumiane jako gałąź przemysłu ze względu na niejednorodny charakter pozyskiwanej kopaliny, jej właściwości i sposoby zalegania, a także odmienność stosowanych technik pozyskiwania, jest mocno zróżnicowane. – **ZBIGNIEW KUNISZ**



Zbigniew Kunisz

pracuje w Biurze Underwritingu Ubezpieczeń Korporacyjnych w PZU.

W ubezpieczeniach od 18 lat.

Górnictwo zawsze było niebezpieczne. Masowo zdarzały się – zwłaszcza w górnictwie węglowym – katastrofy górnicze, spowodowane zawaleniem stropów, wydzielaniem się lub wybuchem gazów, pożarem lub zalaniem wodami gruntowymi. Ryzyko i stawiane przez nie wyzwanie jest coraz większe – polskie górnictwo podziemne, w szczególności węgla kamiennego, charakteryzuje bowiem istnienie trudnych warunków geologiczno-górnictwowych oraz występowanie praktycznie wszystkich zagrożeń naturalnych znanych w górnictwie światowym, a w szczególności tych, których przejawy lub zaistnienie zawierają cechy katastrofogenne.

PODSTAWOWY ZAKRES OCHRONY

Podstawowym zakresem ochrony udzielanej w ramach ubezpieczenia mienia podziemnego kopalni węgla kamiennego są właśnie występujące w części podziemnej skutki materialne

realizacji typowych „zagrożeń naturalnych”, których źródłem są naturalne cechy i właściwości górotworu, a czynnik organizacyjno-techniczny jest jedynie siłą sprawczą ich ujawniania się w wyrobiskach górniczych.

Możemy wstępnie wyróżnić trzy podstawowe grupy zagrożeń (z dodatkowo uwzględnianym jako tzw. sprawczy „czynnik ludzki”), z których ochroną ubezpieczeniową generalnie obejmowana jest druga grupa zagrożeń:

- zagrożenia techniczne,
- zagrożenia naturalne,
- zagrożenia przy stosowaniu środków strzałowych.

Podstawowa ochrona ubezpieczeniowa udzielana na mocy zawieranych umów ubezpieczenia (z zastrzeżeniem ewentualnych wyłączeń sprecyzowanych w warunkach szczególnych) obejmuje szkody w powstałe w wyniku pięciu ryzyk:

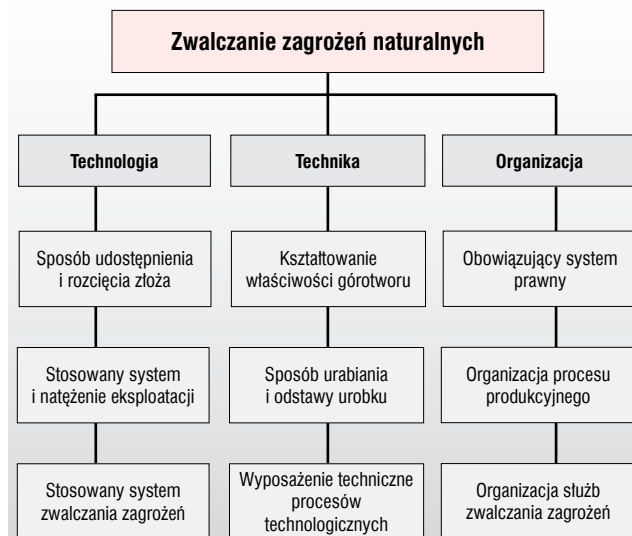
- pożaru podziemnego,
- wybuchu,
- tąpnięcia,
- wyrzutu gazów i skał,
- wylewu wód podziemnych.

W standardzie ochroną ubezpieczeniową objęte są ponadto szkody w ubezpieczonym mieniu powstałe wskutek akcji ratowniczej prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi objętymi umową ubezpieczenia. Jednakże same zdarzenia i wyżej wspomniane szkody obejmowane są ochroną wyłącznie w przypadku, gdy zarówno o zdarzeniu, jak i o prowadzonej akcji ratowniczej/profilaktycznej powiadomiono właściwy organ nadzoru górniczego.

Warunki ubezpieczenia przewidują możliwość zarówno ograniczenia zakresu udzielanej ochrony (wyłączenie sprecyzowanych ryzyk), jak również rozszerzenia zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (pakiet klauzul dodatkowych).

Odpowiedzialność ubezpieczyciela w porozumieniu z ubezpieczającym w zakresie poszczególnych ryzyk lub ubezpieczanych kosztów może zostać także limitowana.

Rys 1. Metody zwalczania zagrożeń naturalnych



Źródło: Opracowanie własne.

Skoro mowa o kosztach, to standardowo w granicach przyjętych sum ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje:

- koszty powstałe w związku z zabezpieczeniem przed szkodą bezpośrednio zagrożonego ubezpieczonego mienia,
- koszty zmniejszenia rozmiaru szkody w ubezpieczonym mieniu.

niezależnie od faktu, czy koszty te okazały się skuteczne. Gwarantowana ochrona zgodna jest z dyspozycją art. 826 § 3 k.c.

Nie wyklucza to oczywiście objęcia (na podstawie indywidualnych uzgodnień) ochroną ubezpieczeniową także innych uzasadnionych kosztów ponoszonych przez ubezpieczonego w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego oraz refundacji ich w innej formule (np. w części stanowiącej nadwyżkę ponad przyjęte sumy ubezpieczenia mienia).

W większości przypadków warunki ubezpieczenia mienia podziemnego od ryzyk „naturalnych”/górnictwa przewidują więc możliwość rozszerzeń zakresowych lub przedmiotowych, co realizowane jest poprzez włączenie szeregu klauzul dodatkowych, np.

- ochrony wzrostu wartości mienia,
- ochrony przeniesienia mienia/rotacji, przy czym chodzi o przeniesienie mienia wyłącznie do innego zakładu górniczego – generalnie rotacja mienia w zakładzie górniczym wskazanym w umowie jest chroniona w standardzie,
- ochrony mienia na wypadek szkód powstałych wskutek prowadzonych prac profilaktycznych – jak podkreślono, ochrona mienia od szkód powstałych wskutek prowadzenia akcji ratowniczej w następstwie prowadzonych ryzyk jest chroniona w standardzie,
- objęcia ochroną ubezpieczeniową następujących rodzajów kosztów dodatkowych:
 - usunięcia pozostałości po szkodzie,
 - wynagrodzenia ekspertów,
 - pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych, w dni wolne od pracy oraz frachtu ekspresowego,
 - innych kosztów, o ile tak uzgodnią strony.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Formuła ubezpieczenia na bazie ryzyk nazwanych generalnie zachowuje standardowy pakiet wyłączeń stosowany w typowych ubezpieczeniach majątkowych, wzbogacając go natomiast o specyficzne w działalności górniczej tzw. ryzyka nieubezpieczalne. W tej grupie, spośród najczęściej stosowanych w warunkach ubezpieczeń wyłączeń, warto zwrócić szczególną uwagę na brak odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkody powstałe i/lub zwiększone:

- w następstwie innych niż sprecyzowane i zdefiniowane „naturalnych” ryzyk górniczych (obowiązuje formuła ryzyk nazwanych, a nie all risks),
- w wyniku umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa – przy czym znana z innych ubezpieczeń majątkowych standardowa lista „reprezentantów” najczęściej powiększona zostaje o kierownika ruchu zakładu górniczego (KRZG), jego zastępców, inspektorów nadzoru inwestycyjnego (sprawujących ustawowy nadzór nad pracą firm zewnętrznych realizujących zlecenia w ZG), osoby dozoru górniczego oraz pracowników szczebli kierowniczych i ich zastępców w zakresie obowiązków wynikających z przepisów prawa,
- wskutek postępowania niezgodnego z prawem górniczym (w tym np. obsługa mienia przez pracownika bez kwalifikacji pomimo ustawowego obowiązku ich posiadania),

- w wyniku stosowania górniczych materiałów wybuchowych i środków strzałowych bez względu na ich rodzaj (GMW; GME) – chodzi o zachowanie kryterium niepewności ryzyka (a to praktycznie stała część procesu produkcyjnego), przy czym wyłączenie to jest skuteczne, o ile w wyniku stosowania GMW nie powstało inne ubezpieczone zdarzenie, a ich stosowanie było zgodne z metryką strzałową,
- za ubezpieczone ryzyka i ich następstwa, w przypadku gdy zgodnie z obowiązującym prawem nie dokonano zgłoszenia ich wystąpienia do organu nadzoru górniczego (także powiązane z nimi ubezpieczone koszty dodatkowe) – wyłączenie oprócz oczywistych przesłanek sankcjonujących wystąpienie ubezpieczonego zdarzenia ma jeszcze jedno uzasadnienie wynikające ze specyfiki ubezpieczenia: chodzi o generalny brak lub w najlepszym wypadku poważne ograniczenia możliwości dokonania tzw. likwidacji szkody na gruncie, tym samym wszelkie dostarczane dokumenty – w szczególności protokoły końcowe OUG/WUG – stanowią często jedyną podstawę do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę, określenie jej rozmiaru oraz identyfikację przyczyny jej wystąpienia.

PRZEDMIOT I MIEJSCE UBEZPIECZENIA

Ideą udzielanej ochrony jest zapewnienie bezpieczeństwa dla całego mienia znajdującego się w podziemnej części wskazanego w umowie zakładu górniczego w zakresie określonych i zdefiniowanych ryzyk. **Mienie obejmowane jest ubezpieczeniem w trakcie pracy i postoju, montażu i demontażu, napraw i konserwacji, jak również podczas jego przemieszczania w obrębie części podziemnej zakładu górniczego.** Zarówno budowle w stadium budowy, jak również montowane/uruchamiane/testowane maszyny i urządzenia nie są jednak chronione w zakresie ochrony udzielanej zwyczajowo w ramach ryzyk budowlano-montażowych.

Liczba niebezpiecznych zdarzeń w kopalniach podziemnych i związane z nimi wypadki w latach 2014–2016

	liczba zdarzeń			liczba wypadków					
	2014	2015	2016	śmiertelnych			ogółem		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Pożary	6 ¹⁾	12 ²⁾	10 ³⁾	0	0	0	1	0	0
Zawały	3	3	8	0	0	1	0	1	3
Tapnięcia	3	3	4	1	2	10	6	4	50
Wybuchy lub zapalenia metanu	4	3	5	5	0	1	30	4	1
Wybuchy pyłu węglowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wyrzuty gazów i skał	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Wypływy wody	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	16	22	27	6	2	12	37	9	54

1) w tym 2 pożary związane z zapaleniem metanu; poszkodowani w KWK „Mysłowice-Wesoła” (6.10.2014 r.) ujęci w kategorii „Wybuchy lub zapalenia metanu”;

2) w tym 2 pożary związane z zapaleniem metanu; poszkodowani w KWK „Sośnica” (11.07.2015 r.) ujęci w kategorii „Wybuchy lub zapalenia metanu”;

3) w tym 1 pożar związany z zapaleniem metanu.

Źródło: Wyższy Urząd Górniczy w Katowicach, „Ocena stanu bezpieczeństwa pracy, ratownictwa górniczego oraz bezpieczeństwa powszechnego w związku z działalnością górniczo-geologiczną” – raporty z lat 2006–2016.

Podstawowym kryterium przedmiotowym warunkującym udzielenie ochrony jest zawsze lokalizacja mienia: winno ono znajdować się w podziemnej części zakładu górniczego i być związane z produkcją wydobywczą. Ważne jest również, aby mienie obsługiwane było przez upoważnionych/wykwalfikowanych pracowników.

POZOSTAŁE PARAMETRY UMOWY

Mienie podziemne ubezpieczane jest systemem sum stałych, natomiast dla większości klauzul dodatkowych zastosowanie znajduje system na pierwsze ryzyko. Suma ubezpieczenia dla budowli górniczych, mienia ruchomego oraz wyrobisk powinna odpowiadać jednostkowej wartości poszczególnych środków trwałych zgłaszanych do ubezpieczenia.

Uwzględnia się zasadę, że **mienie jest ubezpieczone wg wartości odtworzeniowej lub księgowej brutto, niezależnie od wieku czy stopnia faktycznego zużycia lub amortyzacji.**

W ubezpieczeniu mienia podziemnego stosowany jest udział własny w szkodzie – wyrażany najczęściej w formule procentowo-kwotowej – w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia/PML-u itd.

ELEMENTY OCENY RYZYKA

Aby podjąć próbę świadomej oceny ryzyka, trzeba nie tylko je poznać, ale i znaleźć swoisty punkt odniesienia dla celów porównawczych. Co może stanowić taki punkt odniesienia dla ubezpieczyciela? Otóż jest to przyjęcie założenia, iż spółka/zakład górniczy w ramach prowadzonej działalności stosuje co najmniej rozwiązania wynikające z polskiego prawodawstwa, w tym dotyczące bezpieczeństwa ruchu zakładu.

Od kierownictwa kopalni, oprócz znajomości poszczególnych paragrafów przepisów czy odpowiednich procedur, wymagać można również perspektywicznego myślenia odnośnie rozpoznawania zagrożeń na danym etapie oraz podjęcia odpowiednich środków zmierzających do zapobieżenia i usunięcia tych zagrożeń również poprzez właściwą ocenę ryzyka.

W przeciwieństwie do ryzyk występujących na powierzchni, „naturalne ryzyka górnicze” w podziemnej części zakładu górniczego generalnie są związane z właściwościami samego górotworu, których nie da się zmienić, występują więc stale, a ich poziom wraz ze wzrostem głębokości eksploatacji będzie nadal wzrastać. Jedynie poprzez prowadzenie przez człowieka adekwatnych techniczno-organizacyjnych działań prewencyjnych możliwa jest redukcja prawdopodobieństwa realizacji materialnej danego zagrożenia do akceptowalnego poziomu. Ubezpieczyciel powinien mieć więc również pewność, że działalność zakładów górniczych prowadzona jest zgodnie ze szczegółowymi procedurami operacyjnymi i awaryjnymi, które zostały opracowane pod nadzorem kierownictwa ruchu w wyniku zdobytego doświadczenia i praktycznego doświadczenia górniczego, i oparte są na wytycznych wynikających z przepisów prawa, najlepszych praktyk inżynierskich (w tym międzynarodowych) oraz oczywiście praktyk i zaleceń producentów stosowanych maszyn czy urządzeń.

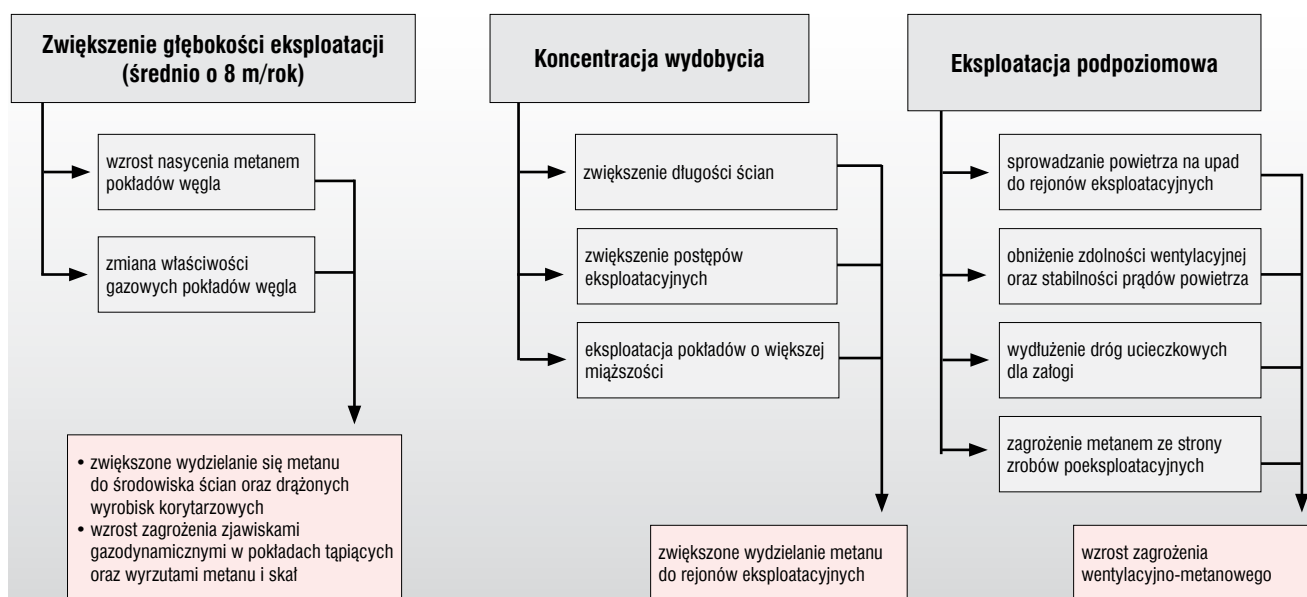
ZAGROŻENIA

Klasyfikacja ryzyk naturalnych w polskich kopalniach węgla kamiennego:

- geomechaniczne (sejsmiczne – wstrząsy, tąpnięcia),
- aerologiczne (gazowe, pyłowe, pożarowe: wybuchy metanu, pyłu węglowego, pożary, zagrożenia klimatyczne, radiacyjne, pył szkodliwy dla zdrowia),
- gazogeomechaniczne (wyrzuty gazów i skał),
- wodne.

W polskim górnictwie węgla kamiennego występują wszystkie rodzaje zagrożeń naturalnych. W zależności od lokalnego charakteru środowiska (górotworu) oraz rodzaju i intensywności prowadzonej działalności, ich liczba i nasilenie mogą być bardzo zróżnicowane. Poziom zagrożeń naturalnych występujących w danym rejonie kopalni narzuca stosowanie odpowiedniej profilaktyki do zwalczania poszczególnych zagrożeń.

Rys 2. Czynniki zwiększające zagrożenie gazowe



Źródło: Opracowanie własne.

Jednym z kluczowych zagrożeń, z którymi kopalnie muszą sobie radzić, jest występujące coraz powszechniej zagrożenie gazowe, a czynniki kształtujące jego wzrost w polskich kopalniach węgla kamiennego można generalnie podzielić na trzy zasadnicze grupy (zob. rys. 2).

Bezspornie kluczowym z punktu widzenia ubezpieczyciela ryzykiem jest pożar podziemny, nie tylko z racji częstości jego wystąpienia, ale również z uwagi na:

- długość trwania zdarzenia – likwidacja pożaru może trwać od kilku miesięcy do nawet kilku lat. Często oznacza dla ubezpieczyciela szkodę całkowitą;
- zasięg zdarzenia – obejmuje nie tylko bezpośrednio sąsiadujące z miejscem zdarzenia wyrobiska – i tylko w niewielu przypadkach udaje się ostatecznie zawęzić pole pożarowe w taki sposób, aby ograniczyć utracone wyrobiska do kilkuset metrów;
- skutki zdarzenia – długotrwała termicznie oraz chemicznie ekspozycja skutkuje praktycznie całkowitą degradacją i w konsekwencji koniecznością wymiany i/lub utratą ubezpieczonego mienia zarówno w postaci „ruchomych” środków trwałych, jak i budowli, a także odtworzenia budowli w postaci ubezpieczanych wyrobisk.

Niestety nie jest jednak wystarczająca ocena ekspozycji wyłącznie na poszczególne ryzyka, ponieważ praktycznie we wszystkich zakładach górniczych mamy również ich kumulację. Zagrożenia naturalne, których jednoczesna obecność może poprzez wzajemne na siebie oddziaływanie wpływać na intensywność ich występowania, nazywamy zagrożeniami skojarzonymi. Praktycznie zagrożenia skojarzone mogą występować wszędzie i zawsze tam, gdzie występują co najmniej dwa zagrożenia naturalne. Wzajemne związki między

zagrożeniami naturalnymi są również przyczyną największych katastrof górniczych. Za przykład takiego zagrożenia można uznać np. niekontrolowane pojawienie się pożaru endogenicznego w wyrobiskach górniczych, w których w sposób naturalny występuje metan, co może spowodować jego zapalenie, a w konsekwencji wybuch nagromadzonego pyłu węglowego powstałego w wyniku prowadzonego procesu technologicznego.

W dobie wszechobecnego stosowania w kopalniach węgla kamiennego różnych systemów monitorowania zagrożeń górniczych, wydawać by się mogło, że do zdarzeń czy katastrof nie powinno dochodzić, a jednak coraz częściej słyszy się w środowiskach masowego przekazu o wypadkach zbiorowych i ofiarach wśród górników kopalń węgla kamiennego. Na pewno jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest coraz głębiej prowadzona eksploatacja pokładów węgla kamiennego, co powoduje wzrost liczby robót wybierkowych dokonywanych także w warunkach współwystępowania zagrożeń skojarzonych i coraz wyższe koszty prewencji BHP, które należy ponosić przy często jedynie umiarkowanej ich efektywności, mimo coraz lepszych systemów monitoringu zagrożeń. W zakresie górnictwa węgla kamiennego następuje progresja pogarszania się warunków środowiska pracy i stały wzrost poziomu ryzyka przy wykonywaniu robót górniczych.

O ile w zasadzie nie ma większych problemów z underwritingiem znajdujących się na powierzchni zakładu górniczego budynków, budowli maszyn i urządzeń, gdyż są to ryzyka typowe, dające się oszacować i mogące wystąpić także w każdym innym zakładzie przemysłowym, to jednak zupełnie inaczej ma się sprawa z mieniem „niewidocznym” z powierzchni, podlegającym zupełnie innym regułom oceny. □

Wskaźniki wypadkowości w kopalniach węgla kamiennego oraz w poszczególnych spółkach węglowych w latach 2015–2016

Przedsiębiorca lub zakład górniczy	2015				2016			
	Wypadkowość		Wskaźnik wypadków śmiertelnych		Wypadkowość		Wskaźnik wypadków śmiertelnych	
	śmiertelna	ogółem	na 1 mln ton węgla ⁽¹⁾	na 1 000 zatrudnionych	śmiertelna	ogółem	na 1 mln ton węgla ⁽¹⁾	na 1 000 zatrudnionych
PGG sp. z o.o. ⁽²⁾	7	630 ⁽³⁾	0,26	0,15 ⁽³⁾	2	504	0,08	0,06
KHW S.A.	3	312	0,28	0,16	2	279	0,21	0,12
JSW S.A.	1	395	0,06	0,03	3	373	0,18	0,10
TAURON Wydobycie S.A. ⁽⁴⁾	0	84	0,00	0,00	2	125	0,31	0,24
PG „Silesia” sp. z o.o.	0	15	0,00	0,00	1	22	0,56	0,49
LW „Bogdanka” S.A.	0	173	0,00	0,00	0	175	0,00	0,00
Węglokoks Kraj sp. z o.o.	0	34	0,00	0,00	0	62	0,00	0,00
Pozostałe KWK	1	52	0,74	0,19	0	26	0,00	0,00
Razem	12	1 695	0,17	0,11	10	1 566	0,14	0,09

(1) Wydobycie według danych Agencji Rozwoju Przemysłu

(2) Od 1 maja 2016 r. Polska Grupa Górnicza sp. z o.o. przejęła kopalnie Kompanii Węglowej S.A. wraz z załogą

(3) Uwzględniono wypadkowość w KWK „Bobrek-Centrum”, KWK „Sośnica-Makoszowy”, KWK „Brzeszcze”, KWK „Piekary” do 31 maja 2015 r.; zatrudnienie dla tych kopalń przyjęto według stanu na 31 grudnia 2014 r.

(4) W 2016 r. uwzględniono wypadkowość w ZG Brzeszcze

Źródło: Wyższy Urząd Górniczy w Katowicach, „Ocena stanu bezpieczeństwa pracy, ratownictwa górniczego oraz bezpieczeństwa powszechnego w związku z działalnością górnictwo-geologiczną” – raporty z lat 2006–2016.

Tu na razie jest ściernisko... – ubezpieczenie nowej inwestycji

Ubezpieczenie procesu budowlanego może być zawarte przez inwestora lub wykonawcę. W szczególności w przypadkach realizacji budów w systemie generalnego wykonawstwa (pod klucz) inwestorowi łatwo jest ten obowiązek powierzyć generalnemu wykonawcy w ramach umowy. Jedna inwestycja, jeden wykonawca, jedna polisa. – **ZBIGNIEW ROŚ, MAREK KOŁOSOWSKI**



Zbigniew Roś
jest risk managerem w MAI
Insurance Brokers.
W ubezpieczeniach
od 25 lat.



Marek Kołosowski
jest pracownikiem MAI
Insurance Brokers.
W ubezpieczeniach
od 26 lat.

Zwykle początki są jak w piosence Golec uOrkiestry: *Pole, pole, tyse pole, ale mam już plan.*

A więc na początku jest inwestor, który ma plan na biznes, określa sposób realizacji planu, kupuje niezabudowaną nieruchomości i przystępuje do procesu budowlanego. Przy czym, raczej odmiennie niż w piosence, nie nastąpi to: *Pomalutku, bez pośpiechu, wszystko zrobię sam.*

Współczesne inwestycje są realizowane szybko i przy zatrudnieniu specjalistów z różnych branż. Należy także pamiętać, że każdej działalności człowieka towarzyszy ryzyko wydarzeń nadzwyczajnych, które mogą zaplanowaną inwestycję uszkodzić, zniszczyć, opóźnić. Każda osoba podejmująca ryzyko inwestycyjne musi być optymistą, jednak opieranie strategii biznesu na założeniu *mniej niż złego nie spotka* należy uznać za niezalecane. Parafrazując znany dowcip, można powiedzieć: *i tu wchodzi ubezpieczyciel, cały na białło.*

WSZYSCY ZAINTERESOWANI

Rolą ubezpieczenia jest przeniesienie niepewności co do straty w obszar pewnej składki ubezpieczeniowej i znanego zakresu ubezpieczenia.

Dodatkowo, w świecie, gdzie większość inwestycji prowadzonych jest na kredyt, banki oczekują zabezpieczenia udzielonej pożyczki. Jednym z najpopularniejszych sposobów jest narzucenie w umowie kredytowej obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia, a następnie dokonanie cesji praw z takiej umowy na bank. Należy wówczas szczególnie pamiętać o zawarciu umowy ubezpieczenia od początku inwestycji, gdyż ubezpieczenie jej w trakcie bywa trudne, a czasem wręcz niemożliwe. Zdarzają się sytuacje, gdy inwestor rozpoczyna inwestycję ze środków własnych, mając nadzieję, że dysponuje ich wystarczającą ilością, a w trakcie realizacji okazuje się, że koszty przekraczają jego możliwości. Inwestor występuje wówczas do banku o kredyt, bank stawia warunek ubezpieczenia budowy, a ubezpieczyciele nie chcą ubezpieczyć jej na tak zaawansowanym etapie. Wówczas bank pozbawiony wyma-

ganego zabezpieczenia odmawia udzielenia kredytu. Inwestycja zostaje zatrzymana i niszczeje, inwestor ponosi straty, być może bankrutuje. Jak echo brzmią słowa byłego premiera wypowiedziane w innych okolicznościach: *Trzeba się było ubezpieczyć.*

W procesie inwestycyjnym, którego częścią jest budowa lub montaż, oprócz inwestora zaangażowanych jest wiele innych stron. Oprócz wspomnianego już banku, są także wykonawcy. Wykonawcy często korzystają z podwykonawców, a ci z dalszych podwykonawców. W miejscu realizacji inwestycji, na placu budowy, odpowiedzialność za przebieg całego procesu przejmuje kierownik budowy. Interesy ubezpieczeniowe wszystkich tych podmiotów powinny być objęte ubezpieczeniem.

Zanim przystąpi się do realizacji budowy, konieczny jest plan – to rola architektów i projektantów. Inwestor określa zakres swoich marzeń związanych z przyszłym projektem, architekci przygotowują założenia i wersje projektu. Gdy projekt nabierze ostatecznych kształtów, inwestor wdraża procedury administracyjne w celu uzyskania niezbędnych pozwoleń, aby inwestycja mogła się rozpocząć. Już ten etap może zaważyć na losie przyszłej inwestycji. Błądzić jest rzeczą ludzką, więc etap projektowy może zostać obciążony błędem, który ujawni się na etapie realizacji lub dopiero eksploatacji. Minimalizacja skutków finansowych takiego błędu może być zrealizowana przez ubezpieczenie. W tym przypadku chodzi o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej architektów. Jest to jedna z grup zawodowych, na którą z mocy ustawy nałożono obowiązek zawarcia takiego ubezpieczenia. Minimalna suma gwarancyjna została określona w wysokości równowartości w złotych 50 tys. euro. Z punktu widzenia inwestora należy pamiętać o sprawdzeniu spełnienia tego obowiązku przez architekta. Ponieważ minimalny poziom obowiązkowego ubezpieczenia jest relatywnie niski i rzadko kiedy umowy ubezpieczenia są zawierane na sumy wyższe, inwestor może

w umowie z architektem wymagać ubezpieczenia na sumy przekraczające przewidziane prawem minimum. Podobnie wymogi co do ubezpieczenia inwestor może wprowadzić wobec kierownika budowy (wymagana prawem minimalna suma gwarancyjna wynosi także równowartość w złotych 50 tys. euro) oraz innych osób wykonujących czynności zawodowe w związku z realizacją inwestycji.

Ubezpieczenie procesu budowlanego może być zawarte przez inwestora lub wykonawcę. W szczególności w przypadkach realizacji budów w systemie generalnego wykonawstwa (pod klucz) inwestorowi łatwo jest ten obowiązek powierzyć generalnemu wykonawcy w ramach umowy. Jedną inwestycją, jeden wykonawca, jedna polisa. **Firmy budowlane są świadome ryzyka związanego z prowadzoną działalnością i często zawierają tzw. umowy generalne.** Są to umowy ubezpieczenia, w których ubezpieczyciel zobowiązuje się ubezpieczyć wszystkie prace realizowane przez wykonawcę w okresie ubezpieczenia. Wykonawcy deklarują swoje planowane obroty, określają rodzaj i zakres prowadzonych prac oraz informują o swoich doświadczeniach szkodowych. Wspólnie z ubezpieczycielem ustalane są maksymalna wartość pojedynczego kontraktu i jego maksymalny czas trwania. Wszystkie pojedyncze kontrakty spełniające te warunki są ubezpieczone automatycznie, a na potrzeby inwestorów mogą być wystawiane indywidualne certyfikaty potwierdzające ubezpieczenie danego projektu. W przypadku, gdy w trakcie obowiązywania umowy generalnej pojawi się kontrakt niespełniający warunków brzegowych (dłuższy okres realizacji, większa wartość, inny niż zakładany zakres prac), warunki ubezpieczenia są negocjowane indywidualnie.

Należy tu wspomnieć o dwóch rodzajach umów generalnych. Ich rozróżnienie jest istotne z punktu widzenia inwestora, a także banku finansującego inwestycję. Pierwszy rodzaj umów obejmuje wszystkie kontrakty (spełniające przyjęte warunki graniczne), które rozpoczynają się w czasie trwania umowy generalnej i będą ubezpieczone na tych warunkach aż do zakończenia takiego kontraktu. Drugi rodzaj umów obejmuje wszystkie kontrakty (spełniające warunki graniczne), które są realizowane w trakcie trwania umowy generalnej. W tym drugim przypadku może się zdarzyć, że kontrakt w trakcie swojej długiej realizacji będzie ubezpieczony w ramach dwóch, a nawet więcej, kolejnych umów generalnych. Wiąże się to z ryzykiem zmienności warunków ubezpieczenia w trakcie okresu realizacji prac, a także możliwością pozostawienia rozpoczętej budowy bez ubezpieczenia, jeśli ubezpieczyciel nie będzie chciał wznowić takiej umowy generalnej. Z punktu widzenia banku dochodzi obowiązek proceduralny uzyskiwania potwierdzenia cesji praw z umowy ubezpieczenia dla kolejnych umów generalnych. **Powierzenie ubezpieczenia inwestycji generalnemu wykonawcy jest z punktu widzenia inwestora rozwiązaniem praktycznym.** Zdejmuje z głowy szereg problemów związanych z poznawaniem nieznanego ubezpieczeniowej, negocjacją warunków umów, a przy korzystnej historii szkodowej wykonawcy i dzięki efektowi skali (wszystkie budowy realizowane przez danego wykonawcę) koszt ubezpieczenia powinien być atrakcyjny. Należy jednak pamiętać o ryzyku nieuwzględnienia specyfiki danego kontraktu w umowie o charakterze ogólnym (jak sama nazwa wskazuje, jest to umowa generalna). Istotnym ryzykiem jest także sytuacja możliwego zerwania umowy z generalnym wykonawcą, który schodząc z rozpoczętej budowy, zabiera swoje ubezpieczenie, zostawiając inwestora z problemem nieubezpieczonej inwestycji w toku (jak wspomnieliśmy wyżej, może to być sprawa decydująca

o być albo nie być całej inwestycji). Dodatkowo, jeśli inwestor planuje ubezpieczenie utraty zysku w następstwie szkód w trakcie budowy (tzw. ALoP), to jest to możliwe wyłącznie wtedy, gdy sam ubezpieczy proces budowlany. Do tego ostatniego zagadnienia powrócimy później.

Należy zdawać sobie sprawę, że wiele przedsiębiorstw budowlanych ma zawarte umowy generalne lub w celu ochrony własnych interesów ubezpiecza wykonywane przez siebie poszczególne kontrakty. Dlatego w praktyce podwykonawcy mogą ubezpieczać swoje zakresy prac, niekoniecznie informując o tym inwestora lub generalnego wykonawcę. Oznacza to możliwość wystąpienia w procesie budowlanym wielokrotnych ubezpieczeń na tej samej inwestycji, przy czym część z nich dotyczy wyłącznie wybranych zakresów prac.

Ubezpieczenie budowy może być także zawarte przez samego inwestora. W sytuacji, gdy nie ma generalnego wykonawcy, takie rozwiązanie jest ze wszelkich miar zalecane. Umowa ubezpieczenia prac budowlanych z założenia obejmuje wszystkich uczestników procesu budowlanego. Jest to konieczne ze względu na dynamikę tego procesu i udział różnych osób i firm w kolejnych etapach inwestycji. Interesy ubezpieczeniowe poszczególnych osób mogą się płynnie zmieniać i tylko objęcie całego procesu w jednej polisie zapewnia brak przerw i luk, a także eliminuje potrzebę stałego monitorowania zmian i raportowania ich ubezpieczycielowi. W tej konstrukcji umowy ubezpieczenia inwestor jest ubezpieczającym, a także jednym z ubezpieczonych. W odniesieniu do pozostałych uczestników procesu budowlanego mamy do czynienia z ubezpieczeniem na cudzy rachunek, przy czym większość z pozostałych ubezpieczonych nie jest wskazana imiennie.

CO MOŻNA UBEZPIECZYĆ W RAMACH UBEZPIECZENIA BUDOWY?

Gdy mówimy o przedmiocie ubezpieczenia w trakcie budowy, najczęściej mamy na myśli wartość materiałów budowlanych i robocizny, a także koszt pracy maszyn. Należy do tego dodać wartość prac tymczasowych, które są niezbędne do prowadzenia procesu budowlanego, a także wartość zaplecza budowy. Te pozycje mogą być obliczone lub oszacowane na etapie projektowym. **Wartość przedmiotu ubezpieczenia na placu budowy w miarę postępu prac będzie się zmieniać od zera (pusty plac pod budowę) do wartości całkowitej projektu w chwili jego ukończenia.** Ubezpieczeniem można także objąć narzędzia, urządzenia i sprzęt pomocniczy, które będą na budowie wykorzystane. Osobną pozycję mogą stanowić rzeczy osobiste pracowników. Te pozycje można oszacować na podstawie doświadczenia, najczęściej jest dla nich przyjmowany limit wartości będący górną granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela w tym zakresie.

Maszyny budowlane mogą być przedmiotem ubezpieczenia w ramach kompleksowego ubezpieczenia budowy. Ubezpieczyciele wymagają jednak przedstawienia listy maszyn do ubezpieczenia wraz z określeniem ich wartości jednostkowej. W przypadku ubezpieczenia zawierającego przez inwestora podanie takiej listy wraz z wartościami bywa kłopotliwe lub wręcz niemożliwe. Dodatkowo wiadomo, że niektóre z maszyn będą użyte tylko na potrzeby określonych czynności lub na wybranych etapach budowy. Ich ubezpieczenie w całym okresie trwania budowy nie byłoby ekonomicznie uzasadnione. Należy także zaznaczyć, że maszyny pozostają ubezpieczone tylko w obrębie placu budowy. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia losowe z wyłączeniem awarii.

W Polsce na przestrzeni lat ukształtował się standard ubezpieczeń budowlanych nazywany powszechnie „standardem monachijskim”. Pod pojęciem tym rozumie się warunki ubezpieczenia obejmujące trzy sekcje:

- ➔ ubezpieczenie szkód materialnych (sekcja 1),
- ➔ ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (sekcja 2),
- ➔ ubezpieczenie finansowych strat spowodowanych szkodami materialnymi w okresie budowy, nazywane także ubezpieczeniem utraty spodziewanego zysku inwestora lub określane skrótem ALoP (sekcja 3).

Ubezpieczenie sekcji 2 i 3 nie jest możliwe bez ubezpieczenia sekcji 1. Natomiast sekcja 1 może być ubezpieczona samodzielnie.

Zazwyczaj ubezpieczający budowę decydują się na ubezpieczenie sekcji 2 (odpowiedzialność cywilna). Jest to ubezpieczenie obejmujące odpowiedzialność wszystkich uczestników procesu budowlanego wobec osób trzecich, czyli niebędących uczestnikami tego procesu. Większość ubezpieczycieli nie oferuje sum gwarancyjnych dla sekcji 2 większych niż suma ubezpieczenia dla sekcji 1. Najczęściej wynika to z ograniczeń, jakie są zapisane w umowach reasekuracyjnych podpisanych przez tych ubezpieczycieli. Suma gwarancyjna powinna być określona stosownie do rodzaju, wielkości i miejsca realizacji kontraktu budowlanego. Nie powinna ona być też bardzo niska. Za „bardzo niskie” w obecnych realiach należy uznać sumy poniżej 1 mln zł. Ubezpieczenia oferowane w ramach sekcji 2 mają ograniczenia zakresowe. Przede wszystkim szkody wyrządzone przez jednego z uczestników procesu budowlanego innemu z takich uczestników nie są tym ubezpieczeniem objęte. W ramach sekcji 3 inwestor może ubezpieczyć swój spodziewany przyszły zysk, jaki planuje osiągnąć po ukończeniu budowy z działalności prowadzonej w nowym obiekcie. Strata finansowa, jaką może ubezpieczyć, powstanie w wyniku opóźnienia daty zakończenia budowy względem daty planowanego zakończenia prac, zaś opóźnienie takie musi być skutkiem szkód materialnych ubezpieczonych w zakresie sekcji 1.

Stwierdzenie to pokazuje, że **w całym okresie ubezpieczenia może być tylko jedna szkoda z zakresu sekcji 3** (na koniec okresu realizacji prac), a także, że wpływ szkód nieubezpieczonych w ramach sekcji 1 na opóźnienia realizacji kontraktu nie będzie brany pod uwagę przy określaniu wielkości szkody z sekcji 3. Jak już wspomniano, ubezpieczonym w ramach sekcji 3 może być wyłącznie inwestor.

ZAKRES UBEZPIECZENIA PRAC BUDOWLANYCH

Umowy ubezpieczenia prac budowlanych najczęściej opierają się na tzw. standardzie monachijskim. Konstrukcja tych warunków określa zakres ubezpieczenia, w sekcji 1 opisując wyłączenia, czyli takie sytuacje, które nie będą objęte ubezpieczeniem. Wyłączenia te mogą być zakresowe albo przedmiotowe. Te pierwsze precyzują, skutki jakich zdarzeń losowych nie będą objęte ubezpieczeniem. Te drugie – jakie mienie nie może być ubezpieczone.

Niektóre koszty związane ze szkodą mogą być ubezpieczone pod warunkiem ich dodatkowego wymienienia w polisie. Przykładem mogą być koszty uprzątnięcia tzw. pozostałości po szkodzie, czyli związane z rozbiórką uszkodzonych elementów i ich usunięciem.

Najczęściej suma ubezpieczenia w odniesieniu do sekcji 1 odpowiada całkowitej planowanej wartości projektu budowlanego (bez wartości gruntu), a w przypadku prac realizowanych przez generalnego wykonawcę – cenie umownej z generalnym wykonawcą. W przypadku przedsiębiorstw mogących dokonać odliczenia podatku VAT, jego wartość nie jest uwzględniona w sumie ubezpieczenia (jest ona określona w wartości netto, to samo dotyczy wypłacanych odszkodowań).

Jakie mogą być konsekwencje nieprawidłowego zadeklarowania sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu budowlanym? Jeżeli suma ubezpieczenia zostanie zawyżona, to umowa ubezpieczenia będzie bezskuteczna w odniesieniu do takiej nadwyżki. Jeżeli zaś suma ubezpieczenia zostanie zaniżona, to w przy-

Podstawowe wyłączenia w sekcji 1 ubezpieczenia prac budowlanych

- wojna, wojna domowa, rewolucja, agresja zbrojna obcego państwa, bunt, konfiskata lub zajęcie mienia przez jakąkolwiek władzę publiczną,
- zamieszki, strajki, niepokoje społeczne,
- reakcja jądrowa, napromieniowanie lub skażenie radioaktywne,
- wina umyślna ubezpieczonego (w działaniu lub zaniechaniu działania),
- częściowe lub całkowite zaprzestanie prac,
- udział własny ubezpieczonego w każdej szkodzie (nazywany także franszyzą redukcyjną),
- jakiegokolwiek szkody następczej (będącej następstwem szkody materialnej), w tym grzywny, kary umowne, straty spowodowane opóźnieniem, nieosiągnięcie zakładanych parametrów produkcyjnych, utrata rynków,
- straty lub uszkodzenia spowodowane wadliwością projektu,
- koszty naprawy, zastąpienia lub poprawienia wadliwego materiału lub błędów wykonania, przy czym to wyłączenie dotyczy tylko elementów bezpośrednio dotkniętych taką wadą lub błędem, a nie dotyczy elementów bez takich błędów, ale uszkodzonych lub zniszczonych w wyniku ujawnienia się błędu,
- naturalne zużycie, rdza, odbarwienia, pogorszenie się mienia w wyniku nieużywania lub normalnych warunków atmosferycznych,
- straty lub uszkodzenia powstałe w sprzęcie, wyposażeniu lub maszynach w wyniku awarii mechanicznej lub elektrycznej, zamarznięcia płynów w instalacjach, niewłaściwego smarowania, braku oleju lub chłodziwa, przy czym jeśli taka strata lub uszkodzenie spowoduje szkodę na zewnątrz maszyny, to taka szkoda będzie ubezpieczona,
- szkody w pojazdach przeznaczonych do poruszania się po drogach, statkach latających i jednostkach pływających,
- straty lub uszkodzenia w planach, dokumentach, wartościach pieniężnych, czekach, wekslach, papierach wartościowych itp.,
- straty lub uszkodzenia ujawnione w czasie remanentu.

padku szkody ubezpieczający może się spodziewać proporcjonalnego obniżenia odszkodowania. Odszkodowanie pozostanie wówczas do poniesionej straty w takim stosunku, jak zadeklarowana suma ubezpieczenia pozostaje do poprawnie określonej sumy ubezpieczenia.

KONIEC UBEZPIECZENIA PRAC BUDOWLANYCH

Podobnie jak każda umowa ubezpieczenia, również ubezpieczenie prac budowlanych jest zawierane na czas określony, nazywany okresem ubezpieczenia. Okres ten jest zawsze zapisany w polisie i powinien odpowiadać planowanemu czasowi realizacji prac budowlanych. Tak jak przy innych umowach ubezpieczenia – gdy okres ubezpieczenia dobiega końca, to kończy się okres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Taka jest zasada ogólna, jednak specyfika i dynamika procesu budowlanego mogą wprowadzić w tym względzie pewne zmiany. **Jeśli proces budowlany zostanie ukończony przed planowanym terminem i dokonany zostanie odbiór końcowy obiektu budowlanego, to w tym dniu ubezpieczenie prac budowlanych się zakończy.** Inną możliwością jest rozpoczęcie eksploatacji obiektu budowlanego. Takie działanie również kończy ubezpieczenie prac budowlanych. Jeżeli obiekt budowlany zostanie odebrany tylko w części lub tylko jego część będzie eksploatowana, to zakończenie ubezpieczenia będzie dotyczyć tylko takiej części.

W takich przypadkach inwestor musi pamiętać o zawarciu nowego ubezpieczenia dla ukończonego (lub eksploatowanego) obiektu budowlanego lub jego części. W przypadku kończenia się ubezpieczenia budowlanego dla części obiektu istnieje realne zagrożenie, że trwające jeszcze prace na pozostałej części mogą uszkodzić część ukończoną. Należy sobie zdawać sprawę, że większość ubezpieczeń mienia w okresie normalnej eksploatacji wyłącza szkody spowodowane pracami budowlanymi. A więc inwestor znajduje się w sytuacji, gdy jedno ubezpieczenie (budowlane) już się skończyło, a drugie (w okresie eksploatacji) wyłącza szkody związane z procesem budowlanym. Aby wypełnić tę lukę, oferowane jest rozszerzenie ubezpieczenia budowlanego, które pokrywa szkody spowodowane trwającymi pracami w już ukończonych odcinkach prac. Wiele z gotowych rozszerzeń dostępnych dla ubezpieczeń budowlanych zostało wystandaryzowanych i ponumerowanych, takie rozszerzenie oznaczono jako klauzula numer 116 (lub z pewnymi modyfikacjami jako 116/1).

Jeżeli prace budowlane będą realizowane obok już istniejących obiektów należących do inwestora, to realne jest zagrożenie dla takiego mienia ze strony prowadzonych prac. Aby ubezpieczyć takie mienie na wypadek szkód spowodowanych przez prowadzone prace opracowano rozszerzenie oznaczone jako klauzula 119.

Opisany wyżej **moment zakończenia ochrony ubezpieczeniowej dla prac budowlanych może być początkiem dodatkowego okresu ochrony ubezpieczeniowej.** Okres ten, najczęściej będący wielokrotnością okresów 12-miesięcznych (najczęściej 12-36 miesięcy), określany żargonowo okresem konserwacji, może obejmować szkody spowodowane przez wykonawców w trakcie czynności mających na celu wypełnienie zobowiązań gwarancyjnych. Używane czasem potocznie określenie „klauzule gwarancyjne” prowadzi do nieporozumień polegających na błędnym utożsamieniu zakresu ubezpieczenia w tym okresie ze zobowiązaniami gwarancyjnymi wykonawcy. Należy wyraźnie zaznaczyć, że ubezpieczenie w tym zakresie nie pokrywa kosztów napraw gwarancyjnych. Ubezpieczeniem objęte są wyłącznie szkody

w przedmiocie prac budowlanych (i tylko w tym mieniu) spowodowane przez wykonawcę w trakcie realizacji zobowiązań konserwacyjnych lub gwarancyjnych (np. zaproszenie ognia). Takie rozszerzenie oznaczane jest klauzulą 003. Dodatkowo rozszerzenie to może obejmować szkody powstałe w okresie po zakończeniu prac w wyniku zdarzenia mającego miejsce w czasie prowadzenia prac. Takie rozszerzenie oznaczane jest jako klauzula 004.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (sekcja 2) trwa w takim samym okresie jak ubezpieczenie w zakresie szkód w mieniu, tj. sekcja 1. Również w zakresie tej sekcji istnieją dodatkowe standardowe klauzule, które mogą modyfikować zakres ubezpieczenia. Na przykład klauzula 120 rozszerza zakres ubezpieczenia o szkody spowodowane wibracjami, osłabieniem podpór lub nośności gruntu (które, zgodnie z warunkami ogólnymi, są wyłączone). Jeżeli w wyniku pracy kafara i drgań tym spowodowanych zawaleniu ulegnie pobliski dom, to klauzula ta sprawi, że szkoda taka będzie objęta zakresem ubezpieczenia. Przy tym ważne jest, że powierzchnniowe spełkania budynku pozostają wyłączone w standardowym brzmieniu tej klauzuli.

Wspomniane wcześniej **roszczenia wzajemne pomiędzy uczestnikami procesu budowlanego (np. między dwoma podwykonawcami) w standardowym podejściu są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.** Klauzula 002 włącza odpowiedzialność wzajemną między ubezpieczonymi. Nadal jednak wyłączone pozostają szkody w mieniu, które może być ubezpieczone w ramach sekcji 1 (np. maszyny budowlane).

Ubezpieczenie w zakresie sekcji 3 jest w Polsce bardzo rzadko zawierane. Jednak ostatnio obserwuje się zwiększone nim zainteresowanie, częściowo wynikające z rosnących wymagań banków finansujących budowy. Dla określenia tego ubezpieczenia często stosowane są różne akronimy, z których najpopularniejszym jest ALoP, od angielskich słów *Advance Loss of Profit*. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest strata finansowa, jaką ubezpieczony (którym jest wyłącznie inwestor) poniósł w wyniku zmniejszenia się obrotu lub zwiększenia kosztów pracy w okresie, o jaki termin ukończenia inwestycji przesunął się w wyniku szkód ubezpieczonych w ramach sekcji 1. W przypadku ubezpieczeń budowlanych nie można ubezpieczyć sekcji 3 bez ubezpieczenia budowy w zakresie sekcji 1. Zawierając ubezpieczenie w tym zakresie, inwestor – oprócz składki ubezpieczeniowej – musi się liczyć także z dodatkowym kosztem zatrudnienia niezależnego rzeczoznawcy do oceny postępu prac, który regularnie sporządza raporty z przebiegu prac i monitoruje opóźnienia niespowodowane szkodami.

W części dotyczącej sekcji 3 polisa określa także tzw. maksymalny okres odszkodowawczy. Jest to szacowany czas, przez jaki szkody w okresie budowy mogą opóźnić rozpoczęcie działalności w porównaniu z pierwotnie zakładanym planem.

Każdy inwestor – planując realizację budowy – powinien mieć świadomość ryzyk związanych z takim przedsięwzięciem. Dlatego ubezpieczenie powinno być zawsze pozycją w budżecie każdej inwestycji. Koszt ten, zazwyczaj nie przekracza 0,2% wartości inwestycji (bez sekcji 3). Ubezpieczenie jest ważnym czynnikiem mogącym zadecydować o powodzeniu całego przedsięwzięcia. Ze względu na złożoność tej materii dobrze w tym zakresie wspierać się doświadczonym pośrednikiem ubezpieczeniowym. ▢

Ryzyko wadliwego wykonania, błędu projektowego lub materiałowego a granice ubezpieczalności

Szczególnym rodzajem szkód polegających na uszkodzeniu lub zniszczeniu w przedmiocie realizowanych prac budowlano-montażowych, dostarczonych komponentach czy urządzeniach, które mogą wystąpić podczas realizacji zadania inwestycyjnego, są szkody będące następstwem błędu projektowego lub wady materiałowej, odlewniczej lub wykonawczej/produkcyjnej. Przyczynom tego rodzaju trudno jest przypisać element losowości. – **MICHAŁ KIESIŃSKI**



Michał Kieński

jest dyrektorem Departamentu Rozwoju w EIB.

W ubezpieczeniach od 18 lat.

Ubezpieczenia prac budowlano-montażowych, tzw. CAR/EAR, skonstruowane są zasadniczo na bazie ubezpieczenia all risks. Zatem w razie powstania fizycznego uszkodzenia, zniszczenia lub utraty przedmiotu ubezpieczenia skutki takiego zdarzenia objęte są ochroną ubezpieczeniową, chyba że zdarzenie jest wyraźnie wyłączone z zakresu ubezpieczenia. I faktycznie, zakres ochrony jest bardzo szeroki. Obejmuje zarówno zdarzenia czysto losowe związane z działaniem żywiołów, jak huragan czy powódź, poprzez często największe ryzyko katastroficzne, jakie może powstać na placu budowy, tj. pożar, kończąc na awariach, błędach ludzkich lub katastrofach budowlanych. Mimo że część z tych zdarzeń wiąże się z działaniami człowieka, a w zasadzie jego błędami i zaniechaniami, to ich losowy charakter nie budzi zasadniczo wątpliwości.

BŁĘDY UMIEJSCOWIONE POZA PLACEM BUDOWY

Szczególnym rodzajem szkód polegających na uszkodzeniu lub zniszczeniu w przedmiocie realizowanych prac budowlano-montażowych, dostarczonych komponentach czy urządzeniach, które mogą wystąpić podczas realizacji zadania inwestycyjnego, są szkody będące następstwem błędu projektowego lub wady materiałowej, odlewniczej lub wykonawczej/produkcyjnej. Przyczynom tego rodzaju trudno jest przypisać element losowości. Wiążą się one bowiem z ryzykiem gospodarczym podmiotu realizującego prace, producenta lub dostawcy poszczególnych urządzeń i komponentów, co jest związane z jakością i gwarancją jej dotrzymania. Z tego też względu **standardowe warunki ubezpieczenia ryzyk budowlano-montażowych wyłączają z zakresu ubezpieczenia szkody powstałe wskutek niezachowania wymogów jakościowych, tj. błędów projektowych, materiałowych, odlewniczych lub wykonawczych.**

Analiza tego zagadnienia wymaga kilku uwag wprowadzających. W pierwszej kolejności należy wskazać, iż wspólną cechą

tych przyczyn – poza ich charakterem odnoszącym się do elementu jakościowego – jest to, że błędy te, a w istocie miejsce ich powstania, są umiejscawiane poza samym placem budowy i realizowanymi na nim pracami. O ile w przypadku błędów projektowych, które materializują się w pracowni projektowej, błędów materiałowych i odlewniczych materializujących się w zakładzie producenta, ocena jest prosta, o tyle wątpliwości mogą być związane z oceną skutków błędów wykonawczych. O jakie błędy wykonawcze chodzi w tym przypadku? Czy o wadliwy montaż urządzenia na terenie budowy, które uległo z tego powodu awarii podczas jego testowania, wadliwe wykonane spawy czy wadliwie wylany fundament, który następnie pękł? Literalnie można by było zakwalifikować te przypadki jako błędy wykonawcze. Jednakże jak wspomniano powyżej, wspólną cechą wyłączeń odpowiedzialności w ramach polis CAR/EAR odwołujących się do aspektów jakościowych jest ich umiejscowienie poza terenem/placem budowy. Jeżeli więc mowa o wadliwym wykonawstwie, to chodzi o wadliwość elementów, urządzeń lub ich komponentów powstałą jeszcze przed dostarczeniem ich na teren budowy. Oczywiście wadliwość może zostać odkryta lub ujawnić się dopiero po dostarczeniu na plac budowy, jednakże jej źródło jest poza nim.

Przykładowo wadliwie wykonany silnik dostarczony na teren inwestycji, stanowiący element montowanej linii produkcyjnej, który uległ następnie uszkodzeniu, będzie się kwalifikował pod wskazane wyłączenie. Z kolei silnik wadliwie zainstalowany na montowanej linii produkcyjnej pod wskazane wyłączenie nie powinien być kwalifikowany. W przywołanym wyłączeniu chodzi bowiem o wadliwość w produkcji/wykonawstwie dostarczonych elementów, nie zaś o błędy montażowe i wykonawcze powstałe na terenie realizacji inwestycji. Wskazana przeze mnie interpretacja nie jest oczywista i część rynku ubezpieczeniowego oferującego ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyk budowlano-

-montażowych kwestionuje ją, rozszerzając znaczenie wyłączenia szkód powstałych wskutek wadliwego wykonawstwa także na wadliwość prac wykonanych już na terenie budowy.

Z kolei w jednym z wczesnych opracowań opublikowanych przez Munich Re, jednego z prekursorów ubezpieczeń CAR/EAR na świecie, który wypracował do dziś stosowane standardy w tym obszarze, można wyczytać, iż: *Najważniejsze przyczyny strat podlegające odszkodowaniu z ubezpieczenia wszystkich ryzyk budowy / montażu zestawiono poniżej: (...) – złe wykonawstwo, brak umiejętności (...).* Dodatkowo precyzując, iż *Wyłączenia te są wyszczególnione w polisie i obejmują zasadniczo: (...) – koszty wymiany, naprawy lub dokonania poprawek przy stwierdzeniu brakurobstwa w wykonawstwie (np. zastosowania wadliwego lub nieodpowiedniego materiału) (...).* Warto to zagadnienie przedyskutować z ubezpieczycielem na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, aby wyjaśnić i ustalić wzajemne intencje stron, treść oraz wspólną interpretację wskazanego wyłączenia.

Czasem zdarza się także, że część elementów inwestycji jest wstępnie montowana poza ściśłym terenem budowy (*preassembly*) – wówczas szkody będące następstwem wadliwości lub błędów w wykonawstwie tych prac powinny być objęte podstawowym zakresem ubezpieczenia. Taka sytuacja wymaga wprowadzenia do polisy postanowień szczególnych, regulujących taką sytuację.

ŹRÓDŁA NIEPOROZUMIEŃ

Należy także wskazać, że sam fakt wystąpienia, a w zasadzie wykrycia wady nie stanowi jeszcze o powstaniu szkody, a tym samym o uruchomieniu odpowiedzialności ubezpieczyciela z polisy. Niniejsze – wydaje się – oczywiste twierdzenie jest często błędnie rozumiane przez samych ubezpieczonych i w konsekwencji prowadzi do powstania rozbieżności między ubezpieczonymi i ubezpieczycielami, w szczególności w sytuacji, w której zakres ubezpieczenia rozszerzony jest także o szkody będące następstwem wskazanych wad jakościowych. Aby bowiem mówić o uruchomieniu odpowiedzialności ubezpieczyciela, konieczne jest wystąpienie fizycznej szkody w przedmiocie realizowanych prac, polegającej na ich uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie. **Najczęściej do nieporozumień dochodzi w sytuacji, gdy wada doprowadzi do szkody tylko w części prac, a ustalono, że tych wad jest więcej w innych nieuszkodzonych jeszcze elementach.** Wówczas odpowiedzialność ubezpieczyciela ogranicza się jedynie do kosztów usunięcia skutków szkody fizycznej i nie obejmuje kosztów wymiany elementów wadliwych, które nie uległy fizycznemu uszkodzeniu. Koszt wymiany elementów wadliwych, które nie zostały uszkodzone, spoczywać będzie na wykonawcy lub dostawcy wadliwych elementów w ramach zobowiązań o charakterze gwarancji jakościowych.

Przykład

Przedmiotem inwestycji jest budowa i montaż instalacji przemysłowej, której częścią jest montaż czterech odrębnych rurociągów wody chłodzącej, wykonanych z tworzywa sztucznego. Podczas próby ciśnieniowej na pierwszej nitce instalacji rurociąg uległ rozszczelnieniu, co doprowadziło do uszkodzenia szeregu innych urządzeń. Po dokonaniu szczegółowej analizy

zdarzenia ustalono, że przyczyną rozszczelnienia się rurociągu była wada materiałowa powodująca tworzenie się szczelin w strukturze rurociągu, co w efekcie doprowadziło do jego pęknięcia i rozszczelnienia się. Podobne wady wykryto także na rurociągach trzech pozostałych nitek instalacji, na których testy ciśnieniowe nie były jeszcze przeprowadzone i które nie zostały jeszcze uszkodzone. Zarówno dla wykonawcy, jak i inwestora oczywiste stało się, że wszystkie wadliwe rurociągi należy zdemontować, zamówić i zainstalować nowe, wolne od wad. Niniejsze wiązało się z koniecznością poniesienia istotnych kosztów.

W podanym przykładzie poza zakresem odpowiedzialności ubezpieczyciela pozostawać będą koszty wymiany trzech nitek, w których zidentyfikowano wadliwość, a które nie zostały uszkodzone. Z kolei to, które koszty powstałe w związku ze szkodą na pierwszej testowanej nitce będą pokryte z ubezpieczenia, zależeć będzie od wykupionego zakresu ochrony. W konsekwencji często wbrew oczekiwaniom ubezpieczonego ubezpieczenie pokrywać będzie zaledwie część wszystkich kosztów powstałych w takiej sytuacji. Rozważając różnice pomiędzy „wadą” a szkodą, można stwierdzić, że powstanie szkody wiąże się z zaistnieniem jakiegoś zdarzenia, podczas gdy wada istnieje sama w sobie, niezależnie od zaistnienia innego zdarzenia.

CHARAKTER WYŁĄCZEŃ

Także przedmiotowy zakres stosowania wyłączeń odnoszących się do aspektu jakości bywa różny. Najmocniej ujawnia się to w odniesieniu do szkód będących następstwem błędów projektowych. Istotne jest, jak daleko „rociąga się” to wyłączenie, czy np. błąd w projekcie dachu hali lotniskowej obejmuje cały dach, czy ogranicza się tylko do jego elementów, które nie spełniają określonych wymogów wytrzymałości, nośności itp., czy może błąd w projekcie dotyczy całego obiektu. W razie katastrofy budowlanej na skutek zawalenia się dachu hali lotniska, niniejsze będzie rozstrzygające dla zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela za taką szkodę. Jeżeli bowiem jako wadliwe zaprojektowany uznamy cały obiekt, wówczas ubezpieczyciel w ramach polisy CAR/EAR może w ogóle nie ponosić odpowiedzialności za taką szkodę, nawet w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o tzw. szkody konsekwentne, tj. szkody w pracach budowlano-montażowych, które zostały wykonane prawidłowo, a więc zgodnie ze sztuką budowlaną i projektem. Z tych względów, **definiując wyłączenia jakościowe, kluczowe jest odniesienie do poszczególnego elementu, komponentu, materiału dotkniętego wadliwością w celu zapobieżenia „rozciągania” wyłączeń jakościowych na większe struktury, instalacje czy prace.** Stąd też przy konstruowaniu lub negocjowaniu treści wyłączeń jakościowych zasadne jest odniesienie ich do najmniejszego identyfikowalnego elementu realizowanej instalacji, obiektu czy budowli. W warunkach stosowanych na rynkach międzynarodowych najczęściej następuje odwołanie do „elementu” dotkniętego wadą – *defective item / faulty part*. Świadomość tych niuansów może rozstrzygać nieraz o wielomilionowych kwotach. Te bardzo wrażliwe zapisy budzą często wątpliwości. Ważne, aby były one rozstrzygane – jeśli to możliwe – na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, a nie na etapie likwidacji ewentualnych szkód powstałych podczas realizacji ubezpieczonej inwestycji.

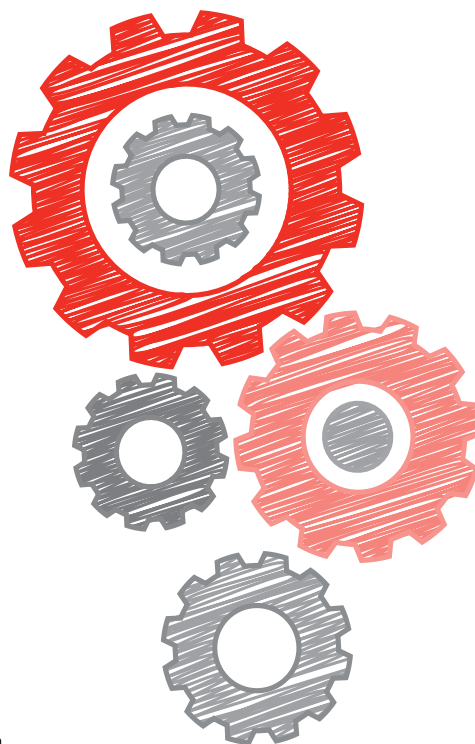
Wyłączenie szkód o charakterze jakościowym jest jednym z podstawowych wyłączeń w ramach standardowych warunków ubezpieczeń ryzyk budowlano-montażowych. W praktyce wyłączenie takie jest wprost wpisane w ogólne lub szczególne warunki ubezpieczeń CAR/EAR, zwłaszcza gdy warunki oparte są o tzw. standard monachijski. Może także przybierać kształt klauzuli dodatkowej. Najbardziej rozpowszechnionymi klauzulami dodatkowymi regulującymi przedmiotową problematykę są opracowane przez The London Engineering Group klauzule LEG (1, 2, 3) oraz rzadziej spotykane Design Exclusion Clauses DE 1–5. Specyfiką wynikającą ze stosowania wskazanych klauzul jest to, że w istocie poprzez te wyłączenia definiowany jest zakres ubezpieczenia w odniesieniu do szkód związanych z elementami jakościowymi, a trudność w interpretacji wynika z jednoczesnego zastosowanej konstrukcji gramatycznej opartej na zaprzeczeniu.

Najbardziej rozpowszechnionym podziałem wariantów dotyczących wyłączeń jakościowych są:

Wariant I (wyłączenie wadliwości): z zakresu ubezpieczenia ryzyk budowlano-montażowych wyłączone są wszelkie szkody będące następstwem błędów projektowych oraz wad materiałowych, odlewniczych i/lub wykonawczych (odpowiednik LEG 1 i DE 1).

Wariant II (pokrycie szkód konsekwentnych): z zakresu ubezpieczenia wyłączone są koszty, jakie należałoby ponieść za usunięcie błędu lub wymianę wadliwych elementów, gdyby wada została odkryta przed szkodą – oznacza to, że ochroną ubezpieczeniową objęte są elementy inwestycji nieposiadające wad, ale uszkodzone lub zniszczone na skutek wadliwości innych elementów, przy czym ubezpieczyciel nie odpowiada za same wadliwe elementy/komponenty, a w zasadzie za koszty, jakie należałoby ponieść na ich naprawę lub wymianę przed powstaniem szkody (odpowiednik LEG 2 i DE 2–4).

Wariant III (wyłączenie kosztów przeprojektowania i ulepszeń): z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wyłączenie koszty poniesione po szkodzie na przeprojektowanie lub ulepszenie materiału itp. – w tym najszerszym wariantcie ochrony ubezpieczyciel w razie powstania szkody w ramach odszkodowania powinien pokryć zarówno koszty wymiany elementów wadliwych na elementy wolne od wad, jak i koszty usunięcia szkód w pozostałym mieniu, jeżeli uległo uszkodzeniu lub zniszczeniu na skutek wadliwości tych elementów. Należy przy tym pamiętać, że ubezpieczyciel pokryje koszty wymiany elementów wadliwych wyłącznie w sytuacji, gdy uległy one uszkodzeniu lub zniszczeniu (odpowiednik LEG 3 i DE 5).



©Fotolia

Wszystkie omawiane powyżej kwestie nabierają dodatkowo szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy obok ubezpieczenia samych prac budowlano-montażowych w ramach polis CAR/EAR funkcjonuje uzupełniające ubezpieczenie utraty spodziewanych korzyści inwestora na skutek opóźnienia w zakończeniu inwestycji (ALoP/DSU). Zakres podlegającej odszkodowaniu pod polisą CAR/EAR szkody i okres niezbędny do jej usunięcia będą wprost oddziaływały na odpowiedzialność ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia ALoP/DSU. Tym samym przykładowo wydłużony czas niezbędny na naprawę lub wymianę elementów wadliwych, które nie uległy jeszcze fizycznemu uszkodzeniu lub zniszczeniu, nie będzie kwalifikował się do okresu opóźnienia, za który ubezpieczyciel będzie ponosił odpowiedzialność i wypłacał odszkodowanie w ramach polisy ALoP.

Podsumowując, należy stwierdzić, że **granice ubezpieczalności ulegają stalemu poszerzeniu, wchodząc także w zakres, który pozostawał dotychczas poza ryzykiem *stricte* ubezpieczeniowym**. Zakres, który kwalifikuje się raczej w obszar ryzyka gospodarczego związanego z prowadzeniem każdej działalności w związku z obiektywnymi powinnościami dotyczącymi zapewnienia i dochowania jakości dostarczanych produktów i realizowanych prac. Nie budzi więc w tym względzie wątpliwości ostrożność ubezpieczycieli w oferowaniu tych wrażliwych zakresów ochrony. Niemniej jednak są kategorie kosztów, które niemalże zawsze pozostawać będą poza zakresem możliwej do zakupu ochrony ubezpieczeniowej, jak przykładowo koszty przeprojektowania czy ulepszenia zastosowanych wadliwych elementów lub materiałów czy koszty wymiany lub naprawy elementów, które nie uległy fizycznemu uszkodzeniu. Zważywszy na istotne znaczenie wyłączeń jakościowych dla definiowania zakresu ubezpieczenia w ramach ubezpieczeń budowlano-montażowych, ważna jest świadomość tego, jak mogą one zadziałać w praktyce, i ustalenie intencji stron umowy ubezpieczenia w tym zakresie na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. □

Tunele – stosowane technologie realizacji oraz underwriting ryzyka

Najczęściej stosowane technologie wykonywania tuneli opierają się na: metodzie tarczowej, w ramach której prace realizuje się za pomocą zmechanizowanej tarczy drążącej (TBM), metodach górniczych mających zastosowanie na większych głębokościach lub w monolitycznych strukturach geologicznych, oraz metodach odkrywkowych. – **TOMASZ KUKUŁA**



Tomasz Kukuła

jest dyrektorem Departamentu Underwritingu Ubezpieczeń Korporacyjnych w Generali. W ubezpieczeniach od 20 lat.

Czym jest niebo, gwiazdy i co jest ponad nami? To pytanie od zarania ludzkości rozpalało wyobraźnię odkrywców. Podróże w nieznane, niewiadome, to wyzwanie, z którym odważni mierzą się od pokoleń. Nie mniej intrygującym, romantycznym wyzwaniem budzącym ciekawość różnych śmiałków, było zrozumienie, czym jest ziemia, na której żyjemy, co kryje się pod jej powierzchnią? W przeciwieństwie do podróży kosmicznych, podbój ziemi rozpoczął się tysiące lat wcześniej. Już w czasach prehistorycznych odnajdujemy ślady pierwszych głębokich wykopów, drążenia w miękkich skałach, przebudowy jaskiń oraz korzystania z dobrodziejstw minerałów, które daje ziemia. **Na przestrzeni wieków ludzie mozolnie poprawiali techniki drążenia ziemi, by coraz głębsze przejścia wykorzystywać do własnych celów.** Jak to bywa z postępem opartym głównie na eksperymentach, wiązało się to z dużą liczbą nieszczęść i katastrof. Szczególnie przy drążeniu tunelów. Pomijając czasy historyczne oraz tematykę górnictwa w rozumieniu wydobywania złóż, rozmiary i częstość szkód powstałych tylko w trakcie drążenia tuneli są nieprawdopodobnie duże.

Tunel z definicji stanowi podziemną budowlę komunikacyjną w postaci korytarza przebiegającego pod powierzchnią ziemi, wykonaną metodą odkrywkową lub drążeniową, której podstawowe źródło obciążenia stanowi otaczający ośrodek gruntowy i wodny. Co do zasady, tunel posiada minimum dwa wyloty na powierzchnię ziemi. Tunele z racji swojej funkcji wykorzystywane są jako infrastrukturalne budowle drogowe lub kolejowe.

Wraz z ogromnym rozwojem przemysłowym duża liczba inwestycji to tunele związane z udrożnieniem połączeń przez łańcuchy górskie lub wykonywane w celu budowy metra, sieci podziemnej kolei bezkolizyjnej znajdującej się pod miastem. Apogeum rozwoju w tym obszarze i nagły wzrost liczby i wartości realizowanych inwestycji przypada na ostatnie 60 lat.

Warto wspomnieć, że szacunkowa wartość odszkodowań wypłaconych przez ubezpieczycieli w ciągu ostatnich 20 lat przekracza 700 mln euro. Kwota ta odnosi się tylko do odszkodowań za szkody materialne powstałe w trakcie realizacji takich kontraktów.

TUNELE KIEDYŚ I DZIŚ

Pierwszą inwestycją polegającą na drążeniu tuneli pod miastem była budowa metra w Londynie. Prace rozpoczęto w 1860 r., a metro zostało oddane 3 lata później. W trakcie realizacji tych prac ujawniły się różne zagrożenia, z którymi ówcześni inżynierowie musieli sobie poradzić. Głównie chodziło o szkody materialne w odniesieniu do realizowanych prac oraz maszyn wykorzystywanych do drążenia oraz wszelkie szkody – zarówno osobowe, jak i materialne – w odniesieniu do osób trzecich. Najważniejsze szkody, które wystąpiły w tamtych latach, to: zawalenie się ścian tunelu w związku z dobraniem nieprawidłowej technologii, wskutek błędnej oceny warunków geotechnicznych oraz szkody w mieniu należącym do osób trzecich, zarówno podziemnym, takim jak linie telekomunikacyjne, kable elektryczne, infrastruktura wodno-kanalizacyjna, jak i mieniu naziemnym, czyli istniejących budynkach i budowlach. Od tamtych czasów technologia oraz wiedza na temat wykonywania tuneli czy ocena warunków geotechnicznych niezwykle się rozwinęły, ale rodzaj i zakres szkód pojawiających się podczas realizowania prac jest nadal aktualny.

W dzisiejszych czasach w pełni zautomatyzowane technologie pozwalają na większą precyzję realizacji prac przy użyciu zaawansowanych technologii – **aktualnie możliwe jest drążenie tuneli o długości przekraczającej 50 km.** Mimo zastosowania nowoczesnych rozwiązań, maszyn sterowanych zdalnie czy użycia odpowiednich materiałów chemicznych, inżynierowie mają do czynienia przede wszystkim z tymi samymi zagrożeniami i obszarami ryzyk jak te zidentyfikowane podczas realizacji pierwszej linii metra w Londynie.

W związku z rozwojem merytorycznym i postępem technicznym aktualnie mamy znacznie większe możliwości dokładnego rozpoznania i bieżącej analizy warunków geotechnicznych. Dysponujemy także znacznie bardziej precyzyjnymi, dedykowanymi technologiami. To wszystko powoduje, że możliwe stało się realizowanie prac w obszarach bardzo trudnych i niestabilnych geologicznie, w których dotychczas nie było to możliwe. W takiej sytuacji jeden błąd może kosztować bardzo wiele, bo koszty naprawy prac realizowanych w tych technologiach bynaj-

mniej nie są najmniejsze. To jest istotny i niestety negatywny element dzisiejszej ubezpieczeniowej rzeczywistości. Przykładem może być poprowadzenie drugiej linii metra przez uskok skarpy wiślanej oraz pod Wisłą w Warszawie czy tunel pod Martwą Wisłą w Gdańsku. Te prace wiążą się z istotnie większym ryzykiem, dodatkowo są znacznie bardziej wymagające z perspektywy budżetu (są dużo droższe), technologii, inżynierii oraz organizacji prac.

TECHNOLOGIE BUDOWY TUNELI

Najczęściej stosowane technologie wykonywania tuneli opierają się na metodach górniczych mających zastosowanie na większych głębokościach lub w monolitycznych strukturach geologicznych, na metodzie tarczowej, w ramach której prace realizuje się za pomocą zmechanizowanej tarczy drążącej (TBM) oraz na metodach odkrywkowych.

Metody górnicze realizowane są najczęściej poprzez roboty strzałowe. Cechą wspólną wszystkich metod górniczych jest to, że wyrobisko jest wykonywane segmentami i stabilizo-

wane jest tymczasowymi obudowami hydraulicznymi. Popularnie stosowane są metody podpartego sklepienia, w których wykorzystuje się sztolnię wyprzedzającą w stropie przyszłego tunelu, jak również tzw. metoda rdzenia oporowego, stosowana w trudnym, mniej stabilnym górotworze, polegająca na zastosowaniu dwóch wyprzedzających sztolni w osiach fundamentów i ścian. Ciekawym i bardzo często stosowanym rodzajem metod górniczych jest tzw. nowa metoda austriacka, polegająca na wykorzystaniu właściwości fizycznych górotworu do stabilizacji samego tunelu. Wydrążony tunel stabilizuje się betonem natryskowym, wzmacnianym często siatką polipropylenową lub, w zależności od warunków, innymi materiałami stabilizacyjnymi, takimi jak stalowe kotwy, siatki czy łuki. Tą technologią został zrealizowany 670-metrowy tunel w Lelikach, pod górą Sobczakowa Grapa w Beskidzie Żywieckim, stanowiący część drogi ekspresowej do granicy ze Słowacją. Tunel ten kosztował ponad 147 mln zł i posiada jedną nawet z równoległym tunelem ewakuacyjnym, który łączy się z tunelem drogowym poprzez cztery przejścia.

Metoda tarczy zmechanizowanej (TBM) jest najczęściej stosowaną technologią przy budowie tuneli na terenach zurbanizowanych, gruntach zawodnionych czy słabych, niestabilnych skałach. Technologia ma szczególną wartość na terenach, na których przy niewielkich nakładach wymagane jest natychmiastowe podparcie gruntu, zminimalizowanie powstawania niecki osiadania, ochrona zabudowy naziemnej i infrastruktury podziemnej czy eliminowanie negatywnego wpływu na istniejące systemy komunikacyjne. Pierwsze użycie tej technologii miało miejsce podczas budowy tunelu pod Tamizą w Londynie. Sir Marc Brunel wraz z Lordem Thomasem Cochranem zaprojektowali i wykorzystali stalową osłonę przestrzeni roboczej przepychanej do przodu stalowymi siłownikami. Zmechanizowane tarcze TBM wykorzystują rozwinięcie koncepcji Brunela i Cochrana z 1818 r. Urządzenia te pozwalają na drążenie tuneli o przekroju kołowym w bardzo różnych warunkach hydrogeologicznych. Ich konstrukcje i sposoby realizacji podstawowych zadań, czyli urabiania, podparcia przodka, transportu urobku i wznoszenia obudowy, różnią się w zależności od zakresu zastosowania dla poszczególnego projektu.

Warto wiedzieć, że zmechanizowana tarcza TBM jest każdorazowo projektowana i dopasowana do potrzeb planowanego przedsięwzięcia. W zależności od warunków geotechnicznych stosuje się bardzo różne rodzaje maszyn TBM. Najważniejsze to tarcze otwarte, które nie izolują dostępu spoza tarczy do calizny (czyli do tego, co znajduje się przed tarczą i nie jest naruszone maszyną) oraz tarcze zamknięte, posiadające szczelną przegrodę komory urabiania, izolującą część przodkową od pozostałej przestrzeni roboczej tarczy. W komorach roboczych tarcz zamkniętych utrzymuje się sprężone powietrze równoważące parcie statyczne wód gruntowych oraz mechaniczne przypory, których zadaniem jest stabilizacja calizny. W tarczach zamkniętych zawieszonych komora robocza wypełniona jest zawiesziną (zamiast sprężonego powietrza). Pracująca głowica podczas drążenia powoduje mieszanie się urobku z płuczką, który pompowany jest na zewnątrz tunelu w postaci zawiesziny. Tam płuczka jest regenerowana i pompowana ponownie do komory roboczej tarczy zmechanizowanej. W tej konstrukcji płuczka spełnia trzy zadania. Podawana z odpowiednim ciśnieniem utrzymuje stateczność wyrobiska, przeciwdziała napływowi wody gruntowej oraz stanowi medium, w którym

Tunele w Polsce

W ostatnich czasach w Polsce mamy do czynienia z ogromnym wzrostem aktywności w tym obszarze. W 2010 r. został oddany tunel w Lelikach o długości prawie 700 m, wykonywany metodą górniczą (NATM – Nowa Austriacka Metoda Tunelowa). W marcu 2015 r. rozpoczęła się epoka TBM w Polsce – po przeszło 4 latach realizacji, została oddana do użytku druga linia metra w Warszawie, realizowana po raz pierwszy metodą zmechanizowanej tarczy drążącej (TBM). Rok później, w kwietniu 2016 r., oddano najdłuższy tunel drogowy w Polsce, o łącznej długości 2,2 km, znajdujący się w Gdańsku, będący przeprawą pod Martwą Wisłą. Tunel ten również drążony był metodą zmechanizowanej tarczy drążącej (TBM).

Aktualnie realizowane są kolejne rozszerzenia drugiej linii metra, a w planach jest kolejna, trzecia. W Warszawie na Ursynowie trwa także budowa tunelu przechodzącego pod pierwszą linią metra w ramach ciągu południowej obwodnicy miasta, drogi ekspresowej S2. Na południu Polski realizowana jest z wykorzystaniem metod górniczych i ładunków wybuchowych budowa tunelu pod górą Luboń, będącego dwukilometrowym, podwójnym tunelem stanowiącym część przyszłej drogi ekspresowej do Zakopanego. W Łodzi zakończyła się budowa podziemnego dworca kolejowego, niebawem rozpocznie się projektowanie i budowa bardzo długiego podziemnego tunelu o największej w Polsce średnicy, przebiegającego pod centrum miasta i łączącego Łódź Fabryczną z wylotówką kolejową w kierunku Warszawy.

urobek hydraulicznie transportowany jest na zewnątrz. Warto wspomnieć, że polscy naukowcy opracowali już technologie drążenia metodą tarczową tunelu o przekroju prostokątnym, który będzie znacznie efektywniej wykorzystywał przestrzeń podziemną od dotychczasowych przekrojów kołowych.

UBEZPIECZENIE BUDOWY TUNELI

Ubezpieczenie budowy tuneli jest trudnym zagadnieniem. Każdorazowo wiąże się z pełnym zaangażowaniem inżynierów oceny ryzyka oraz międzynarodowych doświadczeń reasekuratorów czy grupy kapitałowej w przypadku ubezpieczycieli międzynarodowych. **Kluczowe obszary ryzyk to warunki geotechniczne, hydrologiczne, stabilność górotworu i możliwość zawalenia się struktury tunelu.** W przypadku ubezpieczenia ryzyk odpowiedzialności cywilnej bardzo ważny jest wpływ na istniejące budynki i budowle oraz całą istniejącą podziemną infrastrukturę telekomunikacyjną. Dlatego też w procesie underwritingu szczegółowej analizie podlega zastosowana technologia, rodzaj tarczy zmechanizowanej w przypadku wykorzystania TBM, harmonogram realizacji prac, sposób monitorowania warunków geotechnicznych i jakość zarządzania. Najważniejszymi czynnikami są dotychczasowe doświadczenia wykonawców w realizacji takich prac oraz dokładna analiza warunków hydrologicznych i geologicznych. Bazując na tych informacjach, szacuje się prawdopodobieństwo wystąpienia katastrofy budowlanej, tj. zawalenia się części tunelu, i jej maksymalny zasięg.

Kluczowa dla oceny ryzyka wpływu na mienie istniejące osób trzecich jest metodologia i jakość zrealizowanego raportu o stanie technicznym budynków i budowli znajdujących się w terenie przystającym do wytyczonej linii tunelu, a więc obszaru działań górniczych lub tarczy zmechanizowanej TBM. Oprócz ściśle technicznych parametrów projektu, analizie podlega także organizacja placu budowy, plan zarządzania i nadzoru

nad zespołami robotników realizujących poszczególne prace, przygotowanie oraz gotowość na sytuacje kryzysowe czy sposoby analizy, pomiaru, monitorowania i weryfikacji jakości i zgodności realizowanych prac z założeniami projektowymi oraz z wytycznymi instytucji certyfikujących.

Powyższe założenia zostały zebrane w kodeks dobrych praktyk dla ubezpieczenia projektów polegających na drążeniu tuneli. *Code of practice for risk management of tunnel works* powstał i jest powszechnie stosowany przez międzynarodowych ubezpieczycieli po serii dużych szkód, które dotknęły ubezpieczycieli w ostatnich latach. Największe szkody o wartości przekraczającej 100 mln euro to:

- ➔ szkoda podczas realizacji tunelu łączącego lotnisko Heathrow w Wielkiej Brytanii,
- ➔ szkoda w Turcji powstała podczas budowy autostrady,
- ➔ szkody podczas budowy metra w Szanghaju czy Hangzhou.

Dlatego ważnym elementem ubezpieczenia jest wspólna dyskusja inżynierów oceny ryzyka zatrudnionych przez ubezpieczycieli z inżynierami odpowiadającymi za zarządzanie i realizację prac w danym projekcie tunelowym, dotycząca właśnie spełnienia warunków i postanowień kodeksu, bo w każdym przypadku stanowi on część umowy ubezpieczenia. Warto zwrócić uwagę, że w przypadku katastrofy budowlanej i zawalenia się części tunelu, koszty usunięcia pozostałości po szkodzie i koszty odtworzenia mienia po szkodzie z reguły przekraczają koszt pierwotnej realizacji. Dlatego też, w trakcie negocjacji warunków ubezpieczenia, kwestie kosztów dodatkowych i kosztów usunięcia są takim samym językiem u wagi jak stawka czy franszyza redukcyjna. □

Przednia tarcza skrawająca. Zmechanizowana tarcza drążąca ZBM zastosowana przy tunelu pod Martwą Wisłą.



Źródło: Materiały własne Generali.

Ubezpieczenia maszyn

– zakres, klauzule, wyłączenia

Jednym z najważniejszych elementów przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jest właściwe ustalenie sumy ubezpieczenia, gwarantujące taką wypłatę odszkodowania, która zapewni odtworzenie uszkodzonej lub zniszczonej maszyny do stanu sprzed zdarzenia. – **TOMASZ SZEJNOCH**



Tomasz Szejnoch

jest dyrektorem Biura Ubezpieczeń Majątkowych w Gothaer.

W ubezpieczeniach od 22 lat.

Ubezpieczenie maszyn od uszkodzeń jest skierowane do podmiotów wykorzystujących w swojej działalności maszyny i urządzenia stacjonarne, takie jak linie produkcyjne, maszyny energetyczne, ale także dla instytucji i podmiotów o nieprodukcyjnym charakterze – jak biurowce, centra handlowe, obiekty użyteczności publicznej, gdzie urządzenia mogące ulec awarii są rozproszone, a ich wartość trudno jest wyodrębnić – jak schody ruchome, windy, instalacje klimatyzacyjne itp.

Przedmiotem ubezpieczenia standardowo są maszyny i urządzenia stacjonarne, zainstalowane na stanowisku pracy i gotowe do użytku zgodnie z przeznaczeniem.

SPOSÓB USTALENIA SUMY UBEZPIECZENIA

Wysokość sumy ubezpieczenia dla maszyn i urządzeń określa ubezpieczający na podstawie wartości odtworzeniowej nowej, oznaczającej koszt zakupu lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, typu oraz o tych samych lub możliwie najbardziej zbliżonych parametrach i jakości, powiększonej o koszty transportu i montażu oraz wszelkie dodatkowe opłaty (w tym celne, jeżeli mają one zastosowanie).

Dla maszyn starszych (co jest pojęciem względnym, zależnym od indywidualnej polityki underwritingu danego ubezpieczyciela oraz branży, w której używane są maszyny) stosuje się czasem wartość rzeczywistą – zwłaszcza w sytuacjach, kiedy maszyny analogicznego rodzaju, parametrów i jakości nie są już dostępne na rynku jako nowe. Ubezpieczający musi sobie wtedy zdawać sprawę z tego, że w razie szkody będzie musiał sam sfinansować różnicę między wartością ulepszoną po naprawie a wartością, jaką reprezentowała maszyna przed zdarzeniem – ponieważ w przypadku każdej naprawy będzie ona oznaczała polepszenie stanu sprzed szkody, którego ubezpieczyciel co do zasady nie finansuje w ramach odszkodowania.

Inną możliwością, dość powszechnie stosowaną na rynku w przypadku większych parków maszynowych, jest przyjęcie wartości księgowych brutto, ponieważ pozyskanie takich wartości jest stosunkowo łatwe – polega na przygotowaniu wydruku księgowego. Ta metoda jednak niesie ze sobą niebezpieczeństwo niedoszacowania, w szczególności w przypadku szkód całkowitych. Wartości

księgowe brutto, zwłaszcza kiedy nie podlegają przeszacowaniom, wraz z upływem czasu oddalają się na niekorzyść od wartości odtworzenia do stanu nowego, która jako jedyna ze wszystkich możliwości gwarantuje odtworzenie nowej maszyny.

SYSTEM UBEZPIECZENIA

Maszyny ubezpiecza się co do zasady na sumy stałe, tzn. w kwocie odpowiadającej ich pełnej wartości (odtworzeniowej nowej, rzeczywistej lub księgowej brutto). Wyjątek stanowią sytuacje, kiedy maszyny stanowią integralną część budynku – np. w centrach handlowych czy budynkach użyteczności publicznej, gdzie występują schody ruchome, windy i ruchome ciągi pieszce czy wszelkie instalacje klimatyzacyjne itp. Wtedy stosowanie zasady pierwszego ryzyka (limit odszkodowawczy ustalony według wartości przewidywanej największej możliwej szkody) jest jak najbardziej uzasadnione.

SPOSÓB USTALENIA WYSOKOŚCI SZKODY I ODSZKODOWANIA

W przypadku szkody częściowej (kiedy uszkodzony przedmiot nadaje się do naprawy) wysokość szkody stanowią niezbędne koszty naprawy, konieczne do przywrócenia uszkodzonemu przedmiotowi poprzedniego stanu, łącznie z kosztami demontażu i ponownego montażu po naprawie, kosztami zwykłego transportu oraz innymi koniecznymi i uzasadnionymi opłatami dodatkowymi (np. opłaty celne, koszty związane z ewentualnym dopuszczeniem urządzeń do ruchu itp.).

W celu wyliczenia odszkodowania:

- do wartości szkody dolicza się różne koszty zdefiniowane przez ubezpieczycieli (np. koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie),
- odejmuje się wartość pozostałości nadających się do dalszego użytku lub wartość złomu,
- potrąca się franszyzę redukcyjną ustaloną w umowie ubezpieczenia,
- w razie konieczności, w przypadku niedoubezpieczenia, stosuje się zasadę proporcji (obniżenie odszkodowania proporcjonalnie do stopnia zaniżenia sumy ubezpieczenia).

W razie ubezpieczenia wg wartości rzeczywistej od wysokości szkody potrąca się dodatkowo zużycie techniczne.

W przypadku szkód całkowitych wartością szkody zawsze jest wartość rzeczywista, odpowiadająca w przybliżeniu kosztowi nabycia maszyny analogicznego rodzaju, parametrów, wieku i jakości na rynku wtórnym (w podobnym stanie zużycia), co pozwala na uniknięcie nieuzasadnionego wzbogacenia poszkodowanego.

ZAKRES OCHRONY

Ubezpieczenie jest skonstruowane na bazie all risks, czyli ochroną ubezpieczeniową objęte są wszelkie szkody materialne spowodowane przez nagłe i nieprzewidziane zdarzenia powodujące konieczność odtworzenia, naprawy, wymiany lub ponownego zakupu zniszczonych lub uszkodzonych maszyn i urządzeń – z zastrzeżeniem wyłączeń ujętych w OWU.

W szczególności ochrona obejmuje szkody wynikłe z:

- błędów w obsłudze, tj. braku ostrożności, zaniedbań, braku kwalifikacji,
- wad odlewniczych, materiałowych, projektowych oraz wadliwego wykonania,
- wybuchu fizycznego,
- błędów popełnionych podczas montażu maszyny,
- rozerwania wskutek działania siły odśrodkowej,
- braku lub niedoboru wody w kotłach,
- niewłaściwych parametrów prądu zasilania,
- przepięcia i innych skutków pośredniego uderzenia pioruna,
- innych, wyraźnie niewyłączonych przyczyn.

Wyłączenia zazwyczaj dzielą się na dwie grupy. Ta, z którą niewiele da się zrobić, bo jest odzwierciedleniem Kodeksu cywilnego, umów reasekuracyjnych i powszechnie rozumianego zdrowego rozsądku (unikanie odpowiedzialności za zdarzenia, na które nikt nie ma wpływu, ale niosą za sobą prawdopodobieństwo szkody całkowitej lub szkody co najmniej dużych rozmiarów) – obejmuje zwykle:

- winę umyślną ubezpieczonego,
- skutki aktu terroru,
- skutki działań wojennych, stanu wyjątkowego, wojennego, zamieszek społecznych, strajków, lokautów, sabotażu,
- działanie energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
- konfiskatę lub zajęcie mienia przez jakąkolwiek władzę,
- skutki skażenia lub zanieczyszczenia środowiska bądź ubezpieczanych przedmiotów odpadami przemysłowymi lub zanieczyszczeniami
- skutki działania hakerów i wirusów komputerowych oraz wszelkich zmian w oprogramowaniu, czyli klauzula powszechnie znana jako tzw. klauzula IT.

Druga grupa wyłączeń dotyczy samego uzupełniającego charakteru ubezpieczenia maszyn i specyfiki ich użytkowania, a więc wyłączone są szkody wynikłe z przyczyn zewnętrznych oraz związanych z użytkowaniem maszyn, zależnych od operatora. Wśród zdarzeń powodujących szkody, do których co do zasady ubezpieczenie MB stanowi uzupełnienie, a więc są wyłączone, znajdują się:

- pożar, dym, akcja gaśnicza i jej skutki, bezpośrednie uderzenie pioruna,
- upadek lub przymusowe lądowanie statku powietrznego,
- uderzenie pojazdu (w tym często wraz z przewożonym przez niego ładunkiem),
- zawalenie się budynków,

- zalanie, opady atmosferyczne, zapadanie lub osuwanie się ziemi lub skał,
- fala dźwiękowa,
- działanie sił natury, tj. powodzi, lawiny, huraganu, trzęsienia ziemi, wybuchu wulkanu lub innych katastrof naturalnych,
- kradzież, w tym kradzież z włamaniem, rozbój oraz niewyjaśnione zniknięcie.

Ciekawym wyłączeniem jest wybuch chemiczny, którego nie da się zakwalifikować ani do przyczyn zewnętrznych, ani zdarzeń zależnych od obsługi (przynajmniej w pewnym zakresie) – według definicji jednego z ubezpieczycieli: gwałtowna reakcja chemiczna, przebiegająca z wykonaniem pracy mechanicznej i efektem dźwiękowo-światelnym jako skutkami wydzielania się dużych ilości ciepła lub wytworzenia dużej ilości gazu lub pary (z wyjątkiem wybuchów gazów spalinowych w kotłach).

Wyłączone szkody i przyczyny związane z użytkowaniem maszyn oraz przedmioty niepodlegające ochronie ubezpieczeniowej to przede wszystkim:

- zamierzone przekroczenie parametrów eksploatacyjnych (przeciążenie), doświadczenia lub eksperymenty,
- wady lub usterki istniejące przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub w chwili jej zawierania,
- szkody, za które na podstawie obowiązujących przepisów prawa odpowiedzialne są osoby trzecie: dostawcy, producenci, sprzedawcy, serwisanci, spedytorzy, przewoźnicy lub inni usługodawcy bądź podwykonawcy,
- szkody będące efektem naturalnego zużycia lub starzenia się przedmiotów ubezpieczenia w związku z ich normalnym użytkowaniem, a także spowodowane przez korozję, kawitację, oksydację, osadzanie się kamienia kotłowego lub powolne i systematyczne oddziaływanie warunków atmosferycznych,
- szkody o charakterze wyłącznie estetycznym (m.in. takie jak zadrapania, pomalowanie powierzchni, graffiti), nieograniczające w żaden sposób funkcjonalności,
- szkody wynikłe z działalności górniczej,
- szkody, których powstanie zostało ujawnione dopiero podczas przeprowadzania inwentaryzacji,
- szkody powstałe w wyniku usiłowania lub dokonania oszustwa lub wyłudzenia,
- elementy i materiały, które ze względu na przeznaczenie i warunki pracy szybko zużywają się lub podlegają okresowej wymianie w ramach konserwacji, zgodnie z instrukcją techniczną urządzenia i zaleceniami producenta (wyłączenie to nie ma zastosowania, gdy szkody w ww. elementach towarzyszą uszkodzeniu lub utracie ubezpieczonych przedmiotów wskutek ubezpieczonego zdarzenia losowego).

NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ PRZY ZAWIERANIU UMOWY?

Jednym z najważniejszych elementów przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jest (oprócz prawidłowego podania wyczerpujących informacji do oceny ryzyka) właściwe ustalenie sumy ubezpieczenia, gwarantujące taką wypłatę odszkodowania, która zapewni odtworzenie uszkodzonej lub zniszczonej maszyny do stanu sprzed zdarzenia.

Należy również tak sprecyzować zakres oczekiwań wobec ubezpieczyciela, żeby nie było wątpliwości interpretacyjnych co do zakresu ochrony, identyfikacji poszczególnych maszyn (poprawne zgłoszenie wszystkich urządzeń, które mają być objęte ochroną, z podaniem nazw i numerów identyfikacyjnych, jeżeli jest wymagany wykaz).

Powinno się też zadbać o to, żeby nie zgłaszać do ubezpieczenia maszyn uszkodzonych, czasowo wyłączonych z użytkowania (chyba że ubezpieczyciel potwierdzi ochronę również dla takich

maszyn) lub używanych niezgodnie z przeznaczeniem. Wszystkie te przesłanki mogą spowodować odmowę wypłaty odszkodowania. □

Podstawowe klauzule

Standard monachijski wypracował kilkanaście klauzul, uwzględniających różnicowaną specyfikę różnych branż, w których wykorzystywane są maszyny, a także dał możliwość uzupełnienia ochrony o niektóre ryzyka wyłączone z niej.

KLAUZULA 006 – Ochrona dla kosztów pracy w godzinach nadliczbowych i nocnych, w dni ustawowo wolne od pracy oraz dla kosztów frachtu ekspresowego

Klauzula rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o niezbędne i uzasadnione koszty dodatkowe poniesione przez ubezpieczającego z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych lub w dni ustawowo wolne od pracy oraz koszty frachtu ekspresowego (z wyłączeniem frachtu lotniczego), pod warunkiem że koszty te zostaną poniesione w bezpośrednim związku z naprawieniem szkody objętej ochroną ubezpieczeniową.

Dla kosztów, o których mowa w klauzuli, ustala się limit odpowiedzialności na pierwsze ryzyko, zazwyczaj wyrażony jako procent wartości szkody na każde zdarzenie.

KLAUZULA 007 – Ochrona dla kosztów frachtu lotniczego

Podobnie jak klauzula 006, klauzula 007 rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o niezbędne i uzasadnione koszty dodatkowe poniesione przez ubezpieczającego z tytułu frachtu lotniczego, pod warunkiem że koszty te zostaną poniesione w bezpośrednim związku z naprawieniem szkody objętej ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU. Limit również ustala się podobnie, zwykle jako kwotowy.

KLAUZULA 302 – Ochrona ubezpieczeniowa dla mienia otaczającego

Klauzula rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o szkody w mieniu ubezpieczającego innym niż ubezpieczone maszyny lub urządzenia, spowodowane przez co najmniej jedno ze zdarzeń wymienionych w klauzuli (np. wybuch, przewrócenie się, rozerwanie wskutek działania siły odśrodkowej ubezpieczonej maszyny lub urządzenia).

Dla zdarzeń, o których mowa w klauzuli, ustala się limit odpowiedzialności na pierwsze ryzyko, zazwyczaj wyrażony jako procent sumy ubezpieczenia maszyn na każde zdarzenie.

Ubezpieczyciele dodatkowo wyłączają w tej klauzuli szkody następcze lub pośrednie, a także szkody z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

KLAUZULA 311 – Uzupełniająca ochrona ubezpieczeniowa o ryzyka podstawowe

Klauzula rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o szkody w ubezpieczonych maszynach i urządzeniach, będące skutkiem zdarzeń wyłączonych w OWU ze względu na uzupełniający charakter ubezpieczenia MB, wymienionych w klauzuli, takich jak: pożar i akcja gaśnicza, zalanie, zapadanie lub osuwanie się ziemi lub skał, powódź, kradzież z włamaniem, rozbój, bezpośrednie uderzenie pioruna, wybuch chemiczny (o ile w OWU jest wyłączony).

Wszystkie ww. zdarzenia oczywiście muszą być dokładnie zdefiniowane, a w razie włączenia kradzieży z włamaniem również definiuje się zabezpieczenia antywłamaniowe będące warunkiem zaistnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

KLAUZULA 312 – Transport lądowy

Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o szkody w ubezpieczonych przedmiotach powstałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (zależnie od ubezpieczyciela) podczas transportu lądowego wskutek jednego lub kilku spośród następujących zdarzeń: wypadek lub kolizja środka transportu, powódź, zalanie, zapadanie lub osuwanie się ziemi lub skał, rozbój, pożar, które powinny być dokładnie zdefiniowane.

Ubezpieczyciele zwykle wyłączają odpowiedzialność za szkody powstałe w trakcie transportu morskiego i powietrznego oraz warunkują ochronę dla pozostałych szkód właściwym zabezpieczeniem maszyn na środku transportu. Wprowadza się też limit odpowiedzialności na środek transportu.

KLAUZULA 315 – Ubezpieczenie szkód polegających na wycieku ze zbiorników

Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o szkody w surowcach, półproduktach i produktach gotowych (zapasach) w stanie ciekłym, powstałe na skutek wycieku ze zbiorników stanowiących ich miejsce przechowywania. Warunkiem udzielenia ochrony jest to, że zbiorniki były w momencie zdarzenia objęte ochroną zgodnie z OWU oraz że wyciek jest następstwem szkody w zbiorniku objętej ochroną. Klauzula powinna dokładnie precyzować sposób ustalenia odszkodowania dla zapasów.

Ustala się też limit odpowiedzialności ubezpieczyciela na każdy zbiornik i odrębną franszyzę redukcyjną dla szkód obejmowanych tą klauzulą.

Szkody następcze, w szczególności spowodowane przez skażenie środowiska naturalnego, koszty usunięcia rozlanych zapasów oraz szkody wyrządzone przez zapasy w mieniu otaczającym nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

KLAUZULA 319 – Ochrona ubezpieczeniowa dla wykładzin ogniotrwałych i obmurzy pieców przemysłowych i kotłów

KLAUZULA 320 – Ochrona ubezpieczeniowa dla olejów smarujących lub czynników chłodniczych

KLAUZULA 321 – Ochrona ubezpieczeniowa dla taśm i tańcuchów przenośników

Klauzula 322 – Ochrona ubezpieczeniowa dla kabli i przewodów nieelektrycznych

Klauzule rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej o szkody w specyficznych elementach lub używanych mediach roboczych. Dedykowane są branżom i maszynom, w których takie elementy lub media robocze występują. Wszystkie te klauzule uchylają jedno z wyłączeń OWU, w części dotyczącej przedmiotowych elementów lub mediów. Klauzule zawierają postanowienia dotyczące naliczenia stopnia zużycia z określonym minimum w procentach oraz zużycia maksymalnego do potrącenia.

KLAUZULA 331 – Określanie stopnia zużycia dla przewijania maszyn elektrycznych (np. silników, generatorów, transformatorów)

Uwaga: to jest klauzula ograniczająca, włączana do umów ubezpieczenia przez underwriterów na podstawie oceny ryzyka.

Klauzula dotyczy potrącenia spadku wartości ustalonego w dniu szkody dla uwożenia maszyn elektrycznych, które trzeba wymienić.

KLAUZULA 332 – Określanie stopnia zużycia dla napraw silników spalinowych (np. wysokoprężnych, benzynowych)

Klauzula ograniczająca, wprowadzająca postanowienie dotyczące naliczenia stopnia zużycia dla silników spalinowych.

KLAUZULA 342 – Przeglądy maszyn dociskowych

KLAUZULA 343 – Postanowienia specjalne dotyczące przeglądów silników elektrycznych o dwóch i więcej biegunach i mocy powyżej 750 KW oraz czterech i więcej biegunach i o mocy powyżej 1 000 KW

Klauzule nakładające na ubezpieczającego specjalne obowiązki dotyczące badań okresowych i przeglądów w przypadku ubezpieczenia maszyn dociskowych, jak np. prasy, oraz przeglądów maszyn elektrycznych.

Człowiek – maszyna – robot

Na początku był człowiek... Później zaczęto konstruować maszyny. Rozwój technologiczny na przełomie XIX i XX wieku sprawił, że bezduszne, choć sterowane przez ludzi urządzenia, zaczęły odgrywać ogromną rolę w rozwoju przemysłu. Dzisiaj bariery pomiędzy ludźmi a maszynami zanikają, natomiast sztuczna inteligencja i cybernetyka wykraczają swym zasięgiem daleko poza typowe procesy produkcyjne odbywające się w fabrykach. Człowiek okazuje się najslabszym ogniwem procesów, ale czy bez udziału ludzi możliwy byłby dalszy rozwój? – **TOMASZ TKACZYK**



Tomasz Tkaczyk

jest inżynierem oceny ryzyka w Hestii Loss Control.

W ubezpieczeniach od 12 lat.

Pierwsza rewolucja przemysłowa została zapoczątkowana w połowie XIX wieku w Anglii. Wówczas obserwowaliśmy przejście z rolnictwa i manufaktur na mechaniczną produkcję w fabrykach. Przemysł został zasilony dużą liczbą wynalazków, z których największe zastosowanie miało wykorzystanie maszyny parowej w przemyśle włókienniczym oraz górniczym. W tym ostatnim koks zastąpił węgiel drzewny, a miało to miejsce przy okazji wytopu stali. Proces uprzemysłowienia został nazwany industrializacją.

Przełom wieków XIX i XX przyniósł kolejne, innowacyjne rozwiązania stosowane z powodzeniem do dzisiaj. Swoich „odbiorców” znalazły dynamit i karabin maszynowy, miłośnicy wieczornego czytania zaczęli korzystać z żarówki (początki elektryfikacji), a do codziennego użytku weszły takie przedmioty jak odkurzacz, aparat fotograficzny, rower, telefon, radio czy też maszyny do szycia i pisania. Nastąpił szybki rozwój motoryzacji, a popularność zdobywały pomysły Rudolfa Diesla w zakresie wykorzystania silników do celów komunikacyjnych oraz przemysłowych.

Kolejna rewolucja została zapoczątkowana niedługo po zakończeniu II wojny światowej. Początek lat 50. XX wieku przyniósł wiele zmian związanych przede wszystkim z wykorzystaniem nowych źródeł energii, jak energetyka jądrowa, ale również z automatyzacją procesów produkcyjnych, poprawą jakości środków telekomunikacyjnych czy też transportowych, a także komputeryzacją, która była bazą do rozwoju informatyki i cybernetyki. Tymczasem zatrzymajmy się jednak na chwilę przy trzeciej rewolucji przemysłowej. O ile pierwsza faza rozwoju wielu dziedzin, w tym opisanych powyżej, wymagała ingerencji ludzkiej (pracowników linii produkcyjnych, operatorów komputerów, kierowców pojazdów mechanicznych, pilotów statków powietrznych), o tyle dzisiaj wykonywanie wszystkich kluczowych czynności związanych m.in. z technologią i transportem jest możliwe wyłącznie za pomocą zespołu maszyn lub poprzez autonomiczne pojazdy. Czwarta rewolucja przemysłowa, zwana też Przemysłem 4.0, jest konsekwentnie wdrażana w życie, co widać na przykładzie fabryk, sterowanych częściowo za pomocą inteligentnych czujników. Zaawansowaną technologię mają tworzyć wielkie, bezprze-

wodowe sieci, zintegrowane z maszynami i transferujące dane, a także systemy cyberfizyczne, wspierające utrzymanie ruchu.

RYZYKOWNE MASZYNY

Wobec takiej rzeczywistości musimy zadać sobie pytanie, czy dzisiaj, mając do dyspozycji najnowsze zdobycze technologii materiałowej, supernowoczesne techniki obróbki mechanicznej, cieplnej i chemicznej, sterowniki wykorzystujące sztuczną inteligencję, możliwe jest posiadanie niezawodnych, bezawaryjnych maszyn? Teoretycznie tak! Spełnienie tego warunku może być jednak po prostu nieopłacalne ekonomicznie. **Maszyna niezawodna, oprócz wielu zalet, odznaczałaby się bardzo wysokim kosztem budowy.** Produkowałaby ten sam wyrób w całym okresie użytkowania przy tych samych parametrach eksploatacyjnych, tj. zużyciu energii i wydajności. Kolejnym problemem będzie możliwość ingerencji w parametry sterownicze urządzenia. Urządzenia są wpięte w sieć internetową, która z jednej strony pozwala na serwis online, bez konieczności przyjazdu techników np. z zagranicy, z drugiej zaś jest narażona na ataki hakerskie. Może więc lepiej liczyć się z tym, że niektóre elementy czy podzespoły maszyn będą ulegały uszkodzeniom w ciągu całego okresu eksploatacji, i wybrać kompromis pomiędzy jej możliwościami technicznymi, niezawodnością i ceną?

Zakładając, że usterki maszynowe mimo wszystko będą się zdarzały, skupię się na istotnych czynnikach mających wpływ na wystąpienie ryzyka awarii.

KONSTRUKCJA

Zagrożenia odnoszące się do konstrukcji maszyn mogą wynikać z błędów w obliczeniach, w wykonaniu dokumentacji technicznej, użycia niewłaściwych materiałów bądź nieprawidłowego wytworzenia odlewów. **W urządzeniach prototypowych błędy niewykryte na etapie produkcyjnym z pewnością ujawnią się w czasie eksploatacji.** Często usterki stwierdzane są po upływie gwarancji producenta. Nawet pomimo stosowania nowoczesnych metod testowania, nie zawsze udaje się uniknąć takich problemów. W tym przypadku należy sobie tylko życzyć, aby usterki nie były przyczyną groźnej awarii, a zostały wykryte podczas kolejnych przeglądów kontrolnych.

WARUNKI TECHNICZNO-EKSPLOATACYJNE

Niezwykle istotne jest to, czy urządzenia narażone są na działanie wysokich ciśnień lub próżni, niskich lub wysokich temperatur, oddziaływania elektryczne lub czy posiadają części wirujące. Wybuchem lub implozją wskutek działania wysokiego ciśnienia lub stanu próżni zagrożone są nie tylko zbiorniki, ale również wszelkie urządzenia ciśnieniowe stosowane w procesie technologicznym. Awarie wskutek działania wysokich temperatur zdarzają się, mimo że elementy i podzespoły narażone na działanie ciepła wymieniane są po upływie określonej liczby przepracowanych godzin (zgodnie z zaleceniem producenta) niezależnie od stopnia ich zużycia. Urządzenia elektryczne w wyniku przepływu prądów zwarciovych mogą zostać uszkodzone poprzez oddziaływania termiczne i dynamiczne. Najczęściej przecięcia elektryczne skutkują uszkodzeniami izolacji elektrycznej. W elektrowniach ciepłych ze względu na posiadane elementy wirujące i działanie sił odśrodkowych na bardzo poważne uszkodzenia narażone są turbiny i generatory. Ten rodzaj szkód nie występuje zbyt często, jednak w każdym przypadku prowadzi do zniszczenia samej maszyny oraz uszkodzenia mienia znajdującego się w najbliższym otoczeniu, sąsiednich urządzeń lub elementów budynku.

Zasady eksploatacji

Zagrożeniem dla bezpieczeństwa maszyn podczas eksploatacji są:

- ➔ **błędy w obsłudze urządzeń** – niezależnie od podjętych środków bezpieczeństwa nieprawidłowości w obsłudze mogą wystąpić w dowolnym czasie, wyrządzając poważne szkody;
- ➔ **nieprawidłowo prowadzone przeglądy i naprawy bieżące** – ważne jest, aby czynności konserwacyjne, w tym przeglądy okresowe, co do zakresu i częstotliwości były wykonywane zgodnie z instrukcją eksploatacji opracowaną na podstawie zaleceń producenta, obowiązujących przepisów, np. branżowych, oraz własnych doświadczeń;
- ➔ **nieprawidłowo organizowane remonty planowe** – dawniej organizacja remontów planowych opierała się przede wszystkim na zaleceniach zawartych w dokumentacji techniczno-ruchowej maszyny oraz na obowiązujących przepisach państwowych lub branżowych. Obecnie często się zdarza, że remonty okresowe planowane są głównie w oparciu o stan techniczny maszyny, określany na podstawie badań diagnostycznych bądź informacji uzyskanych z poprzednich remontów oraz uwag wynikających z bieżącej eksploatacji. Skutkiem takiego działania jest wydłużanie okresów pomiędzy remontami planowymi. Pracownicy działów utrzymania ruchu uzasadniają to... względami ekonomicznymi.

Kolejnym ważnym czynnikiem mówiącym o ryzyku uszkodzenia maszyn jest liczba przepracowanych godzin. Dla urządzeń energetycznych przepracowane godziny określone są jako godziny ekwiwalentne. **Liczba wyliczonych ekwiwalentnych godzin pracy urządzeń bloku zależy m.in. od liczby rzeczywistych godzin pracy, startów i wyłączeń z różnych poziomów mocy, wyłączeń awaryjnych, gdy energia kinetyczna wirnika maszyny „wytracana” jest w materiale, zrzutów mocy itp.**

Dla wielu z nas data produkcji urządzenia kojarzona jest z jego stanem technicznym. Stan techniczny urządzenia nowego uznaje się za dobry, zaś w przypadku urządzeń „wiekowych” bardziej prawdopodobny jest zły stan techniczny. W wielu przypadkach takie podejście jest mylące. Można przyjąć, że podzespoły szczególnie wrażliwe na uszkodzenia zostały wymienione podczas kolejnych remontów planowych lub modernizacji. Jeżeli znamy zakres przeprowadzonych dotychczas remontów i wiemy, że był on znaczący, możemy być spokojni o bezpieczną eksploatację danej maszyny.

PROCES TECHNOLOGICZNY

W każdym procesie technologicznym istotne są zagrożenia wynikające przede wszystkim z nieprawidłowego działania aparatury monitorującej oraz zabezpieczeń technologicznych i elektrycznych. Dużą rolę odgrywa również sposób sterowania urządzeniami. Sterowanie ręczne stwarza możliwość popełnienia błędu przez obsługę, co w połączeniu z nieprawidłowym działaniem zabezpieczeń może być przyczyną awarii. Zagrożenie błędami podczas sterowania jest znacznie mniejsze, gdy odbywa się z wykorzystaniem systemów elektronicznych i urządzeń automatyki. Niestety potwierdza to, że w tego typu procesach najsłabszym ogniwem jest człowiek.

AWARIA POD KONTROLĄ

Zapobieganie awariom sprowadza się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia awarii i ograniczenia jej skutków, jeśli jednak do niej dojdzie. Awaryjność maszyn możemy ograniczyć, stosując środki techniczne i organizacyjne.

Stosowanie właściwych metod diagnostycznych sprowadza się do określenia, czego będziemy poszukiwali, czym i w jakich miejscach. Badania diagnostyczne mogą być prowadzone podczas okresowych przestojów lub w czasie pracy maszyn. Część parametrów może być kontrolowana we wspomnianym wcześniej systemie online, przez zainstalowane na stałe urządzenia pomiarowe. Dokładna lokalizacja usterki lub nieprawidłowej pracy maszyny jest możliwa w wyniku rozszerzenia zakresu badań o badania termowizyjne (wykrycie lokalnych miejsc przegrzania), badania RTG lub ultradźwiękowe (znajdowanie wad materiałowych), badania endoskopowe lub kontrolę drgań (za pomocą sensorów).

CZŁOWIEK CZY ROBOT?

Przy rozważaniach dotyczących ryzyka awarii maszyn zwracam uwagę na rolę osób odpowiedzialnych za sterowanie ręczne urządzeń w procesie produkcyjnym czy za interpretację parametrów kontrolnych w komputerze podczas pracy automatów. Błędy ludzkie popełniane w ramach wykonywania tych czynności skutkują często poważnymi awariami urządzeń oraz utratą surowców bądź wyrobów gotowych, które nie spełniają wymagań jakościowych fabryki i klienta. Do zmniejszenia ich sprawności i trwałości poprzez organizację przeglądów i remontów

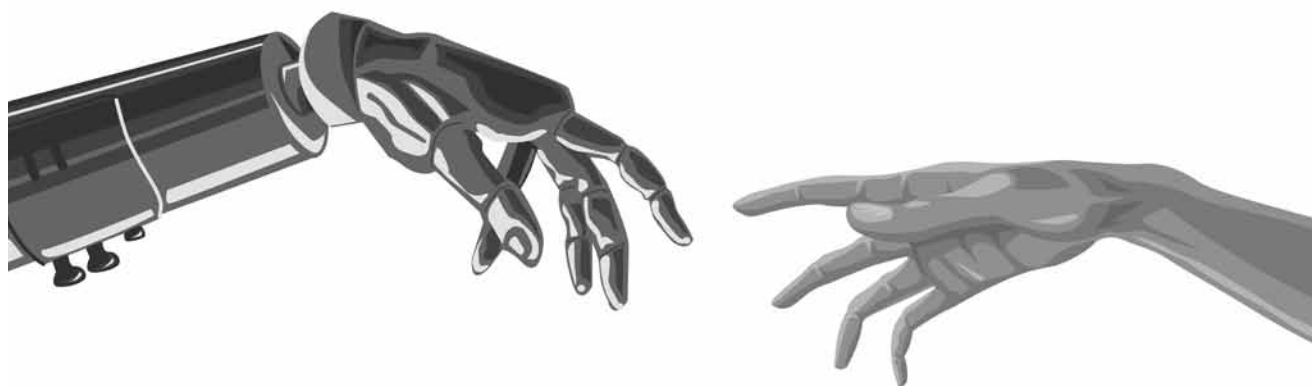
pośrednio mogą przyczynić się także pracownicy odpowiedzialni za zespoły maszyn.

Jednak i tutaj **zagrożenia są już stopniowo eliminowane za sprawą sztucznej inteligencji**. Robotyka powoli wypiera ludzi z wielu dziedzin życia. Statystyki pracowników Oxford Martin School dowodzą, że 47% miejsc pracy w Stanach Zjednoczonych w ciągu dekady lub dwóch jest „zagrożonych komputeryzacją”. Dotyczy to nie tylko obsługi urządzeń, ale również przykładowo tworzenia algorytmów do analizy danych sprzedażowych, materiałów naukowych do tworzenia czytelnych i zrozumiałych teksów czy też do ultraprecyzyjnych zabiegów chirurgicznych w medycynie.

Część osób wykonujących w pracy nieskomplikowane i powtarzalne zadania, będąc narażona na szkodliwe czynniki, może

W innym miejscu można zobaczyć linie technologiczne, na których produkuje się wyroby o znacznej wartości. W ogromnej hali znajduje się zaledwie kilka osób, głównie odpowiedzialnych za kontrolowanie parametrów sterowniczych urządzeń. Na samym końcu procesu odbywa się konfekcjonowanie produktów i przekazywanie do magazynu lub transportu. Wszystkie działania prowadzone są bez ludzkiej ingerencji. Przedstawiciel jednego z takich zakładów przyznał w rozmowie, że jedna z maszyn zastąpiła pracę co najmniej sześciu osób przy dużym wroście zdolności produkcyjnych.

Czołowa polska firma informatyczna zamierza wykorzystywać mechanizmy sztucznej inteligencji do stworzenia projektu naukowo-badawczego. Intencją przedsięwzięcia ma być usprawnienie pracy operatorów, którzy śledzą ruch morski w oparciu o kilka źródeł (m.in. zdjęcia satelitarne, system geolokalizacji



©Fotolia

zostać zastąpiona na swoich stanowiskach pracy przez roboty. Pozostali będą musieli poszerzać kwalifikacje (aby nadal pracować w przemyśle) lub przekwalifikować się na stanowiska nie związane ze stosowaniem maszyn.

Rola pracownika będzie ewoluowała w kierunku zarządzania czynnościami wykonywanymi przez współpracujące z nim roboty. Łączenie kontekstowego podejmowania decyzji przez człowieka z precyzją i systematycznością robotów ma być źródłem wzrostu produktywności. W inteligentnej fabryce z pewnością znajdzie się miejsce zarówno dla robotów, jak i odpowiednio wyedukowanych inżynierów, którzy będą zajmować się informatyką, utrzymaniem ruchu lub cyberbezpieczeństwem.

REALNY SCIENCE-FICTION

Kiedyś mogliśmy sobie to tylko wyobrażać, a dziś to, co jeszcze kilka lat temu należało do science-fiction, jest już rzeczywistością. Funkcjonują w niej m.in. bezobsługowe magazyny ze specjalnymi trasami dla autonomicznych środków transportu wewnętrznego. Wózki widłowe z laserową precyzją przekładają towar w wyznaczone miejsce, nie uszkadzając przy tym bram i ścian. Nikt nie jest ranny w wyniku nieuwagi pracownika poruszającego się popularnym „widlakiem”, a regały nie noszą znamion uszkodzeń, przez co ryzyko „złożenia się” ich konstrukcji praktycznie nie istnieje.

statków, portale internetowe). Dzięki temu rozwiązaniu, gdy statek nieoczekiwanie zmieni obrany kurs, zostanie zweryfikowany powód zmiany z możliwością natychmiastowego skorygowania. Przykładów odnoszących się do wdrażania Przemysłu 4.0 w życie można zresztą przytoczyć mnóstwo.

HOMO FABER

Czwarta rewolucja zmienia spojrzenie na ocenę ryzyka awarii maszyn i podejmowanie działań prewencyjnych. **Trudno jednak wyobrazić sobie rozwój przemysłu bez udziału człowieka, który nie tylko rozwija maszyny pracujące dla niego i za niego, ale też sam będzie ewoluował wraz z postępem cybernetyki.** Błędy ludzkie będą stopniowo eliminowane, choć mogą się pojawiać choćby przy projektowaniu cyberurządzeń, sterowaniu nimi czy przy interpretacji wyników przekazywanych za pośrednictwem urządzeń monitorujących do „centrum dowodzenia”. Dane zbierane np. z poziomu hali produkcyjnej będą analizowane w oparciu o nowe, zaawansowane narzędzia informatyczne: big data analytics oraz cloud computing. Umożliwi to wykrywanie i rozwiązywanie niedostrzegalnych problemów dotyczących usterek maszyn bądź też zużycia lub uszkodzenia podzespołów.

W przepisach na Przemysł 4.0 składnikami muszą być człowiek, maszyna i robot. Proponuję w tej kolejności, bo człowiek, nawet jeśli czasem popełnia błędy, jest twórcą i motorem rozwoju. □

Ubezpieczenie zysku przedsiębiorstwa

Ubezpieczenie zysku jest ubezpieczeniem dobrowolnym, kształtowanym przez strony umowy ubezpieczenia. Konkretnie OWU zysku w definicji kosztów nieubezpieczonych mogą uwzględniać rodzaje kosztów, które według kwalifikacji ekonomicznej są kosztami do zakwalifikowania jako stałe. Definicje zawarte w OWU, nawet jeżeli odbiegają od generalnej koncepcji ekonomicznej ubezpieczenia zysku, należy traktować jako wiążące. – **DOROTA DOMAŃSKA**



Dorota Domańska

jest prezesem zarządu Open Expert.
W ubezpieczeniach od 19 lat.

Ubezpieczenia zysku przedsiębiorstwa są ubezpieczeniami komplementarnymi do ubezpieczeń majątku przedsiębiorstwa. Ich celem jest ochrona określonego rodzaju korzyści ekonomicznej, jaką przedsiębiorstwo przewiduje uzyskać w związku z użytkowaniem majątku, który w celu generowania korzyści został przez przedsiębiorstwo pozyskany.

Funkcjonujące obecnie rodzaje ubezpieczeń zysku są dopasowane do rodzajów ubezpieczeń majątkowych. Trzy najbardziej rozpowszechnione to:

- ubezpieczenie utraty zysku w następstwie ryzyk ogniowych (*business interruption insurance*, BI),
- ubezpieczenie utraty zysku w następstwie ryzyk maszynowych (*machinery loss of profit*, MLoP),
- ubezpieczenie utraty zysku w następstwie ryzyk budowlano-montażowych (*advanced loss of profit*, ALoP).

Ubezpieczenie utraty zysku w następstwie ryzyk ogniowych (BI) oraz ryzyk maszynowych (MLoP) to ubezpieczenia przyszłego zysku z aktualnie prowadzonej działalności wytwórczej, handlowej, usługowej, do prowadzenia której używane są obecnie posiadane przez przedsiębiorstwo środki trwałe, chronione polisą PD lub MB. Ubezpieczenie utraty zysku w następstwie ryzyk budowlano-montażowych (ALoP) to ubezpieczenie przyszłego zysku z planowanej na przyszłość działalności wytwórczej, handlowej lub usługowej, do prowadzenia której używane będą dopiero nowo budowane/montowane środki trwałe, chronione w trakcie tego procesu polisą CAR/EAR.

Ochroną ubezpieczeniową jest objęty określony zysk, czyli wartość niematerialna, której specyficzną cechą jest element czasu, zysk jest bowiem kategorią dynamiczną, odmierzaną za okresy czasu.

KTÓRY ZYSK PRZEDSIĘBIORSTWA PODLEGA UBEZPIECZENIU?

W polskich warunkach, w ramach obowiązkowo prowadzonej rachunkowości finansowej, przedsiębiorstwa ustalają kilka rodzajów, prawnie zdefiniowanych zysków (wyników) finansowych, tj.

- zysk (strata) brutto ze sprzedaży,
- zysk (strata) ze sprzedaży,
- zysk (strata) z działalności operacyjnej,

- zysk (strata) z działalności gospodarczej,
- zysk (strata) brutto,
- zysk (strata) netto.

Ubezpieczeniowy zysk brutto nie jest żadnym z wyżej wymienionych zysków finansowych.

Ubezpieczeniowy zysk brutto w czystej ekonomicznej postaci bywa ustalany przez przedsiębiorstwa dla celów decyzyjnych, w ramach dobrowolnie prowadzonej rachunkowości zarządczej i odpowiada marży brutto (przychody ze sprzedaży minus koszty zmienne ich uzyskania). Prowadzenie rachunkowości zarządczej nie jest jednak jeszcze na polskim rynku praktyką powszechną, co przysparza określonych trudności przy pierwszej próbie ubezpieczenia zysku i konieczności ustalenia wartości przyszłej przedmiotu ubezpieczenia. Często występuje konieczność oparcia się na danych pochodzących z rachunkowości finansowej, które w określonych obszarach nie są ewidencjonowane w ujęciu dogodnym z punktu widzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku dostępu wyłącznie do danych rachunkowości finansowej, ubezpieczeniowy zysk brutto jest wyceniany z użyciem tych wielkości ekonomicznych, z których ustalany jest zysk (strata) ze sprzedaży. Na gruncie polskich przepisów o rachunkowości są to wielkości:

- przychodów netto ze sprzedaży wyrobów gotowych, usług, towarów handlowych i materiałów (w definicjach stosowanych w polskich OWU zysku nazywane obrotem),
- kosztów działalności operacyjnej, jako kosztów odpowiadających wyżej wskazanym przychodom, jednak z odmiennym uwzględnieniem ich struktury (w definicjach stosowanych w polskich OWU zysku nazywane również kosztami, rzadziej wydatkami),
- zysku ze sprzedaży (w definicjach stosowanych w polskich OWU zysku nazywany zyskiem operacyjnym).

Żadne inne strumienie przychodów (tj. pozostałe przychody operacyjne, przychody finansowe, zyski nadzwyczajne) oraz odpowiadające im źródła kosztów (tj. pozostałe koszty operacyjne, koszty finansowe, straty nadzwyczajne), a także zyski finansowe (tj. zysk z działalności operacyjnej, zysk z działalności gospodarczej, zysk brutto i zysk netto), w ocenie autora, nie powinny być brane pod uwagę. Wyżej wskazane strumienie przychodów nie spełniają bowiem definicji obrotu, powszechnie stosowanej w zbliżonym brzmieniu w OWU zysku na pol-

skim rynku (przychodu ze sprzedaży wyrobów, usług, towarów i materiałów). Również wyżej wskazane rodzaje zysków nie spełniają definicji zysku operacyjnego (zysk ze sprzedaży wyrobów, usług, towarów i materiałów). Ponadto większość OWU zysku zawiera adnotację, iż ubezpieczenie nie obejmuje zysków i kosztów z inwestycji kapitałowych, operacji giełdowych lub ze źródeł innych niż prowadzona przez ubezpieczonego statutowa działalność gospodarcza.

Ubezpieczeniowy zysk brutto, w okresie wybranym do jego obliczenia, stanowi więc:

- ➔ albo różnicę między przychodem ze sprzedaży wyrobów gotowych, usług, towarów handlowych i materiałów w danym okresie a kosztami zmiennymi działalności operacyjnej w tym okresie, skorygowaną zmianą wartości zapasów produktów, półproduktów i produkcji w toku na koniec okresu względem stanu na początek okresu. Do wyceny nie są brane pod uwagę zapasy towarów i materiałów. Wyżej opisane równanie może być zapisane wzorem:

$$\text{zysk brutto} = \text{obrót} - \text{k.zm. działalności operacyjnej} + \text{sk. zapasów produktów} - \text{sp. zapasów produktów}$$
- ➔ albo sumę zysku (straty) ze sprzedaży w danym okresie i kosztów stałych działalności operacyjnej w tym okresie. W przypadku, gdy występuje strata ze sprzedaży, w metodzie sumy jej wartość ujmowana jest ze znakiem minus. Wyżej opisane równanie może być zapisane wzorem:

$$\text{zysk brutto} = \text{zysk ze sprzedaży} + \text{k.st. działalności operacyjnej}$$

Z wyżej wymienionych składników kalkulacyjnych zysku brutto w ewidencjach prowadzonych w ramach rachunkowości finansowej są wprost dostępne przychody ze sprzedaży, i wartość zapasów produktów, ewentualnie zmiana ich stanu (metoda różnicy) oraz zysk ze sprzedaży (metoda sumy). Nie są natomiast dostępne wielkości kosztów zmiennych oraz kosztów stałych, z uwagi na stosowaną w ewidencjach księgowych odmienną kwalifikację kosztów działalności operacyjnej (koszty według rodzaju lub koszty w układzie kalkulacyjnym) stosowaną w ewidencjach księgowych.

Dla celów ubezpieczeniowych zastosowanie ma kwalifikacja kosztów z uwagi na ich zachowanie w stosunku do wielkości produkcji i sprzedaży. Według tego kryterium, koszty działalności operacyjnej dzielone są na koszty zmienne i koszty stałe.

Koszty zmienne zmieniają się proporcjonalnie do rozmiaru działalności, np. podwojenie produkcji w danym okresie powoduje podwojenie kosztów zmiennych w tym okresie, koszt zmienny na jednostkę produkcji niezależnie od jej rozmiarów pozostaje jednak stały. Przykładem najistotniejszych, pod względem wielkości, rodzajów kosztów zmiennych są:

- W działalności wytwórczej i usługowej:
 - ➔ zużycie materiałów produkcyjnych (podstawowych i pomocniczych) do wytworzenia wyrobów i usług,
 - ➔ koszty transportu materiałów (koszty paliwa i opłat drogowych przy transporcie własnym, koszt usługi przy transporcie obcym),
 - ➔ zużycie energii w procesie wytwarzania wyrobów i usług,
 - ➔ koszty usług obcych produkcyjnych,
 - ➔ koszty transportu wyrobów do klienta,
 - ➔ prowizje handlowców naliczane od zrealizowanego przez nich obrotu,
 - ➔ opłaty licencyjne naliczane od obrotu.
- W działalności handlowej:

- ➔ wartość sprzedanych towarów w cenie zakupu,
- ➔ koszt transportu towarów,
- ➔ prowizje handlowców naliczane od zrealizowanego przez nich obrotu,
- ➔ opłaty licencyjne naliczane od obrotu.

Koszty zmienne nie podlegają ubezpieczeniu, gdyż zakłada się, że w przypadku zakłócenia lub zatrzymania działalności wskutek zdarzenia losowego, powodującego zmniejszenie lub zatrzymanie produkcji i sprzedaży, koszty te stosownie i samoistnie ulegną zmniejszeniu lub ustaną (przestaną występować).

Koszty stałe pozostają niezmiennie w granicach określonej skali działalności (zdolności) w pewnym okresie. Wahania poziomu produkcji i sprzedaży w granicach tej skali nie wpływają na koszty stałe, w związku z tym koszty stałe przeliczane na jednostkę produkcji bądź sprzedaży są zmienne. Stałości kosztów nie należy jednak utożsamiać z regularnością ich występowania i niezmienną wysokością w poszczególnych podokresach, np. miesiącach. Do kosztów stałych należy zaliczyć koszty występujące chociażby raz w roku, np. koszty badania przez biegłego rewidenta sprawozdania finansowego przedsiębiorstwa. Dla celów ubezpieczeniowych wskazane jest przyjąć za stałe koszty działalności operacyjnej wszystkie koszty działalności operacyjnej niekwalifikowane jako zmienne. Przykładem rodzajów kosztów stałych są:

- ➔ amortyzacja środków trwałych i WNiP,
- ➔ materiały i energia niedotyczące procesu wytwarzania,
- ➔ usługi obce niedotyczące produkcji i transportu materiałów, wyrobów i towarów, np. prawne, marketingowe, IT, księgowo, bankowe,
- ➔ podatki opłaty lokalne,
- ➔ wynagrodzenia z narzutami,
- ➔ podróże służbowe,
- ➔ składki ubezpieczeniowe.

Koszty stałe podlegają ubezpieczeniu, gdyż zakłada się, że w przypadku zakłócenia lub zatrzymania działalności wskutek zdarzenia losowego, powodującego zmniejszenie lub zatrzymanie produkcji i sprzedaży, koszty te samoistnie nie ulegną zmniejszeniu, nie ustaną, a ich ewentualna redukcja wymaga podejmowania aktywnych działań ze strony przedsiębiorstwa, może być utrudniona lub rozłożona w czasie z uwagi na przepisy prawa, warunki umów lub bieżącą sytuację rynkową.

W tabeli 1 i 2 zostało przedstawione zestawienie porównawcze, objaśniające sposób liczenia ubezpieczeniowego zysku brutto na bazie danych księgowych z rachunku zysków i strat w wariantach porównawczym.

Należy podkreślić, iż ubezpieczenie zysku jest ubezpieczeniem dobrowolnym, kształtowanym przez strony umowy ubezpieczenia. Konkretnie OWU zysku w definicji kosztów nieubezpieczonych (zmiennych) mogą uwzględniać rodzaje kosztów, które według kwalifikacji ekonomicznej są kosztami do zakwalifikowania jako stałe, np. VAT niepodlegający odliczeniu, ujęty w podatkach i opłatach. Definicje zawarte w OWU, nawet jeżeli odbiegają od generalnej koncepcji ekonomicznej ubezpieczenia zysku, należy traktować jako wiążące.

W JAKIM OKRESIE ZYSK BRUTTO PODLEGA UBEZPIECZENIU?

Element czasu jest nieodłącznym elementem zysku brutto. Ochroną ubezpieczeniową jest obejmowany nie zysk brutto zarobiony, lecz jego hipotetyczna wartość spodziewana w przyszłości w określonym z góry przedziale czasu, nazywanym maksymalnym okresem odszkodowawczym. Z tego względu w ubezpieczeniu zysku występują dwie granice odpowiedzialności ubezpieczyciela, tj. granica wartościowa

(suma ubezpieczenia) i granica czasowa (maksymalny okres odszkodowawczy).
W ubezpieczeniu BI, MLoP i ALoP przedmiotem ubezpieczenia jest bowiem hipotetyczna wartość zysku brutto, przewidywana na maksymalny okres odszkodowawczy.

W ubezpieczeniu BI/MLoP maksymalny okres odszkodowawczy to ustalony z góry w umowie określonej długości okres, za który ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania z tytułu szkody w zysku brutto, rozpoczynający się w dniu wystąpienia szkody w mieniu. Na etapie zawierania umowy BI/MLoP nie są znane przyszłe daty graniczne maksymalnego okresu odszkodowawczego.
Należy odróżniać pojęcia maksymalny okres odszkodowawczy (górną granicę czasową odpowiedzialności ubezpieczyciela) od okresu odszkodowawczego.
Okres odszkodowawczy w BI/MLoP to okres, który rozpoczyna się w dniu wystąpienia szkody w mieniu i trwa tak długo, jak ta szkoda wywiera wpływ na prowadzoną przez przedsiębiorstwo działalność wytwórczą, handlową, usługową, nie dłużej jednak niż maksymalny okres odszkodowawczy ustalony w umowie.
W okresie ubezpieczenia BI/MLoP okres odszkodowawczy może rozpocząć bieg wielokrotnie, w zależności od liczby szkód w mieniu zakłócających działalność przedsiębiorstwa, jakie się w okresie ubezpieczenia pojawiają. Długość każdego okresu odszkodowawczego jest ustalana w okolicznościach każdej szkody w mieniu osobno.

W ubezpieczeniu ALoP maksymalny okres odszkodowawczy to ustalony z góry w umowie okres, za który ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania z tytułu szkody w zysku, rozpoczynający się w planowanej dacie rozpoczęcia ubezpieczonej działalności, dla celów której jest prowadzona budowa/montaż. Na etapie zawierania umowy ALoP jest znana długość maksymalnego okresu odszkodowawczego i jego przyszłe daty graniczne. Okres odszkodowawczy to okres, który rozpoczyna się w planowanej dacie rozpoczęcia ubezpieczonej działalności i trwa tak długo, jak szkoda w mieniu wywiera wpływ na tę działalność, trwający nie dłużej jednak niż maksymalny okres odszkodowawczy ustalony w umowie. **W ubezpieczeniu ALoP okres odszkodowawczy może wystąpić tylko raz i obejmie skumulowane, negatywne skutki dla spodziewanego zysku brutto, wszystkich szkód w mieniu powstałych w trakcie procesu budowy/montażu.**

Standardowo oferowana przez ubezpieczycieli długość maksymalnego okresu odszkodowawczego dla BI/MLoP/ALoP wynosi 12 miesięcy, często występują też okresy 18-miesięczne. Rzadziej jest uzgadniany okres 24- lub 36-miesięczny. Zmiana długości maksymalnego okresu odszkodowawczego względem standardowego, odbywa się na wniosek ubezpieczającego.

Ustalenie długości maksymalnego okresu odszkodowawczego, adekwatnej dla konkretnego przedsiębiorstwa, przy określonym rodzaju jego działalności w miejscu ubezpieczenia, wymaga:
➔ określenia zakresu szkody w mieniu w najczarniejszym scenariuszu,
➔ określenia czasu potrzebnego na przywrócenie ww. zakresu szkody w mieniu do stanu sprzed szkody (odtworzenie zdolności materialnych do kontynuowania normalnej działalności),
➔ określenia dodatkowego czasu, po odtworzeniu zdolności materialnych, potrzebnego na odtworzenie zdolności sprzedażowych (odzyskanie poziomu obrotu, jaki byłby osiągnięty, gdyby do szkody w mieniu nie doszło),

Tabela 1. Ubezpieczeniowy zysk brutto liczony metodą różnicy na podstawie danych z rachunku zysków i strat w wariantie porównawczym	
Księgowy zysk z działalności podst. w RZiS porównawczym	Ubezpieczeniowy zysk brutto w RZiS porównawczym
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym: I. Przychody netto ze sprzedaży produktów (wytworów gotowych i usług) II. Zmiana stanu produktów (zwiększenie – wartość dodatnia, zmniejszenie – wartość ujemna) III. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki IV. Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym: I. Przychody netto ze sprzedaży produktów (wytworów gotowych i usług) II. Zmiana stanu produktów (zwiększenie – wartość dodatnia, zmniejszenie – wartość ujemna) III. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki IV. Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów
B. Koszty działalności operacyjnej (całkowite) I. Amortyzacja II. Zużycie materiałów i energii III. Usługi obce IV. Podatki i opłaty V. Wynagrodzenia VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia VII. Pozostałe koszty rodzajowe VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów	B. Zmienna część kosztów działalności operacyjnej I. Zmienna część amortyzacji II. Zmienna część zużycia materiałów i energii III. Zmienna część usług obcych IV. Zmienna część podatków i opłat V. Zmienna część wynagrodzeń VI. Zmienna część ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń VII. Zmienna część pozostałych kosztów rodzajowych VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów (całość)
C. Zysk (strata) ze sprzedaży (A – B)	C. –
	Ubezpieczeniowy zysk brutto (A – B)

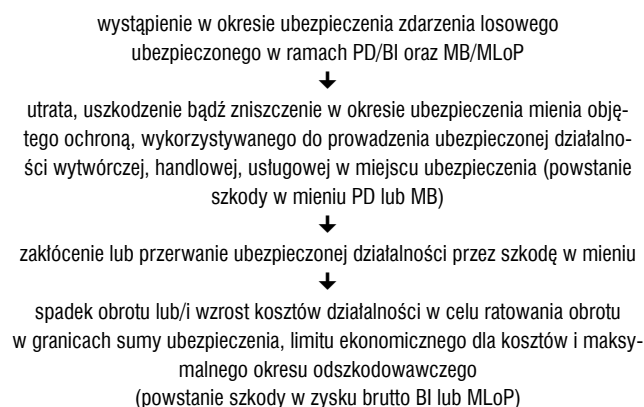
Tabela 2. Ubezpieczeniowy zysk brutto liczony metodą sumy na podstawie danych z rachunku zysków i strat w wariantie porównawczym	
Księgowy zysk z działalności podst. w RZiS porównawczym	Ubezpieczeniowy zysk brutto w RZiS porównawczym
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym: I. Przychody netto ze sprzedaży produktów (wytworów gotowych i usług) II. Zmiana stanu produktów (zwiększenie – wartość dodatnia, zmniejszenie – wartość ujemna) III. Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki IV. Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	A. – I. – II. – III. – IV. –
B. Koszty działalności operacyjnej I. Amortyzacja II. Zużycie materiałów i energii III. Usługi obce IV. Podatki i opłaty V. Wynagrodzenia VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia VII. Pozostałe koszty rodzajowe VIII. Wartość sprzedanych towarów i materiałów	B. Stała część Kosztów działalności operacyjnej I. Stała część amortyzacji II. Stała część zużycia materiałów i energii III. Stała usług obcych IV. Stała część podatków i opłat V. Stała część wynagrodzeń VI. Stała część ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń VII. Stała część pozostałych kosztów rodzajowych VIII. –
C. Zysk (strata) ze sprzedaży (A – B)	C. Zysk (strata) ze sprzedaży (A – B)
	Ubezpieczeniowy zysk brutto (B + C)

- uwzględnienia rezerwy na okoliczności nieprzewidywalne (konieczność oczekiwania na możliwość wejścia na miejsce szkody, konieczność usunięcia pozostałości po szkodzie, konieczność oczekiwania na poprawę warunków pogodowych, uwarunkowania formalno-prawne itp.).

Prawidłowe ustalenie maksymalnego okresu odszkodowawczego dopasowanego do specyfiki określonego przedsiębiorstwa jest równie istotne z punktu widzenia zapewnienia właściwej ochrony ubezpieczeniowej, co prawidłowe ustalenie sumy ubezpieczenia, czyli hipotetycznej wartości zysku brutto na maksymalny okres odszkodowawczy.

ZAKRES OCHRONY ZYSKU

Zakres ochrony ubezpieczeniowej BI/MLoP obejmuje utratę zysku brutto, w stosunku do której występuje potwierdzony związek przyczynowo-skutkowy między ubezpieczonym zdarzeniem losowym, szkodą w mieniu, zakłóceniem bądź przerwaniem działalności i tą utratą, według poniższego schematu:



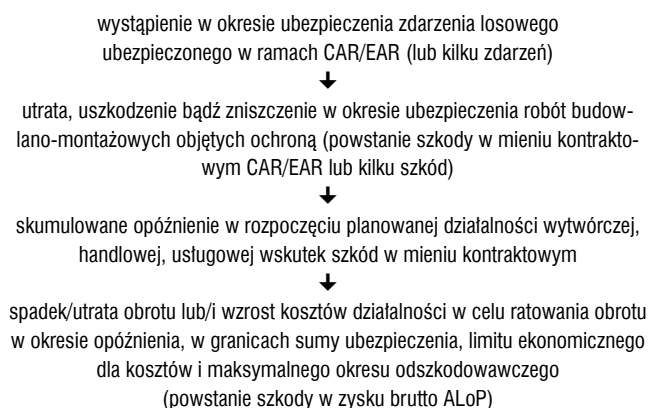
Przyjęcie odpowiedzialności za szkodę w zysku w BI/MLoP jest warunkowane przyjęciem, co do zasady, odpowiedzialności za szkodę w mieniu (nie jest konieczna wypłata odszkodowania za szkodę w mieniu, jeżeli jest poniżej franszyzy redukcyjnej) oraz potwierdzenie istnienia wyżej opisanego związku przyczynowo-skutkowego między zdarzeniem losowym, szkodą w mieniu a szkodą w zysku.

Na rynku są dostępne klauzule rozszerzające powyższy zakres ubezpieczenia w BI w ten sposób, iż ubezpieczeniu podlega zysk brutto możliwy do utraty przez przedsiębiorstwo na skutek cudzych strat w mieniu, powodujących zakłócenie jego działalności, powstałych:

- u jego dostawców mediów (klauzula braku dostaw mediów),
- u jego dostawców materiałów, towarów i usług lub odbiorców jego wyrobów, towarów i usług (klauzula dostawców/odbiorców),
- w bezpośrednim fizycznym otoczeniu przedsiębiorstwa (klauzula braku dostępu), lecz nie u kontrahentów.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej ALoP obejmuje utratę zysku brutto przez inwestora, w stosunku do której występuje potwierdzony związek przyczynowo-skutkowy między zaistniałymi w procesie budowy zdarzeniami losowymi objętymi ochroną, szkodami w mieniu kontraktowym spowodowanymi przez te zdarzenia, skumulowanym opóźnieniem w rozpoczęciu planowanej działalności wytwórczej, handlowej, usługowej w wyniku

tych szkód w mieniu oraz szkodą w zysku brutto w okresie tego opóźnienia, według poniższego schematu. W ramach faktycznego opóźnienia, którego ostateczny rozmiar może wynikać z różnych przyczyn, w tym leżących po stronie wykonawców, ochroną objęte są negatywne skutki dla zysku brutto inwestora tej jego części, która bezspornie wynika z zaistnienia objętych ochroną szkód w robotach kontraktowych.



OGRANICZENIA OCHRONY

Wyłączenia lub ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach BI/MLoP/ALoP mają w części charakter ogólny, np. umyślne działanie i rażące niedbalstwo ubezpieczającego, a w części specyficzny. Do specyficznych, najczęściej występujących wyłączeń odpowiedzialności należy zaliczyć brak ochrony dla szkody w zysku brutto spowodowanej:

1. szkodą w mieniu, za którą ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie umowy ubezpieczenia mienia (brak związku przyczynowo-skutkowego omawianego wcześniej),
2. inną przyczyną niż szkoda w mieniu (chodzi o przyczyny pozalosowe),
3. działaniem lub zaniechaniem właściwych władz lub organów, które administracyjnie uniemożliwiają lub opóźniają naprawę lub odtworzenie mienia bądź kontynuowanie działalności przez ubezpieczonego,
4. brakiem po stronie ubezpieczonego wystarczających środków, niezbędnych do naprawy lub odtworzenia mienia, w jak najszybszym tempie, również w przypadku, gdy ten brak wynika z ograniczenia odszkodowania za mienie na podstawie OWU mienia,
5. innowacjami i ulepszeniami wprowadzanymi w trakcie naprawy lub odtwarzania mienia (chodzi o szkodę w zysku przypadającą na okres odszkodowawczy wydłużony z uwagi na wykonanie innowacji i ulepszeń),
6. nieuzasadnioną zwłoką ubezpieczonego w naprawie lub odtwarzaniu mienia (chodzi o szkodę w zysku przypadającą na okres odszkodowawczy wydłużony z uwagi na tę zwłokę),
7. samoistną utratą właściwości zapasów materiałów i towarów, niedotkniętych szkodą w mieniu, uniemożliwiającą ich wykorzystanie zgodnie z przeznaczeniem, z uwagi np. na upływanie terminu ich ważności,
8. utratą dokumentów księgowych i danych zapisanych elektronicznie na nośnikach.

Zakres wyłączeń ochrony w poszczególnych OWU zysku na polskim rynku nie jest jednakowy. Za wiążące należy uznać wzorce indywidualne. □

W pogoni za klientem

Analizując ogólne warunki ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej adresowane do przedsiębiorców, trudno oprzeć się wrażeniu, że w dalszym ciągu nie ma wypracowanego jednego standardu dla tego ubezpieczenia. Oczekiwany przez pośrednika zakres ochrony, definiowany poprzez postanowienia ogólne OWU, jak również klauzule rozszerzające ochronę, nawet jeżeli wydają się tożsame poprzez nazewnictwo, mogą różnić się diametralnie co do pokrycia. – AGATA SKRĘŻYNA-DUDEK



Agata Skrzężyna-Dudek

jest dyrektorem Biura Ubezpieczeń Osobowych i Odpowiedzialności Cywilnej w Gothaer.

W ubezpieczeniach od 24 lat.

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zależności od rynku kształtują się różnorodnie. Jeżeli popatrzymy na starą kontynentalną Europę Zachodnią, dają się zaobserwować co najmniej dwa modele rynkowe.

Rynek, na którym ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej są już ukształtowane, definicje poszczególnych pojęć są tożsame u wszystkich ubezpieczycieli, zakresy udzielanej ochrony są zdefiniowane, znane i przewidywalne jest orzecznictwo, a ubezpieczyciele rywalizują ze sobą głównie jakością obsługi. Tam białe jest białe, a czarne jest czarne. Po prostu nuda.

Drugie, bardziej kreatywne rozwiązanie, to rynek pośrednika (np. Francja), szczególnie widoczny w odniesieniu do ubezpieczeń dużych i średnich podmiotów oraz ubezpieczeń grupowych. Takie podejście pozwala pośrednikowi rozwinąć skrzydła i stworzyć program ubezpieczeniowy, często innowacyjny, na miarę potrzeb swojego klienta czy grupy klientów.

Inaczej wygląda sytuacja, gdy przyjrzymy się relatywnie młodym rynkom Europy Środkowej i Wschodniej. Na tym tle rynek polski wygląda imponująco, szczególnie w odniesieniu do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Wiadomo, Polacy to naród kreatywny i dumny. Wszyscy chcemy mieć swoje przysłówki pięć minut – ubezpieczyciele, pośrednicy, przedstawiciele palestry oraz klienci. Nikt nie będzie nam narzucał swoich rozwiązań, skoro my wiemy lepiej i mamy własne.

SZKODA I... SZKODA

Na początek kilka refleksji dotyczących kreatywności grupy bliskiej mojemu sercu – grupy ubezpieczycieli.

Analizując ogólne warunki ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej adresowane do przedsiębiorców, trudno oprzeć się wrażeniu, że w dalszym ciągu nie ma wypracowanego jednego standardu dla tego ubezpieczenia. Oczekiwany przez pośrednika zakres ochrony, definiowany poprzez postanowienia ogólne OWU, jak również klauzule rozszerzające ochronę, nawet jeżeli wydają się tożsame poprzez nazewnictwo, mogą różnić się diametralnie co do pokrycia. Jeżeli dołożymy do tego klauzule bro-

kerskie oraz twórczość underwriterów, mogących wprowadzać postanowienia odmienne od OWU, niełatwo jest uniknąć niezamierzonych efektów. Pamiętając także o mało przewidywalnym orzecznictwie i równie zaskakującym ustawodawstwie, rysuje się obraz rynku o dużych możliwościach, ale też jeszcze większych wyzwaniach.

Przyjrzyjmy się zatem, z czym konfrontujemy się w praktyce. Aby ocenić, czy też właściwie skonstruować ochronę ubezpieczeniową, trzeba zacząć od definicji tak podstawowych pojęć jak szkoda. *Nikt już na szczęście nie ma wątpliwości, że szkoda to nie tylko uszczerbek w dobrach prawnie chronionych, ale również utracone korzyści, czyli to wszystko, co mógłby poszkodowany osiągnąć, gdyby do szkody nie doszło.* Cały rynek zgodnie wyróżnia też szkody rzeczowe, szkody osobowe oraz czyste szkody/straty majątkowe.

I tu podobieństwa się kończą. O ile definicja czystych szkód/strat majątkowych jest taka sama u wszystkich, czyli do tej kategorii należy zaliczyć szkody niebędące ani szkodą osobową, ani rzeczową, to definicje szkody rzeczowej bywają już odmienne, co determinuje nam całą dalszą odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Przykłady definicji szkody rzeczowej

szkoda rzeczowa – utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy

Szkoda rzeczowa – uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy wraz ze stratami poniesionymi w ich następstwie przez tego samego poszkodowanego

Szkoda rzeczowa – uszczerbek majątkowy będący bezpośrednim następstwem wypadku ubezpieczeniowego polegającego na uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy ruchomej lub nieruchomości osoby trzeciej występującej z roszczeniem

W odniesieniu do konkretnego przykładu szkody: w związku z zaniedbaniem ubezpieczonego – właściciela centrum handlowego – dochodzi do pożaru. Spaleniu ulega mienie w jednym ze sklepów najmujących powierzchnie (N1), a pozostałych dwóch najemców (N2 i 3) czasowo nie może prowadzić działalności (nie doszło do uszkodzenia mienia). Mamy sytuację, w której następstwem pożaru była szkoda rzeczowa – N1, jak również straty w postaci utraconego dochodu – N2 i 3. Czy patrząc na definicję, u wszystkich ubezpieczycieli będzie taka sama ochrona? Czy straty finansowe jednego poszkodowanego wskutek szkody rzeczowej innego poszkodowanego będą traktowane w świetle definicji jako szkoda następująca do szkody rzeczowej, czy jako czysta szkoda/strata majątkowa?

Kolejne rozbieżności to definicje utraty rzeczy lub utraty możliwości korzystania z rzeczy. Czy w sytuacji, gdy utrata rzeczy zakwalifikowana jest jako szkoda rzeczowa, to pojęcie obejmuje także utratę możliwości korzystania z rzeczy? Jak w związku z tym będzie traktowana szkoda polegająca w tym wypadku na nieosiągnięciu korzyści majątkowej? A może nie będzie w ogóle brana pod uwagę, gdyż w świetle jednego z rozwiązań utrata rzeczy oraz utrata możliwości korzystania z niej została wyodrębniona jako oddzielne ryzyko i aby powstała odpowiedzialność ubezpieczyciela, trzeba rozszerzyć ochronę o stosowną klauzulę.

Przykłady definicji pracownika

pracownik – osoba fizyczna zatrudniona przez ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę albo na podstawie umowy cywilnoprawnej z wyłączeniem osoby fizycznej, która zawarła z ubezpieczonym umowę cywilnoprawną jako przedsiębiorca; za pracownika uznaje się także praktykanta, stażystę lub wolontariusza, któremu ubezpieczony powierzył wykonywanie pracy

pracownik – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej; za pracownika uznaje się także praktykanta, stażystę lub wolontariusza, któremu Ubezpieczony powierzył wykonywanie pracy, osobę zatrudnioną przez agencję pracy tymczasowej wyłącznie w celu wykonywania pracy tymczasowej na rzecz i pod kierownictwem Ubezpieczonego będącego pracodawcą, a także osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego w zakresie, w jakim podlegała ona kierownictwu Ubezpieczonego i obowiązana była do stosowania się do jego wskazówek

za pracownika uważa się osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę

A tak na marginesie warto zwrócić uwagę na fakt, że włączenie utraty rzeczy w definicję szkody rzeczowej wcale nie gwarantuje wypłaty odszkodowania w sytuacji, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest działalność usługowa wykonywana na mieniu osób trzecich czy też mienie to jest przedmiotem umowy przechowania. Wielu ubezpieczycieli wyłącza swoją odpowiedzialność z tytułu utraty mienia tam, gdzie prawdopodobieństwo ryzyka jest największe, ale na szczęście można znaleźć też odmienne podejście – w takich sytuacjach rozszerza się odpowiedzialność ubezpieczyciela o utratę mienia.

ZAKRES PODMIOTOWY

Różnica w definicjach dotyczy także udzielanego zakresu podmiotowego.

Definicja pracownika ma niebagatelne znaczenie w kontekście konieczności przyjrzenia się regulacjom OWU pod kątem podwykonawców. Tutaj niestety rynek także nie jest jednolity. Na początek trzeba rozgraniczyć odpowiedzialność ubezpieczonego za podwykonawców od ubezpieczenia podwykonawców działających w imieniu i na rzecz ubezpieczonego. W pierwszym przypadku, odnosząc się do odpowiedzialności ustawowej, w zależności od tego, czy roszczenie dochodzone jest z odpowiedzialności deliktowej, czy kontraktowej – ubezpieczony może się uwolnić od odpowiedzialności, wskazując brak winy w wyborze albo powierzenie wykonania pracy profesjonalście (art. 429 k.c.) lub też zaspokoić roszczenie osoby poszkodowanej i wystąpić z regresem do sprawcy szkody, podwykonawcy (art. 474 k.c.).

Zdecydowana większość ubezpieczycieli, w zakresie podstawowym OWU, ubezpiecza odpowiedzialność cywilną ubezpieczonego za podwykonawców, ale nie wszyscy. Ci, którzy mają to ryzyko w standardzie, zachowują sobie do podwykonawców prawo do regresu, a rezygnacja z tego prawa wymaga włączenia określonej klauzuli. Nikt nie obiecywał, że będzie lekko. Prawdziwe schody zaczynają się jednak, gdy pośrednik, czasami w sposób mniej świadomy, życzy sobie zniesienia prawa do regresu, odnosząc to nie do odpowiedzialności ubezpieczającego, a bezpośrednio do podwykonawcy. W takim przypadku konieczne staje się włączenie podwykonawców działających w imieniu i na rzecz ubezpieczonego jako współubezpieczonych z umowy. Różnica w pokryciu jest zasadnicza. W pierwszym przypadku (odpowiedzialność za podwykonawców) podwykonawca jest w dalszym ciągu osobą trzecią w stosunku do ubezpieczonego. W drugim przypadku (włączenie odpowiedzialności podwykonawców), aby objąć ubezpieczeniem szkody im wyrządzone, trzeba rozszerzyć zakres o klauzulę odpowiedzialności wzajemnej. Zyskujemy wprawdzie dodatkową ochronę w zakresie szkód wyrządzonych przez podwykonawców ubezpieczonemu, ale z reguły odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona do wysokości podlimitu. Należy pamiętać, że przy braku odpowiednich zapisów zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w umowie dotyczyć będzie wszystkich współubezpieczonych z polisy, np. rozszerzenie o OC pracodawcy, gdy pracownik podwykonawcy ulegnie wypadkowi przy pracy czy też ulegnie zniszczeniu/uszkodzeniu mienia, a wszystko to w związku z pracami wykonywanymi w imieniu i na rzecz ubezpieczonego. Tutaj, przy braku czujności biznesowej, zaskoczeni efektem końcowym mogą być ubezpieczyciele, szczególnie gdy ubezpieczenie dotyczy podwykonawców czy dalszych podwykonawców niedefiniowanych w umowie.

Reasumując, warto wiedzieć, czy dla danego ubezpieczyciela szkoda będzie likwidowana z OC pracodawcy do wysokości

podlimitu, OC działalności do pełnej sumy gwarancyjnej, czy też dla odmiany, gdy szkodę osobie trzeciej wyrządzi osoba fizyczna na samozatrudnieniu, to w ogóle nie będzie likwidowana, bo akurat poszkodowany nie mieści się w definicji pracownika, a brak jest rozszerzenia o OC za podwykonawców czy też włączenia podwykonawców do ochrony.

CZASOWY ZAKRES POKRYCIA

Oczywiście, mówiąc o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, nie sposób jest pominąć kwestii czasowego zakresu pokrycia. Na pierwszy rzut oka temat wygląda nieźle. Wydawałoby się, że w odniesieniu do OC działalności rynek zgodnie ubezpiecza moment powstania szkody w okresie ubezpieczenia. Ale czy na pewno oznacza to jednakowe pokrycie? Otóż w ogólnych warunkach ubezpieczenia **niektórzy ubezpieczyciele wprowadzają, w odniesieniu do wybranych ryzyk, dodatkowe ograniczenia czasowe.** Przykładem takiego ograniczenia jest np. odpowiedzialność cywilna za produkt, gdzie ubezpieczeniu podlegają tylko takie szkody powstałe w okresie ubezpieczenia, które zostały spowodowane przez produkty wprowadzone do obrotu w okresie ubezpieczenia. Czyli aby zaistniała odpowiedzialność ubezpieczyciela, zarówno szkoda, jak i wprowadzenie produktu do obrotu muszą zaistnieć w okresie ubezpieczenia.

W przypadku odpowiedzialności cywilnej związanej z wprowadzeniem produktu do obrotu Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli produkt został wprowadzony do obrotu w okresie ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia obejmuje również wypadki ubezpieczeniowe spowodowane przez produkty wprowadzone do obrotu w okresach ubezpieczenia poprzednich umów zawartych z Ubezpieczycielem pod warunkiem, że łącznie z poprzednimi umowami tworzy nieprzerwany ciąg kolejnych umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU z takim samym zakresem ubezpieczenia (rodzaj produktu, zastosowane klauzule lub postanowienia dodatkowe) odpowiedzialności cywilnej związanej z wprowadzeniem produktu do obrotu.

Z podobnymi ograniczeniami mamy do czynienia przy rozszerzonej odpowiedzialności za produkt, gdzie dodatkowo możemy spotkać jeszcze dookreślony koniec odpowiedzialności ubezpieczyciela.

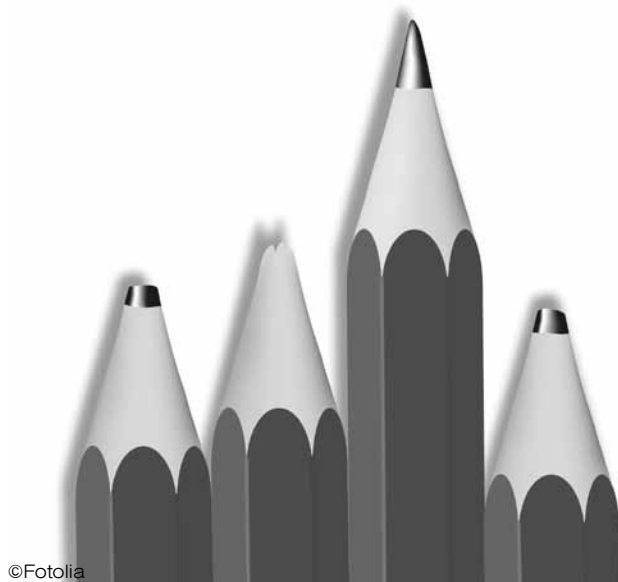
Ochrona ubezpieczeniowa udzielona w ramach niniejszej klauzuli obejmuje tylko i wyłącznie szkody spowodowane przez Produkty wprowadzone do obrotu po jej uzgodnieniu, pod warunkiem że roszczenie zostało zgłoszone Ubezpieczycielowi przed upływem pięciu lat od zakończenia okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem przepisów prawa odnoszących się do terminów przedawnienia. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji umowy ubezpieczenia okres pięcioletni rozpoczyna się od zakończenia ostatniego okresu ubezpieczenia.

Ograniczenia czasowe stanowią pewną niedogodność, szczególnie w sytuacji, gdy nie zwróci się na nie uwagi przy zmianie ubezpieczyciela.

KREATYWNY POŚREDNICY

Tworzenie przez pośredników własnych klauzul nikogo nie dziwi, szczególnie w kontekście braku jednolitej oferty ze strony ubezpieczycieli. Niestety w wielu przypadkach wprowadzenie określonych zapisów, bez cofnięcia się i uregulowania podstawowych definicji, powoduje, że przedstawione przez ubezpieczycieli oferty są nie do końca porównywalne.

Pośrednicy mają duży wpływ na kształtowanie oferowanej ochrony. Silna konkurencja sprzyja szukaniu nowatorskich rozwiązań. Dlatego też co rusz ponawiane są próby rozszerzenia ochrony o ryzyka, które dla wielu ubezpieczycieli do tej pory były nieubezpieczalne. Jak pokazuje życie, w wielu przypadkach próby kończą się sukcesem. Przykładem takiego ryzyka może być klauzula reprezentantów, która aktualnie stała się już standardem, a pamiętam jeszcze czasy, gdy był to rarytas. Generalnie daje się zaobserwować trend przenoszący na ubezpieczyciela ryzyko działalności operacyjnej ubezpieczonego, np. pojawiają się zapytania o ubezpieczenie odpowiedzialności gwarancyjnej w czystej postaci. Mechanizm jest prosty. Zapytanie trafia do underwritera. Zawsze istnieje ryzyko albo szansa, że ubezpieczyciel nie doczyta albo nie zrozumie i przygotowuje ofertę. Nawet w przypadku, gdy zauważy treści niepożądane, to i tak okaże się, że na rynku ktoś nie zwrócił uwagi i ofertę przedstawił. A skąd wiemy, że nie zwrócił uwagi? Bo nie uwzględnił ryzyka w składce i poszło. Najpierw na małym podlimicie, a docelowo już bez. Oczywiście nie tylko pośrednicy, co nawet jest w tym przypadku zrozumiałe, odchodzą od pojęcia klasycznego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Robią to także ubezpieczyciele, którzy w pogoni za klientem zupełnie świadomie tworzą programy, w których oprócz odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego wobec osób trzecich pokryte są także jego straty własne związane z wyprodukowaniem buba czy też źle wykonaną usługą. Niestety również w przypadkach świadomej decyzji ubezpieczyciela rozszerzenie ryzyka nie przekłada się adekwatnie na otrzymywaną za nie składkę. Oczywiście to już też nikogo nie dziwi, gdyż ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z założenia są niedokwotowane, szczególnie w obszarach OC pracodawcy oraz rozszerzonej odpowiedzialności za produkt. ▣



©Fotolia

Demony ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej

Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej stosowane na polskim rynku ubezpieczeniowym mają prze-
ważnie charakter klauzulowy bądź modułowy. Konstrukcja ta
na szerszą skalę była stosowana od drugiej połowy lat 90.
i została przeniesiona z rynku niemieckiego. – **ANDRZEJ WYSMULEK**



Andrzej Wyszumek
jest dyrektorem Departamentu
Ubezpieczeń Odpowiedzialności
Cywilnej w InterRisku.
W ubezpieczeniach od 22 lat.

W swoim już przeszło dwudziestoletnim doświadczeniu zwią-
zanym z opracowywaniem ofert oraz warunków dla ubezpie-
czeń odpowiedzialności cywilnej wielokrotnie spotykałem się
z tematami, które wśród uczestników rynku budziły wątpliwości
dotyczące zakresu i przedmiotu udzielonej ochrony ubezpie-
czeniowej lub stwarzały problemy natury interpretacyjnej bądź
prawnej. Zagadnienia te były przedmiotem różnego rodzaju pre-
lekcji, szkoleń czy też konferencji naukowych, jednak poruszane
kwestie często dzieliły specjalistów, a zadawane pytania pozosta-
wały wielokrotnie bez jednoznacznej odpowiedzi.

Poniżej przedstawiam subiektywny wybór demonów ubezpie-
czeń odpowiedzialności cywilnej:

- ➔ odpowiedzialność cywilna z tytułu czystych strat finansowych
(szkód majątkowych) w związku z produktem, wadliwością
wykonanej pracy lub usługi,
- ➔ prawo i jurysdykcja w umowach ubezpieczenia odpowie-
dzialności cywilnej,
- ➔ obowiązki ubezpieczyciela wynikające z art. 826 k.c.,
- ➔ ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej kontraktowej (bez
ubezpieczeń zawodowych).

W niniejszym artykule pochyliłem się nad wybranymi zagadnie-
niami związanymi z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywil-
nej kontraktowej (jednakże bez podnoszenia tematu odpowie-
dzialności cywilnej za produkt). Nie stawiam tezy, niniejszy tekst
nie będzie miał charakteru rozprawki.

KRÓTKI RYS HISTORYCZNY

Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
stosowane na polskim rynku ubezpieczeniowym mają prze-
ważnie charakter klauzulowy bądź modułowy. Konstrukcja ta na
szerszą skalę była stosowana od drugiej połowy lat 90. i została
przeniesiona z rynku niemieckiego. OWU zawierają tzw. wyłą-
czenia względne, które mogą zostać zastąpione przez okre-
ślony moduł lub klauzulę (również zawierające postanowienia
szczegółowe). W latach 90. zaczęto również wprowadzać do
ochrony elementy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
kontraktowej, ówczesne OWU obejmowały ochroną prze-
ważnie odpowiedzialność cywilną deliktową. Przyczyną zmian były

wątpliwości związane z odpowiedzialnością ubezpieczyciela
w przypadku zbiegu roszczeń z tytułu czynu niedozwolonego
(delikt) oraz niewykonania lub nienależytego wykonania zob-
owiązania (kontrakt). Problem zbiegu roszczeń występował szcze-
gólnie podczas procesu likwidacji szkód. „Twarde” stanowisko
likwidatora mogło skutkować odmową wypłaty odszkodowania.
Przykład najnowszego już orzecznictwa: *Zgodnie z art. 443 k.c.,
okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynika,
stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzed-
nio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu
czynu niedozwolonego, chyba że z treści istniejącego uprzednio zobowi-
ązania wynika co innego* (Wyrok Sądu Rejonowego w Białymstoku
z 29 kwietnia 2014 r. VIII GC 206/14).

Aktualnie problem braku ochrony w przypadku zbiegu roszczeń
występuje już raczej w mniejszej skali, może się sporadycznie
zdarzyć w przypadku ubezpieczeń OC indywidualnych lub dla
małego i średniego biznesu.

PODSTAWY ODPOWIEDZIALNOŚCI KONTRAKTOWEJ

Zgodnie z art. 471 k.c. – *Dłużnik obowiązany jest do naprawienia
szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowi-
ązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następ-*

Schemat roszczeń z tytułu odpowiedzialności kontraktowej

Nienależyte wykonanie zobowiązania	Niewykonanie zobowiązania
Roszczenie o należyte wykonanie zob- owiązania.	Roszczenie o wykonanie zobowiązania.
Roszczenie o zapłatę sumy zastępującej należyte wykonanie zobowiązania.	Roszczenie o zapłatę sumy zastępującej wykonanie zobowiązania.
Roszczenie o naprawienie szkody wynikłej z nienależytego wykonania zobowiązania – ryzyko możliwe do ubezpieczenia.	Roszczenie o naprawienie szkody wynikłej z niewykonania zobowiązania – ryzyko możliwe do ubezpieczenia.
Roszczenie o naprawienie szkody wy- rządzonej przy okazji wykonania zobo- wiązania.	

Źródło: Maria Tomaszewska-Pestka, LabRisk, Prezentacja „Kalejdoskop problemów OC”, War-
szawa 20.04.2015.

stwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Podstawowymi przesłankami powstania odpowiedzialności kontraktowej są: niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania, powstanie szkody, związek przyczynowy pomiędzy niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania a powstałą szkodą. Odmienne niż ma to miejsce w przypadku odpowiedzialności deliktowej, udowodnienie winy nie spoczywa na uprawnionym, to dłużnik musi dowieść, że szkoda nie była następstwem niezachowania przez niego należytej staranności.

PODSTAWA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

Podstawą odpowiedzialności ubezpieczyciela jest art. 822 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Obowiązkiem ubezpieczyciela jest spełnienie określonego w umowie świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 § 1 k.c.), co w przypadku ubezpieczenia majątkowego oznacza obowiązek wypłaty określonego odszkodowania (§ 2 pkt 1). Uwzględniając zgodny zamiar stron i cel umowy (art. 65 § 2 k.c.), jednoznacznie i zrozumiale sformułowania ogólnych warunków ubezpieczenia i samej umowy (art. 12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 385 § 2 k.c.), ubezpieczyciel udziela ochrony na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowień uzgodnionych pomiędzy stronami w drodze negocjacji.

Odpowiedzialność „gwarancyjna” ubezpieczyciela jest węższa w stosunku do odpowiedzialności „sprawczej” ubezpieczonego z uwagi na ograniczenia wynikające z sumy gwarancyjnej, odpowiedzialności ubezpieczyciela w określonym czasie (trigger) oraz wyłączeń odpowiedzialności określonych w OWU bądź szczególnych postanowieniach polisy.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

Zasada swobody umów

Zakres gwarancyjnej odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciela jest węższy od odpowiedzialności sprawczej ubezpieczającego. W Polsce mamy do czynienia z zasadą swobody umów. Zgodnie z art. 353 § 1 k.c.: *Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego*. Art. 473. § 1. k.c.: *Dłużnik może przez umowę przyjąć odpowiedzialność za niewykonanie lub za nienależyte wykonanie zobowiązania z powodu oznaczonych okoliczności, za które na mocy ustawy odpowiedzialności nie ponosi*. Przykładem zasady swobody umów może być zobowiązanie jednej ze stron kontraktu do osiągnięcia rezultatu w sytuacji, gdy z charakteru umowy wynika, że jest to zobowiązanie do starannego działania.

Z powodów chociażby czysto pragmatycznych nie jest możliwe objęcie ochroną pełnej odpowiedzialności cywilnej kontraktowej. Ubezpieczyciel powinien w takim przypadku zapoznać się bowiem ze wszystkimi umowami/wzorcami umów, jakie są zawierane przez ubezpieczonego.

Z uwagi na powyższe ubezpieczyciele ograniczają swoją odpowiedzialność gwarancyjną, odmawiając ochrony roszczeniom z tytułu szkód, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność wyłącznie na mocy postanowienia umowy (innego zobowiązania). Szczególnym przypadkiem zastrzeżenia umownego na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania

jest wprowadzenie określonej kary umownej. Możliwość taka wynika z art. 483 § 1 k.c.: *Można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kara umowna)*. Również kwestia kary umownej i pieniężnej nie jest przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej. Wyłączenie kar umownych jest wprost wprowadzone do obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej.

Zauważalna na rynku jest natomiast tendencja do wprowadzania do ochrony ubezpieczeniowej tzw. regresowalnych kar umownych. Są to kary nakładane na osoby trzecie i dochodzone od sprawcy – ubezpieczonego. Zapisy dotyczące regresowalnych kar umownych są wprowadzane do treści umowy w formie postanowień szczególnych i limitowane.

Z prawnego punktu widzenia zgodnie z art. 821 k.c.: *Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu*. Ryzyko więc jest oczywiście możliwe do ubezpieczenia, jeżeli ma charakter interesu majątkowego.

Strony umowy mogą swobodnie kształtować swój stosunek zobowiązaniowy, jednak ubezpieczyciel będzie każdorazowo odpowiadał w zakresie *stricte kodeksowym*. Natomiast każde ryzyko mające charakter interesu majątkowego jest ryzykiem teoretycznie możliwym do ubezpieczenia.

Definicja szkody

Kodeks cywilny nie zawiera legalnej definicji szkody. Określa natomiast, na czym polega jej naprawienie (art. 361 oraz 363 k.c.). Podsumowanie zostało trafnie sformułowane w Wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 21 kwietnia 2005 r.: *Szkodą jest wszelki uszczerbek dotyczący osobę bez prawnego uzasadnienia, wyrażający się w różnicy pomiędzy stanem majątku poszkodowanego, jaki istniał i mógłby w normalnej kolei rzeczy istnieć, wytworzyć się, a stanem, jaki powstał skutkiem zdarzenia wywołującego zmianę. Ogólnie rzecz ujmując, jest to uszczerbek, który następuje w majątku uprawnionego. Szkoda może przejawiać się w dwóch postaciach, tzw. szkody rzeczywistej, jak i utraconych korzyści*.

Brak definicji szkody w kodeksie zezwala na wprowadzenie takiej definicji w treści OWU. Szkody w OWU mają swoisty trójpodział:

- szkody osobowe – śmierć, uszkodzenie ciała rozstrój zdrowia i ich następstwa (w tym zadośćuczynienie),
- szkody rzeczowe – uszkodzenie i zniszczenie rzeczy oraz utracone korzyści będące następstwem poniesione przez tego samego poszkodowanego,
- czyste szkody majątkowe/finansowe – szkody niewynikające ze szkód osobowych i rzeczowych.

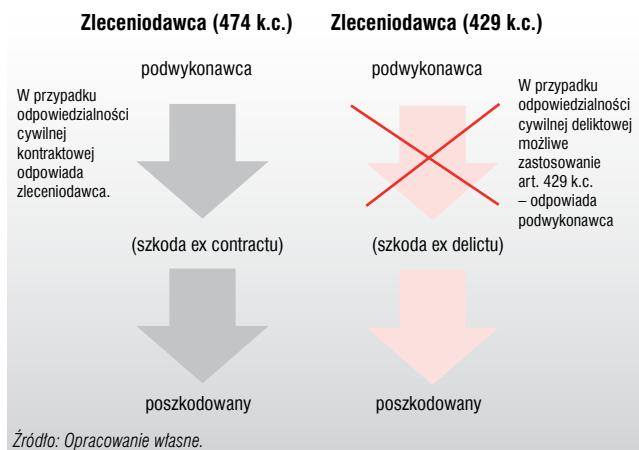
Należy podnieść, że standardowa definicja czystych strat majątkowych/finansowych nie obejmuje ochroną wadliwości wykonanej pracy lub usługi. W takim zakresie niezbędny jest tryb negocjacji i zmiany postanowień OWU poprzez zastosowanie postanowień szczególnych.

Z uwagi na brak legalnej definicji kodeksowej standardowe postanowienia OWU wprowadzają definicje szkód osobowych, rzeczowych i strat majątkowych/finansowych. Definicja strat finansowych nie obejmuje ochroną wadliwości wykonanej pracy lub usługi.

Kwestia podwykonawców

Zgodnie z art. 474 k.c.: *Dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonywa, jak również osób, którym wykona-*

nie zobowiązania powierza (...). W przypadku odpowiedzialności cywilnej kontraktowej nie można uwolnić się od odpowiedzialności w trybie art. 429 (brak winy w wyborze, powierzenie czynności podmiotom, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności).



Większość konstrukcji OWU OC obejmuje ochroną szkody wyrządzone przez podwykonawców, o ile za ich działania odpowiada zleceniodawca zgodnie z art. 474 k.c. Ubezpieczyciel ma prawo analogicznie jak zleceniodawca do powołania się na art. 429 k.c. i oddalenia roszczenia. Jeżeli intencją ubezpieczającego jest objęcie pełną ochroną podwykonawców, należy ich włączyć do ochrony jako ubezpieczonych.

W przypadku wyrządzenia szkody przez podwykonawcę, ubezpieczyciel odpowiada zgodnie z odpowiedzialnością sprawczą ubezpieczonego – zleceniodawcy (oczywiście z zastrzeżeniem pozostałych postanowień umowy ubezpieczenia). Ubezpieczycielowi – w przypadku, gdy podwykonawca nie został objęty ochroną ubezpieczeniową jako ubezpieczony – przysługuje prawo do oddalenia roszczenia zgodnie z art. 429 k.c., ale wyłącznie w odniesieniu do roszczeń z tytułu czynu niedozwolonego.

PODSTAWOWE OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Do podstawowych wyłączeń związanych z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej kontraktowej należą wyłączenia dotyczące kar umownych (omówionych powyżej) oraz roszczeń wynikających z gwarancji lub rękojmi, roszczeń o wykonanie umowy, o należyte wykonanie umowy, roszczeń o zwrot kosztów poniesionych na poczet wykonania zobowiązania, z tytułu zastępczego wykonania umowy, zwroty zadatków, kosztów odstąpienia od umowy, szkód w przedmiocie wykonanej pracy lub usługi, opóźnień.

Gwarancja i rękojmia – przepisy aktualnie wyłącznie w k.c. (25 grudnia 2014 r. weszła w życie ustawa o prawach konsumenta, zmieniająca m.in. przepisy Kodeksu cywilnego o rękojmi i gwarancji). Rękojmia jest obligatoryjną odpowiedzialnością sprzedawcy względem kupującego za wady fizyczne oraz prawne tej rzeczy. Gwarancja to z kolei dobrowolne oświadczenie dotyczące jakości towaru złożone przez przedsiębiorcę (gwaranta). Zarówno gwarancja, jak i rękojmia mają charakter czystego ryzyka przedsiębiorcy, niepodlegającego ubezpieczeniu OC. W przypadku ubezpieczenia firm budowlanych wprowadza się dodatkowy okres ubezpieczenia (po zakończeniu samego wykonawstwa) dotyczący okresu rękojmi/gwarancji. Jednak ten okres

nie dotyczy samego przedmiotu rękojmi/gwarancji, tylko pozostałych szkód wyrządzonych w tym okresie. Czasem jest jednak mylnie tak interpretowany przez ubezpieczających.

Roszczenie o wykonanie umowy – ma charakter zobowiązania niepieniężnego *in natura*. Z tej racji nie jest możliwe do zaspokojenia przez ubezpieczyciela. Powstaje również do ustalenia kwestia interesu majątkowego i możliwości ubezpieczenia takiego ryzyka. Jednak przede wszystkim roszczenie o wykonanie umowy wiąże się nierozdzielnie z pojęciem czystego ryzyka przedsiębiorcy, które nie może i nie powinno zostać objęte ochroną ubezpieczeniową.

Roszczenie z tytułu zastępczego wykonania umowy – w przypadku braku wykonania umowy zgodnie z jej treścią wierzyciel – zgodnie z art. 480 k.c. – może skorzystać z instytucji wykonania zastępczego. Z punktu widzenia ubezpieczyciela to ryzyko, które nie powinno zostać objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie analogicznych przesłanek, jak w przypadku roszczeń o wykonanie umów.

Zwroty zadatków, kosztów odstąpienia od umowy – są to typowe koszty związane z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania, a nie szkody będące następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. To kategoria kosztów należących do czystego ryzyka przedsiębiorcy.

Szkody w przedmiocie wykonywanej pracy lub usługi – tak naprawdę to najbardziej istotne wyłączenie z zakresu odpowiedzialności cywilnej kontraktowej. Zawiera ono w sobie większość pozostałych wyłączeń, które zostały pozostawione przez ubezpieczycieli dla jasności i klarowności udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Przedmiot wykonywanego kontraktu nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową – jest to kategoria czystego ryzyka przedsiębiorcy.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej kontraktowej obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkody będące następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Przedmiotem ochrony nie jest natomiast samo niewykonanie/nienależyte wykonanie zobowiązania. Przedmiot wykonywanej pracy i usługi nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową.

Niniejsza zasada jest niezbędna do pełnego zrozumienia zakresu udzielonej ochrony. W innym wypadku niepotrzebne byłyby przykładowo ubezpieczenia gwarancji finansowych czy ryzyk technicznych (CAR/EAR).

W przypadku roszczeń zgłaszanych z tytułu odpowiedzialności cywilnej kontraktowej poszkodowani wielokrotnie podnoszą kwestię, że podstawowe sformułowanie w umowie ubezpieczenia dotyczące objęcia ochroną odpowiedzialności cywilnej kontraktowej, na zasadzie *lex specialis* uchyla wszystkie inne wyłączenia dotyczące tego zakresu określone w polisie bądź w OWU. Jednak takie twierdzenia nie znajdują podstaw prawnych, zgodnie z k.c.

Stosowane przez ubezpieczycieli wzorce umowne funkcjonują już przez długi czas i nie znalazły się w kategorii postanowień abuzywnych.

Każde ryzyko mające charakter interesu majątkowego jest ryzykiem teoretycznie możliwym do ubezpieczenia, więc pole do negocjacji zakresu i przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej pozostaje otwarte. □

Ocena ryzyka w ubezpieczeniach OC za produkt i wycofania produktu z rynku

Stosowana w przeszłości metodologia oceny ryzyka polegająca na analizowaniu przesyłanych arkuszy, ankiet i formularzy wypełnianych przez klientów, pozostała już tylko domeną oceny ryzyka dla małych i średnich przedsiębiorstw, przynajmniej w zakresie ryzyk majątkowych. Każdy z ubezpieczycieli chce jak najlepiej znać swojego klienta, jego mocne i słabe strony, a w końcu mieć wpływ na poziom szeroko rozumianego bezpieczeństwa. – **BARTŁOMIEJ MATEŃKA**



Bartłomiej Mateńka

jest dyrektorem Działu Inżynierów Oceny Ryzyka w Generali.

W ubezpieczeniach od 18 lat.

Mysząc o technicznej ocenie ryzyka wykonywanej przez inżynierów zatrudnianych przez ubezpieczycieli, oczyma wyobraźni widzimy najczęściej osobę lustrującą zakład produkcyjny, która – po zadaniu serii pytań technicznych – weryfikuje prawidłowość zastosowanych zabezpieczeń, zagadnienia budowlane i porządkowe oraz inne aspekty związane z bezpieczeństwem ubezpieczanego mienia.

Oczywiście inżynierowie oceny ryzyka w zakresie swoich obowiązków mają znacznie więcej aspektów do sprawdzenia w samym tylko ubezpieczeniu mienia – dochodzą do tego sprawy związane z ubezpieczeniem utraty zysku, maszyn od awarii i innych produktów ubezpieczeniowych powiązanych z majątkiem klienta.

Coraz częściej jednak spotyka się inżynierów oceny ryzyka wykonujących audyty rozszerzone o zagadnienia związane z ryzykiem odpowiedzialności cywilnej lub dotyczące wyłączenie ryzyka OC. Jednocześnie pojawia się pytanie: czy ma to głębsze uzasadnienie, czy jest jedynie chwilowym trendem?

NIE TYLKO ANALIZA DOKUMENTÓW

Stosowana w przeszłości metodologia oceny ryzyka polegająca na analizowaniu przesyłanych arkuszy, ankiet i formularzy wypełnianych przez klientów, pozostała już tylko domeną oceny ryzyka dla małych i średnich przedsiębiorstw, przynajmniej w zakresie ryzyk majątkowych. Każdy z ubezpieczycieli chce jak najlepiej znać swojego klienta, jego mocne i słabe strony, a w końcu mieć wpływ na poziom szeroko rozumianego bezpieczeństwa. Każdy, dla kogo tematyka ubezpieczeń dla przedsiębiorstw nie jest obca, zgodzi się z tym, że żaden formularz, ankietka czy inna pisemna forma opisu ryzyka nie zastąpi wizyty inżyniera. Dlaczego zatem wielu ubezpieczycieli pozostaje przy ocenie ryzyka odpowiedzialności cywilnej na podstawie analizy przesyłanych kwestionariuszy? Można również postawić pytanie inaczej, a mianowicie: dlaczego część ubezpieczycieli opracowuje metodologię oceny ryzyka OC i stawia na obecność inżynierów oceny ryzyka bezpośrednio u klienta?

Metodyka oceny ryzyka dla inżynierów to będzie chyba najlepsza odpowiedź na powyższe pytania. Kiedy jej nie ma, to ocenę ryzyka wykonują underwirterzy OC, bazując na danych, jakie

otrzymali oraz własnym doświadczeniu. Jeśli metodyka istnieje lub jest rozwijana, inżynierowie pojawiają się na audytach w tym zakresie. Jakie korzyści odnoszą ubezpieczyciele po takich wizytach? Czy są jakieś wymierne korzyści dla klienta po wizycie wyspecjalizowanego inżyniera oceny ryzyka?

W niniejszym artykule postaram się udzielić możliwie wyczerpującej odpowiedzi na te pytania oraz zaprezentować schemat postępowania w odniesieniu do ryzyka odpowiedzialności cywilnej za produkt oraz wycofania produktu z rynku. W opracowaniu tym nie zabraknie również odniesienia do własnych doświadczeń zawodowych po przeprowadzanych audytach OC oraz zgłaszanych szkód, które były (jak w wielu innych przypadkach) najlepszym, chociaż surowym nauczycielem.

ANALOGIE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE

Ocena ryzyka w zakresie OC za produkt i wycofania produktu z rynku polega najczęściej na analizie przesłanego formularza. Znajdziemy w nim mniej lub bardziej szczegółowe pytania odnoszące się do danych ubezpieczonego podmiotu, rodzaju prowadzonej działalności, opisu wytwarzanych i sprzedawanych wyrobów, opisu łańcucha dostaw i sprzedaży, listy dostawców surowców, opakowań, procentowego udziału reklamacji i zwrotów czy posiadanych certyfikatów potwierdzających odpowiednie procedury produkcji i kontroli jakości.

Wszystko to wygląda najczęściej bardzo obiecująco z punktu widzenia oceny ryzyka, a z własnego doświadczenia mogę dodać, że są to bardzo często bliźniaczo podobne informacje, szczególnie w podobnych branżach. Przyczyną jest to, że technologie produkcji są podobne, coraz mniej jest tajemnic produkcji w poszczególnych branżach, do obrotu można wprowadzać tylko wyroby posiadające odpowiednie certyfikaty i dopuszczenia, sami producenci często nie robią nic bez posiadania najpopularniejszych certyfikatów jakości. Intuicja podpowiada jednak, nawet bez szczególnego zgłębiania materiału, że nie można oceniać tak samo takich podmiotów. Podobnie jak w przypadku ubezpieczenia mienia, klienci posiadają zabezpieczenia zgodne z przepisami, instrukcję bezpieczeństwa pożarowego, prowadzą szkolenia wymagane przez

przepisy BHP oraz dopełniają innych formalności wymaganych przy rozpoczęciu oraz prowadzeniu działalności w danym segmencie produkcji.

Prawdopodobieństwo wystąpienia wady produktu lub konieczności jego wycofania, gdy wada czyni go niebezpiecznym dla użytkownika, zależy zazwyczaj od sektora przemysłu. Niektóre przykłady produktów najbardziej „narażonych” to zabawki i inne produkty dla dzieci, żywność i napoje, samochody i części samochodowe. Z drugiej strony szyte na miarę produkty (maszyny itp.) są na ogół mniej narażone.

Przy ocenie ryzyka odpowiedzialności cywilnej znajdziemy pewne analogie z oceną ryzyka ubezpieczeń majątkowych. Możemy je podzielić na techniczne i organizacyjne.

Do części zagadnień technicznych zaliczymy właściwości wytwarzanego produktu lub wyrobu.

Ryzyko związane z odpowiedzialnością za produkt wiąże się z wewnętrznym potencjałem produktu, mogącym spowodować obrażenia ciała i/lub zniszczenie czy uszkodzenie mienia. Odpowiedzialność związana z właściwościami produktu powinna być stopniowana zgodnie z powszechną matrycą ryzyka, w której uwzględnia się kombinację prawdopodobieństwa wystąpienia oraz konsekwencji finansowych. Mówimy tutaj o ocenie ryzyka ilościowej, w przypadku której większy nacisk powinien być położony na dane statystyczne. Jak łatwo się domyślić, produkty bezpośrednio związane z konsumentem, w szczególności takie, które mają najbardziej oczywisty wpływ na jego zdrowie i życie (branża spożywcza, motoryzacyjna), powinny być przedmiotem szczegółowej analizy. Nie można jednak zapominać o bardziej powszechnych rodzajach produkcji, jak np. produkcja wyrobów z tworzyw sztucznych, wyrobów dla budownictwa czy elektrowniki użytkowej.

W przypadku określonej typologii produktów można zastosować inne skale prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia uruchamiającego odpowiedzialność ubezpieczyciela, w oparciu o wiedzę inżyniera, ale można również rozważyć dodatkowe czynniki:

- *Wielkości partii, liczba sztuk produkowanych i wypuszczanych na rynek (towary produkowane masowo będą miały większe prawdopodobieństwo wyrządzenia szkody niż te wykonane na zamówienie). Jest to również związane z aspektem technicznym, ściśle powiązany z przyjętym sposobem kontrolowania produkcji. Weryfikacja statystyczna, wrywkowa (proporcjonalna lub nieproporcjonalna do wielkości produkcji), kontrolowanie każdej sztuki wyrobu.*
- *Specyficzna sytuacja rynkowa firmy: sytuacja finansowa, innowacyjność produktu kontra tradycyjne produkty rynkowe, okres działalności na rynku, wykorzystywanie innowacyjnych materiałów i technologii, poziom złożoności produktów.*

Do części zagadnień organizacyjnych zaliczymy wszystko, co ma wpływ na jakość wytwarzanego produktu lub wyrobu. Nie bez znaczenia pozostaną również aspekty związane z przyjętym spo-

sobem postępowania w przypadku wystąpienia wady produktu wprowadzonego do obrotu lub konieczności jego wycofania z rynku.

Ten czynnik ryzyka powinien oceniać zaangażowanie najwyższego szczebla kierowniczego firmy w zobowiązania związane z bezpieczeństwem produktu. Jest to czynnik, który trudno zmierzyć i zobiektywizować, dlatego inżynier powinien wykorzystać całą swoją wiedzę i zdrowy rozsądek, aby uzyskać jak najbardziej wymierny obraz i sytuację firmy. Niemniej jednak główne aspekty, które należy rozważyć, to:

- ➔ **Zaangażowanie i odpowiedzialność najwyższego kierownictwa w zakresie definicji polityki bezpieczeństwa produktów.** Można to ocenić podczas wizyty w zakładzie, podczas rozmowy z kadrą kierowniczą niższego szczebla, poziomem organizacji zakładu w zakresie kontroli jakości i procedur bezpieczeństwa. Jeśli procedury są znane i jasno sformułowane, nie powinno być problemu z uzyskaniem określonych dokumentów czy certyfikatów (potwierdzenie ostatniej aktualizacji). Jeśli wyższa kadra kierownicza jest wymagająca w tym zakresie, to powinno być zauważalne na niższych szczeblach menedżerskich.
- ➔ **Raportowanie wyników dotyczących bezpieczeństwa produktu i kluczowe wskaźniki wydajności** powinny być zgłaszane do najwyższej kadry kierowniczej.
- ➔ **Budżet poświęcony bezpieczeństwu produktów.** Jeśli działania są doraźne lub okazjonalne, albo każdy koszt wymaga osobnego procedowania, to wydłuża go w czasie. Najczęściej przekłada się to na efektywność tych działań.
- ➔ **Zaangażowanie najwyższego kierownictwa w organizację polityki jakości.**
- ➔ **Wsparcie kadry kierowniczej w rozpowszechnianiu kultury bezpieczeństwa produktów w firmie** (szkolenia, kursy doskonalące w poszczególnych działach zależnie od kompetencji).
- ➔ **Istnienie komitetu ds. bezpieczeństwa produktu lub jednostek pokrewnych.**

Jak widać, **zakres omawianych z klientem zagadnień, zbieranych informacji czy weryfikacji informacji wejściowych jest wcale nie mniejszy niż w przypadku oceny ryzyka z ubezpieczeń majątkowych.** W określonych przypadkach poleganie jedynie na formularzach oceny ryzyka lub opinii o kliencie może okazać się wielce nieroztropnym. Oczywiście, jak w każdym przypadku, pewne informacje mogą nie zostać przekazane w wyniku przeoczenia lub wręcz złej woli klienta. Nie mamy na to wpływu, jednak nie oznacza to usprawiedliwienia dla braku kontroli ryzyka.

NA BAZIE DOŚWIADCZEŃ

Teraz czas na przykłady z własnego doświadczenia – chciałbym, aby pokazały, co inżynier może wnieść do oceny ryzyka OC za produkt i wycofania produktu z rynku. Na jedną z pierwszych ocen ryzyka w zakresie OC za produkt wybrałem się po zgłoszonej i wypłaconej szkodzie oraz poważnych wątpliwościach odnośnie do powtórzenia się takich zdarzeń w przyszłości. Klient wyczerpał limit odpowiedzialności w zakresie OC za produkt i chciał odnowić polisę z wyższą sumą ubezpieczenia. Wyrobami tego klienta były m.in. rury kanalizacyjne i wodne z tworzyw

sztucznych o różnych średnicach. Szkoła polegała na tym, że sprzedane rury zostały wykorzystane do realizacji kontraktu (polegającego na budowie rurociągu podziemnego) i dopiero po montażu i zasypaniu wykopów okazało się, że rury pękają pod obciążeniem ziemi. W formularzu oceny ryzyka wszystko wyglądało dobrze. Maszyny uznanego producenta, kontrola jakości, znakowanie wyrobów, certyfikaty jakości. Podczas wizyty okazało się, że maszyna uznanego producenta jest tylko jedna i to w podeszłym już wieku, reszta jest produkcji nieznannej azjatyckiej marki. Kontrola jakości polegała na pomiarze temperatury, ale system ten był zależny od postawionego obok maszyny komputera, który czasami się zawieszał. Podczas feralnej partii produkcyjnej doszło do tzw. termicznej degradacji polimerów – tworzywo zostało przegrzane i utraciło swoją projektowaną wytrzymałość. Klient nie prowadził badań niszczących ani w inny sposób nie kontrolował fizycznych właściwości wyrobów wprowadzanych na rynek.

Kolejny przypadek to przykład firmy potencjalnie odpornej na szkody w zakresie wady produktu lub konieczności jego wycofania z rynku. Producent od strony formalnej (przesłane formularze) okazał się idealnym przykładem niskiego poziomu ryzyka w tym zakresie. Technicznie bez zarzutu, produkuje specjalistyczne części do silników spalinowych na rynek wtórny (części

zamiennie), które wykorzystywane są w warsztatach remontowych i naprawczych (głównie są to silniki lokomotyw spalinowych, ciężarówek, jednostek pływających). Dodatkowo każdy etap produkcji jest ewidencjonowany, sprawdzana jest każda pojedyncza sztuka w warunkach roboczych. Istny ideał. Podczas rozmowy padło pytanie o odsetek reklamacji, które okazały się być na niewielkim, jednak statystycznie istotnym poziomie. Reklamacje były odrzucane przez producenta z opisem, iż wynikają z nieprawidłowo wykonanego montażu części zamiennych (niezgodny z instrukcją obsługi). Kolejnym punktem uwagi były karty partii produkcyjnych, które wędrowały z wyrobami w koszach transportowych, a leżały sobie luźno wewnątrz pojemnika. Padło pytanie, co się stanie, kiedy ktoś omyłkowo lub specjalnie zamieniłby karty wyrobów.

Pierwsza sprawa wiązała się z zaleceniem weryfikacji tłumaczenia instrukcji montażu przez wyspecjalizowanego tłumacza. Ponieważ błędy montażu przytrafiały się tylko w wyspecjalizowanych zakładach naprawczych, trudno tłumaczyć je brakiem profesjonalizmu czy brakiem znajomości podstaw mechaniki. Biorąc pod uwagę sprzedaż wyrobów również na terenie USA i Kanady, może to w przyszłości doprowadzić do powstania roszczeń i konieczności zapewnienia pomocy prawnej oraz poniesienia kosztów w tym zakresie. Druga sprawa dotyczyła mocowania karty partii produkcyjnej w specjalnych uchwytach uniemożliwiających przypadkową zamianę dokumentów. Jak się okazało, zamiana kart produktu mogła doprowadzić do wysłania podobnych, ale różniących się parametrami technicznymi części, a w konsekwencji spowodować szkodę w mieniu. Ponieważ kadra kierownicza była wysoce zainteresowana jakością i jej poprawą, szybko doszliśmy do porozumienia w kwestii sugestii ubezpieczyciela.

Spotykałem się również z bliźniaczo wyglądającymi formularzami oceny ryzyka OC za produkt i wycofania produktu z rynku dla praktycznie bliźniaczych firm (producent kosmetyków kąpielowych, producent gotowych produktów spożywczych), a ocena ryzyka na miejscu wykazała kompletnie różne wyniki. Dlatego, podobnie jak w przypadku ubezpieczeń majątkowych, wizyta inżyniera oceny ryzyka może okazać się nieoceniona. Szczególnie należy brać pod uwagę fakt, iż rośnie świadomość klientów w zakresie występujących ryzyk, zwiększają się wymogi kontrahentów dla podwykonawców odnośnie do posiadanych polis ubezpieczenia OC i w końcu jako kraj produkujemy wyroby własne, sprzedając je na całym świecie, również na tak trudne pod tym względem rynki jak USA i Kanada.

Oczywiście praca inżynierów oceny ryzyka służy nie tylko badaniu podejrzanych sytuacji u klienta, skutkiem czego nie są wznawiane jego polisy, ale przede wszystkim diagnozowaniu problemów i zwracaniu na nie uwagi. Należy podkreślić, że sugestie przekazywane są przede wszystkim klientowi i jego brokerowi. Skutek pracy inżynierów ma być taki, że zmniejsza się ryzyko, a ubezpieczyciel może je z pełną świadomością przyjąć, zaproponować korzystne warunki i nawet po szkodzie – na wypadek której przecież każdy się ubezpiecza – kontynuować współpracę.

Jestem przekonany, że rynek ubezpieczeniowy sprostą oczekiwaniom klientów korporacyjnych, a techniczna ocena ryzyka w zakresie OC pozwoli na ujednolicenie standardów i stosowanych kryteriów oceny, tak jak ma to już miejsce w zakresie ubezpieczeń majątkowych. □

Przykłady z zagranicy

Bazowanie na opinii o kliencie bywa zgubne. Tak było w przypadku Toyoty i głośnej afery z 2010 r. dotyczącej wadliwie działającego pedału gazu. Z doniesień prasowych dowiadujemy się, że producent prawdopodobnie wiedział o problemie już kilka lat wcześniej. Wada poważna, zagrażająca życiu i zdrowiu użytkowników oraz osób postronnych. Producent cieszący się dobrą opinią, ale – jak widać – to nie wystarczy. W konsekwencji bardzo wysokie koszty wycofania produktu, naprawy, medialne itd.

Dla równowagi można przytoczyć przykład innej firmy z rynku amerykańskiego. Producent naręcznych opasek pomiarowych, zegarków elektronicznych i pulsometrów działający na rynku od 2007 r. wycofał pewne modele swoich urządzeń po stwierdzeniu, że urządzenie spowodowało poważne podrażnienie skóry u niektórych użytkowników. Swoje stanowisko argumentował następująco: Choć tylko niewielki odsetek użytkowników zgłosił jakiegokolwiek problem, dbamy o każdego z naszych klientów (...) i jesteśmy w trakcie przeprowadzania dobrowolnego wycofania z powodu daleko idących środków ostrożności. Oferujemy również zwrot pieniędzy bezpośrednio konsumentom za pełną cenę detaliczną.

Powyższe nie jest próbą wykazania, że wizyta inżyniera wniosłaby coś do polityki jakości czy zachowania wyższej kadry kierowniczej w tych przypadkach. Pokazuje jednak, że poleganie na opinii o firmie, marce rynkowej może okazać się wejściem w ślepą uliczkę.

Rozszerzona OC za produkt – diabeł tkwi w szczegółach

Klauzule rozszerzonej OC za produkt wprowadzili na polskim rynku ubezpieczyciele wywodzący się z rynku niemieckiego, czyli pomysłodawcy nowego zakresu ochrony. Nie od razu zrozumieliśmy, co te rozszerzenia znaczą i kiedy *de facto* można je stosować. – SYLWIA KOZŁOWSKA



Sylwia Kozłowska

jest dyrektorem Działu Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej w Willis Towers Watson.

W ubezpieczeniach od 25 lat.

Moją dzisiejszą zawodową fascynację ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej zaczęłam od trudnej tematyki OC za produkt. Była mniej więcej połowa lat 90., kiedy pisałam swoją pracę licencjacką. Diabeł mnie podkusił i wzięłam byka za rogi, wybierając sobie za jej temat właśnie OC za produkt. Pamiętam jak dziś zbieranie na te potrzeby ogólnych warunków ubezpieczenia różnych ubezpieczycieli. W tamtym czasie nie było to takie oczywiste i ogólnodostępne. Szukając warunków ówczesnego AIG, trafiłam do zaprzyjaźnionego brokera (dziś już nieistniejącego) Alexander & Alexander. Jako młody pracownik ubezpieczyciela byłam zszokowana ich odmiennością w stosunku do pozostałych graczy. Już wtedy pomyślałam, jakie to OC za produkt musi być trudne i tajemnicze, że przeciętny zjadacz chleba (nawet taki jak ja, któremu wtedy wydawało się, że ma więcej niż podstawy wiedzy merytorycznej) nie rozumie, co ubezpieczyciel miał na myśli, formułując pewne zapisy. Doprawdy nie wiem, czy dziś, po ponad 20 latach, miałabym odwagę, by taką tezę wygłosić.

NIEMIECKIE KORZENIE, POLSKIE ROZWIĄZANIA

Lata płynęły i na mojej drodze pojawiło się nowe odkrycie, również związane z OC za produkt, lecz tym razem dotyczące aspektów dziś określanych mianem rozszerzonej odpowiedzialności cywilnej za produkt. I znów wylano mi kubek zimnej wody na głowę, kiedy odkrywałam to ubezpieczenie. Moja pewność siebie, że o OC za produkt wiem co nieco, znów legła w gruzach. To był ten sam okres, kiedy zaczęto się posługiwać pojęciem triggera czy też czystych strat finansowych. Nie był to oczywiście wymysł czy też kreatywność lokalnych ubezpieczycieli. Otrzymaliśmy know-how z rynków reasekuracyjnych. Pomysłodawcą tych rozszerzeń był rynek niemiecki. Odmiennie jednak od polskich standardów, to cały rynek niemieckich ubezpieczycieli i specjalistów skupiał się na wypracowaniu wspólnych zapisów umownych. Były lata 70., części dzisiejszych polskich brokerów i underwriterów nie było jeszcze na świecie. Lata te wydają się odległe, ale wbrew pozorom to nie było tak dawno temu. W myśl odwiecznego pytania, co było pierwsze – jasko czy kura – ten ukłon rynku ubezpieczeniowego w stronę klienta

wynikał ze statystyk szkodowych w obszarze wadliwości produktu, które nie mieściły się w standardowym zakresie. Późniejsze orzecznictwo sądów niemieckich zmieniło nieco treść zakresu ochrony, która – jak sądzę – od ok. kilkunastu lat pozostaje w niezmienionym kształcie. Mówię tu oczywiście o standardowym brzmieniu zakresu ochrony. Wynika to również z faktu, że rynek niemiecki dużo większą liczbę szkód „przepracował” w sądach, stąd z kolei wynika ugruntowane rozumienie poszczególnych zapisów umownych tego rozszerzenia. W przeciwieństwie do naszych niektórych rodzimych ubezpieczycieli – świadczy o tym treść klauzul: na pozór podobna, ale po analizie różna. Te rozszerzenia nie trafiły do polskich OWU od razu. Klauzule te wprowadzili na polskim rynku ubezpieczyciele wywodzący się z rynku niemieckiego, czyli pomysłodawcy nowego zakresu ochrony. Pierwszym był, zdaje się, Gerling. Nie od razu zrozumieliśmy, co te rozszerzenia znaczą i kiedy *de facto* można je stosować. Dziś polski rynek wypracowuje własną interpretację klauzul, bazując na rodzimych szkodach. Nie ma ich dużo, choć ich liczba systematycznie rośnie, również za sprawą wzrostu świadomości, kiedy i w jakich okolicznościach można je stosować. Dowodem na spopularyzowanie tej części ochrony produktowej jest fakt, iż w **każdyh ogólnych warunkach odpowiedzialności cywilnej znajdziemy co najmniej dwa lub więcej rodzajów klauzul z kategorii rozszerzonej OC za produkt.**

Przyjrzyjmy się zatem, czym są te klauzule i jakiej ochrony przez ich włączenie ubezpieczony może oczekiwać.

OWU ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej wprowadzają trzy definicje szkód: osobową, rzeczową oraz czystą stratę finansową (czystą szkodę majątkową). **Standardowa odpowiedzialność cywilna za produkt pokrywa jedynie szkody osobowe i rzeczowe.** Z kolei typowa klauzula czystych strat finansowych wyłącza szkody wynikające z odpowiedzialności za produkt. To jednak nie wszystko. Przy analizie szkód spowodowanych wadliwością produktu należy skoncentrować lekturę OWU na wyłączeniach fakultatywnych, czyli takich, których treść możemy zastąpić klauzulą dodatkową rozszerzającą zakres ochrony dla OC za produkt.

Właśnie klauzule dotyczące wadliwości produktu mieszczą się w kategorii tak zwanej rozszerzonej odpowiedzialności za produkt. Standardowo zaliczamy do nich kilka rozszerzeń zakresu ochrony.

Nie wszyscy ubezpieczyciele oferują pełen pakiet rozszerzeń. Niektórzy oferują jedynie pierwsze dwie lub trzy klauzule w ramach jednej, często z węższym zakresem ochrony.

FAKTY I MITY

Powszechnie na rynku funkcjonuje przekonanie, że w ramach rozszerzonej odpowiedzialności za produkt uzyskujemy rozszerzenie na czyste straty finansowe. Otóż nie bardziej mylnego. Rynek w swoim podejściu jest podzielony. Część ubezpieczycieli traktuje klauzule rozszerzonej OC za produkt jako rozszerzenie o czyste straty finansowe, i tych jest raczej mniejszość. Pozostali idą dalej, czyli wężej. Zakres swój określają jako włączenie do ochrony szkód poniesionych przez producenta finalnego z powodu wadliwości produktów dostarczonych przez ubezpieczonego. Innymi słowy, włączają szkody w produkcie finalnym, co *de facto* należy rozumieć jako rozszerzenie o szkody rzeczowe. W konsekwencji dopiero poprzez włączenie takiej klauzuli uzyskujemy realną ochronę dla szkód rzeczowych wyrządzonych wadliwością produktu. Innymi słowy – **bez przedmiotowego rozszerzenia podstawowy zakres OC za produkt nie objąłby szkód wyrządzonych producentowi finalnemu**. Czy zatem o tym myśleliśmy, mówiąc o rozszerzonej OC za produkt? Wątpię. Tu dopiero wyrównujemy poprzeczkę dla podstawowego zakresu ochrony.

Rozszerzona odpowiedzialność za produkt jest niewątpliwie pochodną odpowiedzialności umownej pomiędzy producentem a jego odbiorcą, na co nakłada się odpowiedzialność z tytułu rękojmi w zakresie naprawy, wymiany czy też obniżenia ceny. Niektórzy przypisują temu rozszerzeniu znamiona hazardu moralnego czy też ryzyka biznesowego, gdyż dotyczą one partnera handlowego i oparte są na relacjach, na których ubezpieczonemu niewątpliwie zależy. Przejawem takiego podejścia ubezpieczycieli jest pokrycie szkód lub kosztów poniesionych przez osobę trzecią – pod tym pojęciem mieści się również producent finalny. Stąd też ubezpieczyciele niechętnie oferują ochronę dla kosztów własnych ubezpieczonego, upatrując w takim rozszerzeniu realizację wspomnianego hazardu moralnego. I tu po raz pierwszy rzeczywistość może rozminąć się z zapisami umowy ubezpieczenia. Dotyczy to w szczególności przypadków, kiedy produkt ma charakter indywidualny, a nie masowy. Relacja producent – odbiorca jest wówczas na tyle silna, że naturalną kolejną rzeczą jest wezwanie producenta czy też sprzedawcy do podjęcia działań przewidzianych w ramach rękojmi. Trudno jest w takich okolicznościach nakazać odbiorcy ponieść koszty (choćby za usunięcie wady) i dopiero po ich poniesieniu wnioskować o ich zwrot. Pytanie, co w takich okolicznościach zrobi ubezpieczyciel.

Uwzględniwszy powyższe, należałoby oczekiwać potwierdzenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z rękojmi. W szczególności jest to ważne z uwagi na klasyczne wyłączenie tego rodzaju odpowiedzialności w ramach tzw. wyłączeń bezwzględnie obowiązujących, tzn. uznawanych za nieusuwalne. Tu rynek znów jest podzielony. Jedni ubezpieczyciele wprost

Kilka faktów i pojęć:

- Pod pojęciem produktu rozumie się rzecz ruchomą, chociażby została połączona z inną rzeczą (tu najczęściej ubezpieczyciele nie doprecyzowują, czy chodzi o inną rzecz ruchomą czy nieruchomości, stąd należy przyjąć cywilistyczne podejście obejmujące oba rodzaje rzeczy, choć niektóre definicje ściśle zawężają zakres tylko do rzeczy ruchomej, wyłączając spod tej definicji nieruchomości);
- Niektóre definicje produktu doprecyzowują, że dotyczą produktów wytworzonych, sprzedanych, dostarczonych, dystrybuowanych lub przetwarzanych przez ubezpieczonego, co oznacza, że zakres ten nie jest wyłącznie tożsamy z ochroną dla producenta;
- OC za produkt jest najczęściej traktowane jako podstawowy zakres ochrony – tylko w nielicznych przypadkach włącza się rozszerzenie dodatkową klauzulą, co podkreśla jej masowy charakter i zastosowanie. Zakres ten może być również oferowany w formie samoistnej ochrony;
- Konstrukcja OWU pozwala na włączanie klauzul rozszerzonego OC za produkt bez samej ochrony dla OC za produkt, choć najczęściej oba te rozszerzenia idą w parze, w szczególności w warunkach, w których OC za produkt stanowi podstawowy zakres ochrony;
- Niektóre OWU wprowadzają pojęcie producenta finalnego, przez którego rozumieją osobę/podmiot wykorzystujący produkt pochodzący od ubezpieczonego;
- W momencie powstania wypadku ubezpieczeniowego produkt nie może się znajdować w posiadaniu ubezpieczonego;
- Część kosztów obejmowanych poprzez rozszerzoną OC za produkt mieści się w odpowiedzialności z rękojmi lub gwarancji;
- Wyłączenie szkody w produkcie – niezależnie od tego, czy mówimy tylko o OC za produkt czy też o rozszerzonej OC za produkt – pozostaje w mocy.

wprowadzają zapis znoszący wyłączenie z rękojmi za wady w zakresie, w jakim ochrony udzielają na mocy klauzuli rozszerzonego OC za produkt. Inni stosują zapis: *z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU* (...). Wydawałoby się, że ta druga koncepcja, mimo że mniej precyzyjna, jest nadal bezpieczna, gdyż klauzula rozszerzonej OC za produkt niewątpliwie zmienia postanowienia OWU w części dotyczącej wyłączenia odpowiedzialności z tytułu rękojmi. Tak można by sądzić do momentu, kiedy (a zdarzyło się tak w mojej praktyce brokerskiej) ubezpieczyciel zaczyna twierdzić, jakoby wyłączenie w pełni pozostawało w mocy, pomimo postanowień klauzuli rozszerzającej. Takie podejście utwierdza mnie tylko w przekonaniu, iż nie wszyscy underwriterzy rozumieją, co *de facto* ubezpieczają. Wprowadzenie przez nich do swoich OWU klauzul rozszerzonej OC za produkt traktuję jako swoisty owczy pęd, czyli potrzebę posiadania tego, co mają inni, ale bez specjalnego zrozumienia, po co to robię. Częściowo za taki stan rzeczy winię również brokerów czy też agentów, włączających do polis różne klauzule dodatkowe, bez głębszego zastanowienia, czy i kiedy, o ile w ogóle, będą potrzebne. Wprowadzają je na wszelki wypadek. W konsekwencji klient nie jest świadom znaczenia zapisów swojej umowy, co w prosty sposób prowadzi do nieporozumień w trakcie likwidacji szkody.

SZKODY ORAZ KOSZTY NAZWANE

Wróćmy jednak do treści klauzul. W przeciwieństwie do tradycyjnego podejścia stosowanego w OWU, kiedy to zakres ochrony oparty jest o formułę *all risks*, zakres ochrony dla rozszerzonej OC za produkt to koncept ryzyk nazwanych, a precyzyjniej – szkód i kosztów nazwanych. Ochrona ograniczona jest tylko do ściśle określonych kategorii kosztów wymienionych w poszczególnych klauzulach. Podobnie jak przy podstawowym zakresie OC za produkt, sam produkt pozostaje poza ochroną. Ubezpieczyciel pokrywa jedynie koszty na podjęcie działań związanych z wadliwym produktem. Przykładowo dotyczące usunięcia wadliwego produktu i montażu produktu niewadliwego.

Każda z klauzul posiada odrębny katalog objętych kosztów, pozornie podobny – jednak różny. Przede wszystkim **klauzule dostępne na rynku różni stopień szczegółowości**. Jedni koszty opisują w sposób bardziej ogólny, określając je na przykład jako koszty na wyprodukowanie produktu finalnego, który nie może być zbyty, podczas gdy w klauzuli innego ubezpieczyciela znajdziemy zapisy mówiące o pokryciu sortowania czy też utylizacji. Analizę, jakie koszty będą niezbędne do objęcia ochroną, należy przeprowadzić w odniesieniu do każdego produktu odrębnie, gdyż nie we wszystkich okolicznościach te same koszty będą ważne. I tak w produkcji jednostkowej sens ochrony dla kosztów sortowania jest inny niżeli w produkcji masowej. Również fakt objęcia ochroną uszczerbku majątkowego ze względu na niemożność zbycia bądź konieczność obniżenia ceny produktu finalnego, którym będzie użytkowana przez odbiorcę linia technologiczna, gdzie zamontowano wadliwy pas transmisyjny, nie będzie miał praktycznego znaczenia, gdyż poszkodowany odbiorca nie zamierza produktu finalnego sprzedawać.

Stąd każdorazowo potrzebna jest analiza treści klauzuli i wymienionych w niej kosztów pod kątem każdego produktu odrębnie.

Rozszerzenia zakresu ochrony:

- *Szkody spowodowane przez dalsze przetwarzanie i obróbkę,*
- *Szkody wyrządzone przez połączenie i zmieszanie,*
- *Koszty usunięcia i zastąpienia (montażu – demontażu),*
- *Szkody wyrządzone przez wadę etykiety, opakowań i kodu kreskowego,*
- *Szkody spowodowane wadliwością maszyn.*

Czasem warto sprawdzić, czy klauzula pokryje również koszty alternatywne, gdy usunięcie wady nie jest możliwe lub jest ekonomicznie nieuzasadnione. Przy pokryciu tego rodzaju kosztów możemy spotkać się z zasadą proporcji, zgodnie z którą ubezpieczyciel pokryje koszty w takim stosunku, jaki wynika z zapłaty za dostarczony produkt do ceny sprzedaży. Dlaczego ubezpieczyciele stosują taki zapis? Otóż ma on za zadanie wyłączyć ryzyko biznesowe dostawcy. Jest to odpowiednik wyłączenia szkody w produkcie przy ponownych kosztach produkcji produktu finalnego. Jest to też przejaw obaw ubezpieczycieli, by nie obejmować ochroną ryzyka hazardu moralnego, biznesowego. Ma to jednak sens, gdyż bez takiego zapisu ubezpieczyciel pokrywałby w scenariuszu działań alternatywnych 100% kosztów, podczas gdy w scenariuszu pokrycia kosztów ponownej produkcji produktu finalnego godzimy się na ograniczenie ochrony poprzez wyłączenie ceny samego ubezpieczonego produktu.

KWESTIA TRIGGERA

Podczas włączania do zakresu ochrony klauzul rozszerzonej OC za produkt należy zwrócić uwagę na kwestię triggera. Podejścia są dwa: precyzyjne i milczące. Przy precyzyjnym podejściu w treści klauzuli znajdziemy zapis wprost mówiący o tym, co jest triggerem tej klauzuli. Warto wspomnieć, iż trigger będzie różnił się od podstawowego triggera polisy. Będzie nim przykładowo moment połączenia, zmieszania, moment dalszej obróbki czy też montażu/demontażu. Gorzej, gdy będziemy mieli do czynienia z podejściem milczącym, czyli takim, kiedy w treści klauzuli nie znajdziemy jednoznacznego zapisu na temat triggera. Oznaczać to będzie, że zastosowanie powinien mieć wtedy generalny trigger zastosowany w OWU, czyli szkoda lub zdarzenie powodujące szkodę. Jednakże z perspektywy likwidacji szkody widzę trudność w jego zastosowaniu, w szczególności gdy proces jest rozłożony w czasie. Problemem może być zastosowanie klauzuli seryjnej. Warto w takiej sytuacji dopytać underwritera o ten aspekt i nie zostawiać go do momentu, kiedy sięgniemy po polisę w procesie likwidacji szkody.

Ważne jest, by przy zawieraniu polisy z zastosowaniem klauzul rozszerzonej OC za produkt odpowiedzieć sobie na pytanie, dla których produktów te klauzule będą miały zastosowanie. Czy istotna jest dla nas data początkowa wprowadzana w treści części klauzuli? Czy w ogóle takowa obowiązuje? Jak zapisy te będą korelować z treścią poprzedniej polisy. A to wszystko oczywiście w powiązaniu z triggerem polisy. ▢

Trigger w ubezpieczeniu rozszerzonej OC za produkt

Problematyka ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OC, a w rozszerzonej OC za produkt zwłaszcza, jest często zanedbywana lub całkowicie pomijana. Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że na polskim rynku nie ma dwóch takich samych OWU OC, a zatem każdy ubezpieczyciel oferuje inny zakres pokrycia – różnice mogą być mniej lub bardziej istotne, zależnie od specyfiki działalności ubezpieczonego. – **MARCIN GOŁĄB**



Marcin Gołąb

jest zastępcą dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej w Generali. W ubezpieczeniach od 15 lat.

Ubezpieczenie tzw. rozszerzonej OC za produkt na stałe weszło do kanonu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorstw. Wytwórcy surowców, półproduktów, części czy opakowań doceniają zalety pokrycia dostosowanego do szkód, jakie mogą powstać w wieloetapowym łańcuchu produkcji. Skutkuje to rosnącym zapotrzebowaniem klientów oraz ich brokerów, zarówno jeśli chodzi o zakres ochrony ubezpieczeniowej, jak i sumy ubezpieczenia czy sublimity. Coraz pojemniejsze umowy reasekuracyjne pozwalają ubezpieczycielom skutecznie sprostać popytowi, a dodatkowo – w czasie miękkiego rynku – robić to po bardzo korzystnej (prze)cenie.

Nierzadko zawarcie umowy z konkretnym ubezpieczycielem zależy od wysokości sublimity (najlepiej przy jednoczesnej „niskości” składki), jaki może on zaoferować właśnie dla rozszerzonej OC za produkt. Klienci, których przed 5–10 laty satysfakcjonował poziom 0,5–1 mln zł, aktualnie ubezpieczają się na 2, 5, a nawet 10 i więcej mln zł. Jeżeli ich dotychczasowy ubezpieczyciel jest w stanie sprostać szybko rosnącym wymaganiom, może liczyć na dalszą współpracę; jeżeli nie, jego miejsce zajmuje inny, z większymi możliwościami.

Przeniesienie polisy OC do nowego ubezpieczyciela lub jedynie zmiana wysokości limitu, powinny zawsze odbywać się w trosce o zapewnienie klientowi ciągłości i adekwatności ochrony ubezpieczeniowej. Ani broker, ani ubezpieczyciel nie powinni dopuścić do sytuacji, w której klient, mimo corocznego opłacania polisy OC, w przypadku szkody pozostaje bez ochrony. Niestety, bez zwrócenia szczególnej uwagi na trigger, taki smutny scenariusz może się zdarzyć. Z naszych wieloletnich doświadczeń wynika, że problematyka ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OC, a w rozszerzonej OC za produkt zwłaszcza, jest często zanedbywana lub całkowicie pomijana. Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że na polskim rynku nie ma dwóch takich samych OWU OC, a zatem każdy ubezpieczyciel oferuje inny zakres pokrycia – różnice mogą być mniej lub bardziej istotne, zależnie od specyfiki działalności ubezpieczonego. Jak zatem bezpiecznie ulokować klienta, zapewniając mu zarówno ciągłość ochrony, jak i najlepszy dostępny zakres pokrycia?

ROZSZERZONA OC ZA PRODUKT – ISTOTNY ELEMENT PROGRAMU OC DLA PRODUCENTÓW

Ubezpieczenie rozszerzonej OC za produkt (UROCzP) powstało w Niemczech pod koniec lat 70. jako kompromis pomiędzy oczekiwaniami przemysłu (producenci surowców, półproduktów, części) a apetytem na ryzyko po stronie ubezpieczycieli. Naczelną ideą twórców było dostosowanie pokrycia do scenariuszy szkodowych, jakie mogą zrealizować się w wieloetapowym łańcuchu produkcji wskutek wykorzystania wadliwego produktu (surowca, półproduktu, części) do wytworzenia innego wyrobu.

Obecnie niemiecki standard UROCzP składa się z 4 klauzul:

- połączenia i zmieszania,
- dalszej obróbki,
- usunięcia i zastąpienia,
- maszynowej.

Dla producentów specyficznych produktów, które nie wpasują się w terminologię i zakres ww. klauzul, dodatkowo oferuje się m.in.:

- klauzulę wad etykiet i opakowań,
- klauzulę pasz,
- klauzulę wad betonu.

Ponieważ w Niemczech – całkowicie odmiennie niż w Polsce – obowiązuje jeden standard OWU OC, oferta rynkowa (przynajmniej wyjściowo) jest jednolita. Co równie istotne, ubezpieczyciele w ten sam sposób interpretują zapisy „swoich” standardowych OWU. I tak: obowiązującym triggerem w ubezpieczeniu OC (w tym UROCzP) jest wystąpienie (w okresie ubezpieczenia) zdarzenia bezpośrednio powodującego szkodę, a szkody objęte ww. klauzulami uważa się za czyste szkody majątkowe (czyste straty finansowe).

Nasz rynek, pod wpływem kontynentalnych reasekuratorów oraz niemieckojęzycznych spółek matek, przyjął koncepcję UROCzP *made in Germany*, tyle że bez zachowania jednolitego brzmienia zapisów, a tym bardziej bez jednolitego ich zrozumienia i interpretacji. Nie ułatwia to klientom i pośrednikom wskazania najlepszej oferty. A przecież jedno słowo różnicy między OWU ubezpieczycieli X i Y może mieć duże znaczenie

i przesądzić o istnieniu lub braku ochrony ubezpieczeniowej dla klienta. Przy większej szkodzie także o być albo nie być brokera czy ubezpieczyciela.

TRIGGER W UBEZPIECZENIU OC

Ubezpieczenie OC działalności oferowane na naszym rynku bazuje co do zasady na jednym z poniższych triggerów:

- ➔ powstania szkody,
- ➔ zdarzenia bezpośrednio powodującego szkodę.

Przykładowe zapisy z OWU OC lokalnych ubezpieczycieli

- a) Warunkiem odpowiedzialności TU jest powstanie w okresie ubezpieczenia objętej ubezpieczeniem szkody rzeczowej, osobowej, a w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, także czystej szkody majątkowej.
- b) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Wypadki Ubezpieczeniowe, które zasły w okresie ubezpieczenia. Wypadkiem Ubezpieczeniowym jest powstanie objętej ubezpieczeniem szkody Osoby Trzeciej.
- c) Umowa ubezpieczenia obejmuje szkody będące następstwem wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia. Za wypadek uważa się śmierć, doznanie rozstroju zdrowia, uszczerbek na zdrowiu, uszkodzenie lub zniszczenie mienia.
- d) Warunkiem odpowiedzialności TU jest zajście wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia. Wypadek ubezpieczeniowy – powstanie szkody.
- e) TU ubezpiecza odpowiedzialność cywilną za szkody osobowe i rzeczowe (...), jeżeli wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce w okresie ubezpieczenia. Wypadek ubezpieczeniowy – zdarzenie polegające na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy ruchomych lub nieruchomości, powodujące szkodę.
- f) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Wypadki Ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia. Wypadkiem Ubezpieczeniowym jest zajście zdarzenia bezpośrednio powodującego ubezpieczoną szkodę Osoby Trzeciej, za którą odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.

Warunkiem uruchomienia polisy jest zatem powstanie szkody lub wystąpienie zdarzenia bezpośrednio powodującego szkodę w okresie ubezpieczenia. Jak widać, ubezpieczyciele a)–e) udzielają ochrony dla **szkód powstałych**, zaś ubezpieczyciel f) dla **zdarzeń bezpośrednio powodujących szkodę, zaistniałych** w okresie ubezpieczenia. Warto zwrócić uwagę, do jakich szkód odnosi się definicja triggera. Mamy tutaj 3 warianty:

1. szkoda osobowa, szkoda rzeczowa i czysta szkoda majątkowa (a)
2. szkoda (b, d, f)
3. szkoda osobowa i rzeczowa (c, e).

Warianty 1 i 2 nie budzą wątpliwości, ponieważ dotyczą w zasadzie wszystkich kategorii szkód. Natomiast wariant 3 jest zdecydowanie mniej korzystny, ponieważ nie uwzględnia czystych szkód majątkowych (czystych strat finansowych).

Zastanówmy się, jakie konsekwencje dla ochrony w ramach UROCzP ma trigger.

TRIGGER I CIĄGŁOŚĆ OCHRONY W UROCZP W PRAKTYCE

Przykład

Firma TX jest producentem wykładzin. W roku 2014 TX opracował i wprowadził do sprzedaży specjalistyczną wykładzinę do pomieszczeń biurowych.

W 2015 r. zrealizował dostawę wykładziny do dewelopera budującego obiekt biurowy. Prace wykończeniowe – w tym układanie wykładziny – odbywały się w 2016 r. Obiekt został oddany na początku 2017 r. Po 6 miesiącach użytkowania ujawniły się wady wykładziny, polegające na jej rozwarstwianiu się. Konieczna była wymiana w całym budynku. Prace trwały do końca 2017 r. Na początku 2018 r. deweloper wystąpił do TX o zwrot kosztów poniesionych na wymianę wadliwej wykładziny na nową. Kwota roszczenia: 950 000 zł.

Firma TX posiadała w latach 2013–2018 ubezpieczenie OC, w tym ROCzP (okres ubezpieczenia każdorazowo od 01.01. do 31.12.), przy czym:

- ➔ w roku 2013 sublimit na ROCzP wynosił 100 tys. zł
- ➔ w roku 2014 – 150 tys. zł
- ➔ w roku 2015 – 250 tys. zł
- ➔ w latach 2016–2017 – 500 tys. zł
- ➔ na rok 2018 – 1 mln zł

Zakładając, że przez cały okres 2013–2018 TX ubezpieczał się u tego samego ubezpieczyciela, która polisa obejmie powyższy scenariusz szkodowy, a tym samym – do jakiego sublimitu zostanie wypłacone odszkodowanie? Czy jeżeli z początkiem 2016 r. nastąpiła zmiana ubezpieczyciela, możliwe jest, że żadna z wykupionych przez TX polis w okresie 2013–2018 nie zadziała?

Odpowiedzi na powyższe pytania najlepiej szukać podczas negocjacji oferty, tak aby od początku wszystkie strony miały ten sam obraz tego, co i jak ubezpieczają. Niestety, często dyskusja ma miejsce dopiero na etapie zgłoszenia szkody bądź (o zgrozo!) odmowy wypłaty odszkodowania.

Spróbujmy na spokojnie poszukać właściwych odpowiedzi, zaczynając od ustalenia trzech zasadniczych kwestii:

1. z jaką szkodą mamy do czynienia – rzeczową, czystą majątkową?
2. jeżeli jest to czysta szkoda majątkowa – czy jest ona objęta ochroną?
3. w którym momencie doszło do powstania szkody lub wystąpienia zdarzenia bezpośrednio powodującego szkodę?

Ad 1.

U większości ubezpieczycieli klauzule UROCzP odnoszą się do strat, nakładów, kosztów i poniesionych wydatków oraz utraconych korzyści czy zmniejszenia przychodów poszkodowanego. Można zatem przyjąć, że chodzi o **czyste szkody majątkowe (czyste straty finansowe)**, co byłoby spójne z podejściem twórców ROCzP. Niektórzy ubezpieczyciele piszą wprost w klauzulach UROCzP, u pozostałych nie jest to specjalnie uregulowane, wobec czego pozostaje domniemanie. Z drugiej strony, gdyby uznać, że szkody wynikające z połączenia/zmieszania, dalszej obróbki, zainstalowania itd. są szkodami rzeczowymi, klauzule ROCzP okazałyby się zbędne, a w ich miejsce weszłoby standardowe OC za produkt.

Ad 2.

Jeżeli OWU (w definicji triggera) odnoszą się do wszystkich kategorii szkód (osobowe, rzeczowe i czyste majątkowe) lub wskazują ogólnie na pokrycie szkód, nie ma ryzyka braku pokrycia. Problem może pojawić się wówczas, gdy OWU odnoszą się tylko do szkód osobowych i rzeczowych (c oraz e powyżej). Wówczas konieczne jest potwierdzenie, że do UROCzP stosuje się postanowienia dotyczące szkód rzeczowych lub ochrona – mimo że definicja triggera na to nie wskazuje – obejmuje jednak czyste szkody majątkowe. Warto o tym pamiętać na etapie negocjowania umowy, a nie dopiero w sytuacji zgłoszenia szkody.

Ad 3.

Jeżeli wątpliwości ad 1. i ad 2. zostaną rozwiązane, do ustalenia pozostanie, w którym momencie powstała szkoda, ewentualnie wystąpiło zdarzenie bezpośrednio powodujące szkodę (czyli wypadek ubezpieczeniowy).

Stwierdzenie, kiedy doszło do zniszczenia lub uszkodzenia mienia (powstanie szkody rzeczowej), nie sprawia w praktyce większych trudności. Natomiast określenie, w którym momencie powstała szkoda majątkowa (lub doszło do zdarzenia bezpośrednio powodującego szkodę) w przypadku np. konieczności wymiany wadliwego produktu (wykładziny), jest znacznie trudniejsze. Czy za moment wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w naszym przykładzie należy uznać:

- I** opracowanie i wprowadzenie wadliwego produktu do obrotu – rok i polisa 2014?
- II** dostarczenie wadliwego produktu deweloperowi – rok i polisa 2015?
- III** zastosowanie wadliwego produktu (położenie wykładziny) – rok i polisa 2016?
- IV** ujawnienie się wady produktu (stwierdzenie rozwarstwiania się wykładziny) – rok i polisa 2017?
- V** wymianę wadliwego produktu (usunięcie wykładziny i położenie nowej) – rok i polisa 2017?
- VI** ustalenie finalnej wysokości kosztów (ukończenie wymiany wykładziny) – rok i polisa 2017 lub 2018?
- VII** roszczenie poszkodowanego o zwrot kosztów wymiany (przesłanie stosownego pisma/faktury do producenta wadliwej wykładziny) – rok i polisa 2018?

Z punktu widzenia naszego producenta wykładzin najkorzystniejszy byłby oczywiście moment VI lub VII, bo wówczas cieszyliby się z najwyższych sublimitów w swojej polisie. Ale czy faktycznie można przyjąć i obronić stanowisko, że ustalenie finalnej wysokości kosztów bądź zgłoszenie roszczenia przez poszkodowanego jest momentem powstania szkody (ewentualnie momentem wystąpienia zdarzenia powodującego szkodę)? Wydaje się, że nie i że szkoda powstała wcześniej. Pozostaje zatem któryś z momentów, a tym samym któraś z polis aktywnych w latach 2014–2017. Argumentów dla każdej z opcji I–V będzie niewątpliwie więcej, niemniej nadal będzie można z nimi polemizować. Niektórzy ubezpieczyciele (choć nie jest ich tak dużo) zauważyli już tę niecisłość i aby uniknąć sporów interpretacyjnych, zapisali jasno i precyzyjnie w swoich OWU, jaki trigger obowiązuje dla UROCzP, np.:

- *przez wypadek ubezpieczeniowy rozumie się zdarzenie polegające na dokonaniu zamontowania, umocowania lub położenia wadliwych produktów, z zastrzeżeniem odpowiedniego stosowania pozostałych postanowień OWU dotyczących wypadku ubezpieczeniowego,*
- *w przypadku szkód objętych niniejszą klauzulą [usunięcia i zastąpienia] za chwilę powstania szkody uznaje się moment zamontowania po raz pierwszy wadliwego Produktu Ubezpieczeniowego,*
- *przyjmuje się, że czysta szkoda majątkowa powstała w momencie (...) zamontowania, umocowania lub położenia wadliwego produktu.*

Powyższe zapisy rozwiewają wątpliwości, w którym momencie powstaje szkoda objęta UROCzP – w naszym przykładzie będzie to rok 2016, w którym wadliwa wykładzina była układana w budynku. W konsekwencji ochrona ubezpieczeniowa udzielana będzie z polisy zawartej na rok 2016, do wysokości sublimitu 500 tys. zł.

Co jednak mogłoby się stać, gdyby w 2016 r. nastąpiła zmiana ubezpieczyciela, który w swoich OWU nie precyzuje, w którym momencie dochodzi do szkody objętej UROCzP? Mógłby on argumentować – analogicznie jak robiono to przed laty w standardowym ubezpieczeniu OC za produkt – że momentem powstania szkody było wprowadzenie wadliwego produktu do obrotu. Wówczas nasz producent, mimo że od 2013 r. regularnie wznawiał swoją polisę OC, pozostałby bez ochrony, ponieważ:

- ubezpieczyciel z lat 2013–2015 odmówiłby ochrony, powołując się na zapisy triggera w swoich OWU (moment ułożenia wadliwej wykładziny – rok 2016, a więc po zmianie ubezpieczyciela),
- ubezpieczyciel z lat 2016–2018 odmówiłby ochrony, twierdząc, że do powstania szkody doszło w roku 2015 lub nawet 2014 (moment wprowadzenia produktu do obrotu).

W ostateczności zapewne sąd rozstrzygnąłby, czy ubezpieczyciel 2016–2018 może w taki sposób interpretować swój trigger (powstanie szkody w okresie ubezpieczenia). Doprowadzenie do sprawy sądowej byłoby niewątpliwie porażką zarówno brokera plasującego „sporne” ubezpieczenie, jak i ubezpieczyciela, który taką ochronę zaproponował.

Jak ustrzec się tej oczywistej wpadki? Oczywiście wybierać dopracowane i precyzyjne OWU, ewentualnie potwierdzać z ubezpieczycielem, jaki stosuje trigger w UROCzP. Przy zmianie ubezpieczyciela zadbać o stosowne zapisy (o ile będą konieczne) i w ten sposób zapewnić ciągłość ochrony. Po takich zabiegach nikt nie powinien już wątpić, do której polisy ma „trafić” szkoda. Na koniec wróćmy jeszcze do rynku niemieckiego, skąd pochodzi koncepcja UROCzP. Jak już wspomniano, obowiązującym triggerem w ubezpieczeniu OC (także UROCzP) jest tam zdarzenie bezpośrednio powodujące szkodę, do którego oczywiście musi dojść w okresie ubezpieczenia. W kontekście UROCzP uznaje się, że tym zdarzeniem jest połączenie, zmieszanie, przetworzenie, położenie wadliwego produktu itp. Argumentuje się, że bez zastosowania wadliwego produktu nie doszłoby do szkody, czyli powstania kosztów, strat czy nakładów u poszkodowanego. Dochodzi do tego wymierna korzyść praktyczna, że moment zastosowania wadliwego produktu jest stosunkowo łatwy do ustalenia w czasie.

TRZEBA DOCIEKAĆ

UROCzP niewątpliwie zyskuje na znaczeniu. *Każdy szanujący się wytwórca dostarczający swoje produkty do innych producentów nie zastanawia się już, czy potrzebuje tego pokrycia, ale czy limit dla UROCzP w jego polisie OC jest wystarczający.* Chęć zapewnienia sobie jak najlepszej ochrony wzmacnia presję klientów i pośredników na ubezpieczycieli, aby ci modyfikowali swoje klauzule UROCzP.

Wzrost udziału tego ryzyka w portfelach ubezpieczycieli ma rosnący wpływ na ich rentowność. Szkody z UROCzP stają się coraz częstsze i większe. Należy oczekiwać nasilenia się tego zjawiska.

Ponieważ rynek polski nie doczekał się jeszcze jednolitego standardu ogólnych warunków ubezpieczenia OC, zakres pokrycia oraz interpretację niejasnych zapisów warto wyjaśniać z każdym ubezpieczycielem. Tylko w ten sposób uda się wybrać najkorzystniejszą dla klienta ofertę, a także uchronić go od ryzyka braku ciągłości ochrony. Mam nadzieję, że udało mi się przekonać Czytelnika, że UROCzP niesie ze sobą pułapki, nie tylko wynikające z zakresu pokrycia (rodzaju objętych kosztów czy strat), i że warto na nie zwracać uwagę. A także, że dałem przydatne wskazówki, jak – przynajmniej częściowo – ich unikać. □

Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy

W ubezpieczeniach OC mamy przynajmniej dwie perspektywy patrzenia na ryzyko odpowiedzialności cywilnej – klienta i ubezpieczyciela. Co zrobić, aby ryzyko, które widzi ubezpieczyciel, stało się również ryzykiem dostrzeganym i przenoszonym w ramach ubezpieczenia przez klienta na ubezpieczyciela? Jeśli nie znajdziemy wspólnej perspektywy, będziemy mogli wciąż tylko parafrazować stare jak sport powiedzenie: *Bramka jest wtedy, kiedy sędzia powie, że jest bramka...* – KAMIL BARA



Kamil Bara

jest dyrektorem Biura Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej w Ergo Hestii.

W ubezpieczeniach od 17 lat.

Wyzwanie, przed którym stoi polski rynek ubezpieczeń OC, odzwierciedlają liczby: udział ubezpieczeń OC innych niż komunikacyjne w ubezpieczeniach majątkowych w Polsce to 5,5%, a w Unii Europejskiej już 10%. Dlaczego? Odpowiedzi jest sporo: od wciąż niskiej świadomości prawnej społeczeństwa, zapóźnienia gospodarczego, niskiego poziomu „wolnych” budżetów, aby finansować coś więcej niż bezpośredni koszt wytworzenia usługi czy produktu. Postawiłbym jednak tezę, że źródło jest bardziej prozaiczne, co wcale nie znaczy, że problem jest łatwy do skorygowania. Na bazie wielu rozmów z przedsiębiorcami uważam, że oni świetnie rozumieją swoją odpowiedzialność cywilną. Tyle że inaczej niż ubezpieczyciele. I nie są to definicje przeciwstawne, one są tylko rozdzielne. To, co ubezpieczyciele chcą ubezpieczać, niekoniecznie w świadomości klienta jest problemem, który do ubezpieczenia należałoby przenieść. To, co widzą jako problem przedsiębiorcy, niekoniecznie jest tym, co gotowi są wziąć na siebie ubezpieczyciele.

DWA SPOJRZENIA

Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy to z jego perspektywy odpowiedzialność za dotrzymanie terminów, dostarczenie towaru, poprawne wykonanie usługi, płatność za towar. Ponadto odpowiedzialność za dopełnienie zobowiązań gwarancyjnych, wypełnienie obowiązków wynikających z rękojmi.

Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy z perspektywy ubezpieczyciela to możliwa szkoda w dobrach osób trzecich, która powstała wskutek aktywności lub jej braku tam, gdzie była wymagana. Jaka szkoda? A taka, jak ją ubezpieczyciel zdefiniuje. Samych definicji bogactwo, ale idea wspólna: ubezpieczyciel chętnie sfinansuje uszczerbek poniesiony przez poszkodowanego, któremu ubezpieczony uszkodził jego mienie lub pokrzywdził, powodując uszczerbek na zdrowiu, czy też nawet naprawi – dające się oddać w wymiarze finansowym – konsekwencje śmierci. Do tego dołoży wolę zapłacenia czystych strat finansowych. Innymi słowy – jeśli to, co się stało, to nie szkoda w rzeczach, jeśli nie szkoda na osobie, to jest to właśnie czysta strata. Proste. Wrócemy więc do perspektywy przedsiębiorcy, który jak najbardziej to wszystko rozumie – jest przecież stratą jego klienta, gdy mu na czas nie wykona usługi, jest przecież stratą jego kontrahenta, gdy mu nie zdoła zapłacić. I tu powstaje pierwsza bariera na styku przedsiębiorca – ubezpieczyciel. Mówimy o OC, ale każdy o innym...

I tak oto mamy dwa zbiory OC. Jeden powstały na gruncie ubezpieczeń i drugi powstały na gruncie intuicji przedsiębiorcy – oba oparte

prawem. W zbiorze pierwszym – pod hasłem „odpowiedzialność cywilna” przedsiębiorca rozważa to, co odczuwa jako problem na co dzień, który być może da się wytransferować na zewnątrz. W zbiorze drugim mówimy o tym, co spełnia się co do zasady nieczęsto, jest wynikiem błędu, odchylenia od normy, ale jednocześnie przynosi skutek negatywny w postaci strat opisanych np. w Kodeksie cywilnym jako czyny niedozwolone (art. 415 k.c. i nast.) czy skutki niewykonania zobowiązań (art. 471 k.c. i nast.). Strat u innych niż nasz ubezpieczony.

PUNKTY WSPÓLNE

Abym w tym układzie odniesień znaleźć punkty wspólne, wszyscy muszą się intelektualnie natrudzić, a nierzadko poprosić o wsparcie prawników. Sytuacja wyjściowa nie jest prosta, bo mamy klienta widzącego swoje ryzyko głównie przez pryzmat niezrealizowania biznesowych (czyt. umownych) obietnic. Z drugiej strony mamy ubezpieczyciela widzącego ryzyko klienta przez pryzmat potencjału uszkodzeń cudzego mienia, ciała czy nawet tak ochoczo oferowanych czystych strat finansowych. Co ciekawe – i pierwszy ma rację, i drugi ma rację. Pierwszy wie, czego się „boi”, bo to w końcu jego biznes. Drugi wie, że tego strachu zdjąć z klienta nie może, bo nie jest rolą ubezpieczyciela bycie bezpośrednim gwarantem powodzenia w biznesie przedsiębiorcy. Wie za to, że rzeczywistość może go przyniesieć, gdy przyjdzie roszczenie, nie tyle o zapłatę zaległej faktury, ale za przestój zakładu, w którym tenże przedsiębiorca prowadził prace porządkowe i „przy okazji” niechcący zatrzymał linię produkcyjną. Co więc przedsiębiorca musi dostrzec, aby zechciał zaakceptować fakt, że pomimo braku możliwości ubezpieczenia takiego OC, jakie mu wyobrażnia podpowiada, jest także OC, które go realnie dotyczy i które warto jest wobec tego odrobiny refleksji i transferu ryzyka do tych, którzy takie ryzyko są gotowi przyjąć, czyli do ubezpieczycieli?

Czy dotyczy to wszystkich przedsiębiorców? Oczywiście nie. Ci, co z natury swego biznesu „wytwarzają” szkody frekwencyjne, świetnie rozumieją rolę ubezpieczyciela w kontekście ubezpieczeń OC, choć często traktują go tylko jako serwisanta roszczeń. Tak czy inaczej, tu już mamy punkt zaczepienia i nie ma potrzeby, aby ubezpieczyciel takiemu klientowi uzasadniał logikę ubezpieczenia OC. Przedsiębiorca szkodzi innym, przedsiębiorca musi za to płacić, przedsiębiorca nie chce płacić, przedsiębiorca chce, żeby ubezpieczyciel płacił za przedsiębiorcę, przedsiębiorca chce to ubezpieczyć. Z perspektywy ubezpieczyciela jest to typ zdarzeń o charakterze deliktu, wymagający oceny roszczeń przez pryzmat ogólnie obowiąz-

zujących przepisów prawa cywilnego, bez konieczności zagłębiania się w meandry niezrealizowanego zobowiązania, bo nie ono jest źródłem powstania szkody. Tak więc jest wspólna przestrzeń rozumienia, czym jest odpowiedzialność cywilna, którą ubezpieczamy. Wywodząca się nie z akademickich dyskusji, tylko z realnej potrzeby, z konkretnych doświadczeń przedsiębiorcy i ubezpieczycieli.

Inną grupę stanowią ci przedsiębiorcy, którzy szkodzą przy okazji wykonywania zobowiązania umownego i też zdarza się im robić to na tyle często, aby ubezpieczeń OC pożądać. Branża budowlana, branża usług ochroniarskich... Tu postrzeganie użyteczności ubezpieczeń OC też nie jest najgorsze, bo też bywają one użyteczne w praktyce, na co dzień, a nie tylko w rysowanej dalekiej, „underwritingowej” perspektywie przyszłości. Oczywiście prowadzący biznes w tej grupie „świadomości” też wprowadzić chętnie znalazłby oparcie finansowe gdzieś poza swoim majątkiem, gdy wyrządził szkodę swojemu podwykonawcy, polegającą na braku zapłaty za wykonane prace, ponieważ... akurat nie mają na to środków. Albo chętnie oddaliby ciężar finansowania napraw gwarancyjnych, które muszą realizować wobec swoich klientów. Godzą się jednak, że niekoniecznie brak ochrony polisy OC na takie sytuacje oznacza „pustkę” teźże polisy. Bo przecież nieraz zachlapali farbą z malowanej elewacji, dostarczyli wadliwy półprodukt, utracili chronione mienie czy doświadczyli wypadku przy pracy. Oni też oczekiwania wobec ubezpieczyciela mają szersze, ale doświadczenia zasadności tych dostępnych ubezpieczeń OC.

UŚWIADOMIĆ POTRZEBĘ

Jak jednak trafić do tych, którzy twierdzą, że są „bezszkodowi”? Jak sprowokować poważną dyskusję z tymi, którzy przez pryzmat wymienionych wyżej doświadczeń akceptują „służebną” rolę ubezpieczenia OC, ale ich potencjału dla stabilizacji aktywów przedsiębiorstwa nie dostrzegają?

Czy duża „otwartość” na dostrzeżenie źdźbła w cudzym oku pomogłaby nam w ramach kontrastu zwrócić uwagę na belkę w oku swoim? Przekonanie, że ja nie szkodzę, tylko inni, bo mają niedoświadczoną kadrę, są niesprawni technicznie, są nienowocześnie zarządzani, bo... **Mamy tendencję, aby u innych potencjał szkód OC dostrzegać szybciej.** Może to jest sposób na ożywienie dyskusji o potrzebie ubezpieczenia OC u tych przedsiębiorców, którzy – niesieni wiarą we własne siły i profesjonalizm – nie chcą uwierzyć, że mogliby być choćby pośrednimi beneficjentami ubezpieczenia tak nieuchwytnego aktywa, jakim jest ich własna odpowiedzialność. A stąd już blisko do zaakceptowania własnych ograniczeń w możliwościach zarządzania ryzykiem!

MARTWE POLE

Produkcja napojów spożywanych masowo, nowoczesny zakład w procesie modernizacji. Właściciel zakładu zleca prace mające na celu poprawę wydajności linii produkcyjnej i jej rozbudowę. Zleca prace przedsiębiorcy, który specjalizuje się w takich usługach. Świadczy je od lat, także na rzecz naszego producenta. Godny zaufania. Pracownik tego usługodawcy, wykonując powierzone zadanie, używa narzędzia, które iskrzy. Powstaje pożar niezauważony przez wykonującego prace, co prowadzi do strat w mieniu o wartości przekraczającej 15 mln zł. Użyte narzędzie było w instrukcji bezpieczeństwa prac wskazane jako zabronione. Rutyna czy silna wiara we własną sprawność? Cokolwiek by to było, sprawiło, że doświadczonego pracownika po wielu latach bezszkodowych czyni swojego pracodawcę formalnym sprawcą szkody, mocno nadwyręża jego reputację i w zasadzie stawia na skraju bankructwa. Suma gwarancyjna jego polisy OC nie była mała, bo opiewała na 1 mln euro. Jak się okazuje, zbyt mało. Przy rocznych przychodach ok. 10 mln zł (nie mylić z zyskiem) szanse na zaspokojenie roszczeń poszkodowanego są nikłe. A jak w tym odnajdzie się poszkodowany? Czy będzie zadowolony z uruchomienia swoich polis majątkowych?

Po takim zdarzeniu dla tych dwóch przedsiębiorców jest jasne, że polisa OC ma sens. Dla obu stron.

Producent już wie, że relacje to rzecz ważna. Portfolio doświadczeń kontrahenta też dużo mówi, ale rozumiejąc wartość swojego biznesu, musi wymóc na tych, których do siebie zaprasza, aby w razie wypadku byli wypłacalni np. poprzez odpowiednią umowę ubezpieczenia OC. A co z nim samym? Czy, gdy już dostrzegł niefrasobliwość innych, może na tym przykładzie ocenić siebie i jeszcze raz pomyśleć, czy on sam nie jest podatny na bycie sprawcą? Może zada sobie pytanie, dlaczego nikt z jego pracowników nie zareagował? Może będzie musiał stwierdzić, że nikt z jego pracowników nie nadzorował tych prac? Kolejnym krokiem może być refleksja, dlaczego nie nadzorował prac dotyczących kluczowych procesów w firmie. Dla wielu powinno to być wystarczające dowody, że w najlepiej zarządzanym biznesie jest przestrzeń niedostrzegana – swoiste „martwe pole”.

(NIE)ZŁA SUM(K)A

Skąd wzięła się suma gwarancyjna w wysokości 1 mln euro u naszego sprawcy? Czy podczas zawierania umowy ubezpieczenia zastanawiano się, na jakie mienie osób trzecich w codziennej pracy może oddziaływać ubezpieczony? Być może, ale pewnie ostatecznie uznano, że ich własna skala usługowej działalności nie jest tak wielka, aby wymagała kwot, które są obce ich biznesowi. Założyłbym nawet, że ktoś mógł pójść starą, ale wiodącą na manowce ścieżką i postąpił według zgubnej logiki: skoro kontrakt wart 1 mln zł, to i suma gwarancyjna 1 mln zł... A skąd ta wydeptana ścieżka? Czy aby nie stąd, że skoro OC to taka „gwarancja” na... źle wykonaną pracę, na brak zapłaty, na opóźnienia, a gwarancja powinna być warta tyle, ile jest wart towar czy usługa, to i suma gwarancyjna w OC powinna odzwierciedlać takie właśnie podejście i nie musi być wyższa niż wynagrodzenie z zawartej umowy? Brzmi logicznie, tyle że co do zasady nie jest zgodne z prawdą o potencjalnej wartości należnego odszkodowania, poza licznymi wyjątkami ograniczeń wpisanych wprost w umowy.

Jak widać, **OC „dużego ryzyka” to niekoniecznie OC większe niż „małego ryzyka”.** I chociaż to ci mniejsi i słabsi finansowo powinni się lepiej zabezpieczyć, to wciąż rzadko tak się dzieje. Po zrealizowaniu się *notabene* prawdziwego scenariusza, jak ten opisany wyżej, promocja ubezpieczeń OC może wyjść właśnie od tych dużych. To oni świadomi swojej wartości (nierzadko odzwierciedlonej w opiewającej na miliony euro sumie ubezpieczenia ogniowego) mogą wymóc na swych dostawcach usług czy towarów zainteresowanie się problemem i dostrzeżenie skali. Dla dobra obu stron. Przymuszony też ma szansę być wdzięczny, że został skutecznie zmuszony do wykupienia polisy z odpowiednią sumą gwarancyjną. Ten z przykładu by był...

QUO VADIS?

Z ubezpieczeń OC niekomunikacyjnych na polskim rynku likwidowanych jest ponad 200 tys. szkód rocznie. Tylko w 2016 r. oznaczyło to ponad 700 mln zł wypłat w ramach odszkodowań. Tu siłę ubezpieczenia widzą dwie strony – zarówno sprawca, jak i poszkodowany, więc oddziaływanie mamy podwójne. To, że już dziś stanowi realny wkład, smar dla gospodarki, pokazują twarde dane, więc pasują nam do prowadzonej ostatnio przez Polską Izbę Ubezpieczeń kampanii pod hasłem **#dziękuiubezpieczeniom**. Jeśli te fakty będziemy stymulować, to realnie duże ryzyka OC będą dostrzegane nie tylko jako odbicie ogniowej perspektywy, czyli klasycznie: duży zakład, duża wartość, duże ryzyko. Wręcz przeciwnie: mamy wtedy szansę na pokazanie ich jako samoistnego ryzyka nacechowanego ekspozycją, której nie oddaje wartość majątku na polisie ogniowej ani wielkość floty, a... splot oddziaływań, jakie przedsiębiorca może wytworzyć na swoje otoczenie. □

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za produkty lecznicze

Roszczenia przeciwko koncernom farmaceutycznym należą do jednych z największych i sięgają wielomiliardowych kwot. W ocenie ubezpieczycieli branża farmaceutyczna uważana jest za jedną z najmniejbezpiecznych, ustępującą tylko ryzykom tytoniowym, lotniczym i odpowiedzialności cywilnej szpitali, co przekłada się na stosunkowo niewielką ofertę rynkową w zakresie ubezpieczenia OC. – **PAWEŁ BOGUCKI**



Paweł Bogucki

jest dyrektorem ds. klientów kluczowych w SOL-Broker. W ubezpieczeniach od 20 lat.

Ocena ryzyka wynikającego z produkcji i wprowadzania do obrotu produktów leczniczych wymaga poruszania się po wielu, często bardzo specjalistycznych dziedzinach wiedzy. Wymienić tu należy znajomość prawa farmaceutycznego oraz prawa odszkodowawczego, farmakologii, pharmavigilance, zarządzania bezpieczeństwem i jakością produkcji farmaceutycznej, marketingu w branży farmaceutycznej oraz ostatecznie rynku ubezpieczeniowego, na którym dokonywany jest transfer ryzyka w postaci zawarcia umowy ubezpieczenia.

ROSNAĆ RYZYKO

Ryzyko związane z produktami farmaceutycznymi, ale i ryzyko odpowiedzialności za produkt w ogóle, nieustannie zwiększa się na skutek takich okoliczności jak:

- ➔ dążenie do optymalizacji kosztów, w szczególności przejawiające się w przenoszeniu części produkcji do innych podmiotów, tzw. produkcja kontraktowa, oraz w poszukiwaniu coraz tańszych rynków surowców i półproduktów,
- ➔ presja czasu związana z szybkim tempem rozwoju produktów,
- ➔ rosnąca złożoność samych produktów,
- ➔ globalizacja rynku sprzedaży.

W dalszej kolejności należy mieć na uwadze, że **ryzyko odpowiedzialności cywilnej ulega zmianom przez oddziaływanie mediów zwiększających świadomość konsumentów, a także kształtujących ich roszczeniowe postawy, co z kolei należy traktować jako prawidłowość charakteryzującą dojrzałe rynki.** W konsekwencji zmianom ulega także ocena spraw odszkodowawczych przez sądy, wyrażająca się zasądzaniem wyższych zadośćuczynień, ale także prokonsumenckim sposobem prowadzenia postępowań sądowych i oceną dowodów. Ponadto w wielu krajach możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu szkód wyrządzonych przez leki w ramach postępowań grupowych, tzw. *class action*, które – pomimo jednostkowo niższej wartości odszkodowania – istotnie zwiększają łączną wartość roszczeń. W ostatnich latach miały miejsce zmiany prawne, które znacząco pogorszyły sytuację branży farmaceutycznej w obszarze ponoszonego ryzyka związanego z odpowiedzialnością odszkodowawczą. W szczególności dotyczy to przedawnienia roszczeń z tytułu szkód osobowych oraz zadośćuczynienia z tytułu szkody oso-

bowej. Zgodnie z art. 442¹ k.c., w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (do roku 2007 roszczenie przedawniało się w każdym przypadku, gdy od zdarzenia wywołującego szkodę minęło 10 lat). Jako przykład zdarzenia można podać przyjmowanie leku. Jeśli szkoda ujawniła się po 10 latach od jego przyjmowania, to roszczenie ulegało przedawnieniu. W chwili obecnej, jeśli szkoda ujawni się nawet po 20 lub 30 latach, to roszczenie z tego tytułu nie przedawnia się, dopóki poszkodowany nie dowie się o szkodzie oraz osobie odpowiedzialnej i od tej chwili nie upłyną trzy lata.

Zatem ryzyko prawne związane z wprowadzeniem produktu farmaceutycznego do obrotu jest bardzo rozciągnięte w czasie. Ponadto wraz z ciągłym rozwojem wiedzy z zakresu diagnostyki medycznej coraz łatwiej jest ustalić związek przyczynowy pomiędzy przyjmowaniem danego leku a powstałą z tego tytułu szkodą.

Rynek ubezpieczeniowy próbuje ograniczać swoje ryzyko ponoszenia odpowiedzialności w czasie m.in. poprzez modyfikację definicji wypadku ubezpieczeniowego i stosowanie klauzuli szkód seryjnych.

W większości umów ubezpieczenia wypadkiem ubezpieczeniowym jest roszczenie wniesione w okresie ubezpieczenia, tzw. *trigger claims made*, lub wezwanie do wycofania produktu. Przy czym dotyczy to roszczeń lub wycofań produktów leczniczych wprowadzonych do obrotu po uzgodnionej dacie (data retroaktywna).

Zakres czasowy ochrony ubezpieczeniowej podlega dalszym ograniczeniom poprzez wprowadzenie okresu zgłaszania roszczeń, tzw. *reporting period*. Zwykle wynosi on nie więcej niż 3 lata po zakończeniu ostatniego okresu ubezpieczenia, pod warunkiem nieprzerwanej kontynuacji ochrony. Dodatkowy okres zgłaszania roszczeń stosuje się tylko w przypadku, gdy umowa zostanie zakończona, a ubezpieczony nie zawrze nowej, w tym również z innym ubezpieczycielem.

Kluczowym elementem wpływającym na ryzyko prawne związane z produktem leczniczym jest również krąg osób, które mogą wystąpić z roszczeniem oprócz osoby bezpośrednio poszkodowanej. Zgodnie z art. 446 § 4 k.c.: *Sąd może także przyznać najbliższemu członkowi rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę*. Oznacza to, że oprócz osoby poszkodowanej, uprawnionymi do dochodzenia roszczeń będą również inne osoby.

ANALIZA RYZYKA

Punktem wyjścia do przygotowania analizy ryzyka odpowiedzialności cywilnej wynikającej z wprowadzania do obrotu produktów farmaceutycznych jest zebranie informacji na temat portfela leków danego producenta. Analiza poszczególnych produktów polega nie tylko na zebraniu informacji o nazwach handlowych produktów leczniczych, ale także nazw substancji czynnych wraz z jej oznaczeniem kodem API (ang. *active pharmaceutical ingredient*) oraz kodem ATC, który określa grupę terapeutyczną danego leku. ATC to system porządkujący leki oraz inne środki i produkty wykorzystywane w medycynie. Uzupełniając określa się rodzaj leku według następującej klasyfikacji: lek hormonalny, szczepionka, lek pochodzenia ludzkiego albo zwierzęcego, lek wytwarzany w drodze syntezy biotechnologicznej lub inżynierii genetycznej, lek typu „life style” (odchudzający, zapobiegający efektom starzenia, zapobiegający wypadaniu włosów, poprawiający wygląd skóry, antydepresyjny, antynikotynowy, zwiększający sprawność umysłową itd.). Lek ten niesie bowiem ze sobą podwyższone ryzyko odpowiedzialności cywilnej, w szczególności z uwagi na zwiększone ryzyko uzależnień i przyjmowanie ich poza nadzorem lekarskim. Informacje dotyczące poszczególnych produktów kwantyfikowane są według wartości rocznego obrotu z tytułu sprzedaży danego produktu oraz według rynków (państw), w których są wprowadzane do obrotu. Ważne jest także ustalenie, kto jest tzw. podmiotem odpowiedzialnym wprowadzającym dany produkt do obrotu. W praktyce mamy bowiem do czynienia także z importem równoległym albo z produkcją na potrzeby innego producenta, który pod swoją marką wprowadza dany produkt do obrotu. W takiej sytuacji ryzyko odpowiedzialności cywilnej wobec nabywców produktów będzie obciążało w pierwszej kolejności podmiot odpowiedzialny, choć nie oznacza to, że inne podmioty uczestniczące w obrocie lekami mogą zawsze uwolnić się od odpowiedzialności. Portfel produktów farmaceutycznych powinien podlegać analizie przez specjalistów z zakresu farmakologii z perspektywy farmavigilance. Międzynarodowe firmy ubezpieczeniowe oraz reasekuracyjne wykorzystują w tym celu dedykowane oprogramowanie informatyczne, które – w oparciu o ustalone i ustandaryzowane kryteria – dokonuje odpowiedniej gradacji narażenia na ryzyko OC. Oprogramowanie to jest nieustannie aktualizowane na podstawie napływających informacji o podejrzeniach niepożądanego działania leków lub poszczególnych substancji czynnych, informacji o interakcjach z innymi lekami oraz pojawiających się roszczeniach na poszczególnych rynkach. Jak widać, analiza ryzyka ubezpieczeniowego głęboko wnika w życie samej branży farmaceutycznej, mając na celu zapewnienie, że ryzyko farmaceutyczne pozostanie w jak najszerszym zakresie ryzykiem ubezpieczalnym, które producenci będą mogli transferować w ramach swoich umów ubezpieczenia OC. Celem tej analizy jest również zapewnienie narzędzia do „wczesnego ostrzegania”, pozwalającego na podjęcie odpowiednich kroków w przypadku, gdy dany produkt już znajduje się w obrocie, ale także systemu pozwalającego dostar-

czać niezbędną informację w procesie podejmowania decyzji o uruchomieniu produkcji i sprzedaży nowych leków (ma to szczególne znaczenie dla producentów leków generycznych).

Oceniając ryzyko produktu farmaceutycznego, z reguły bierze się pod uwagę następujące obszary ryzyka:

- ryzyko wadliwej produkcji,
- ryzyko związane z danym lekiem wynikające z jego właściwości,
- ryzyko wynikające z interakcji z innymi lekami,
- ryzyko użycia niezgodnie z przeznaczeniem,
- ryzyko wadliwej informacji o leku w treści dołączanej ulotki lub sposobie reklamy danego leku.

W ocenie ryzyka odpowiedzialności cywilnej producenta leków bierze się pod uwagę także to, czy jest to producent wprowadzający na rynek leki innowacyjne czy też leki generyczne. Lek innowacyjny zwykle zawiera substancję czynną lub mieszaninę substancji czynnych niedopuszczonych wcześniej do obrotu i jest chroniony patentem w zakresie formuły chemicznej i procesu wytwarzania. Lek generyczny to z kolei lek będący zamiennikiem leku oryginalnego, zawierający tę samą substancję czynną co lek innowacyjny. Leki generyczne, aby mogły być wprowadzone do obrotu, muszą mieć udowodniony ten sam skład, muszą zawierać tę samą ilość substancji aktywnej, tę samą postać, tę samą dostępność biologiczną oraz posiadać takie samo działanie farmakologiczne.

Z perspektywy oceny ryzyka odpowiedzialności cywilnej łatwo zauważyć, że leki innowacyjne niosą ze sobą wyższe ryzyko OC aniżeli leki generyczne. Lek innowacyjny, który został przebadany na grupie nawet kilku tysięcy uczestników badania klinicznego, z chwilą wprowadzenia do obrotu zostanie użyty przez grupę kilku milionów pacjentów.

Lek generyczny to taki, który jako lek innowacyjny już przez wiele lat wcześniej funkcjonował w obrocie. Jego właściwości wydają się wystarczająco przez ten czas rozpoznane. Nie oznacza to, że ryzyka OC w przypadku leków generycznych nie ma. Z jednej strony może to być oczywiście ryzyko związane z wadliwą produkcją. Ryzyko wiąże się także z faktem, że dopiero po wielu latach ustalone są negatywne skutki danej substancji czynnej, która w fazie życia leku jako leku innowacyjnego nie mogła być wykryta. Czasem po latach ustalony zostaje wpływ danej substancji na zwiększenie prawdopodobieństwa działania rakotwórczego albo działania uzależniającego. Warto też pamiętać, że negatywna dla zdrowia interakcja danego leku z innymi lekami także może zostać ustalona długo po wygaśnięciu patentu, kiedy lek będzie już w obrocie jako generyk.

Z uwagi na opisaną powyżej złożoność oceny ryzyka związaną z produktem farmaceutycznym, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zwykle zamknięty katalog produktów leczniczych. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do nowych produktów leczniczych rozpoczyna się od dnia uzgodnienia ich włączenia do ochrony, jednak nie wcześniej niż od dnia wprowadzenia danego produktu leczniczego do obrotu.

WYŁĄCZENIA

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na wyłączenie roszczeń spowodowanych przez produkty wprowadzone do obrotu poza działalnością ubezpieczonego, jak również wyłączenie roszczeń spowodowanych przez produkt, który przed wprowadzeniem do obrotu nie był sprawdzony w sposób zgodny z przepisami prawa. Ponadto w wielu wypadkach jako nowe produkty, wymagające akceptacji przez ubezpieczyciela, definiuje się produkty dotychczas wytwarzane i objęte ochroną, które jednak wymagają uzyskania nowego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu z uwagi na nowe wskazanie lecznicze danej substancji czynnej oraz produkty lecznicze wprowadzone po raz pierwszy do obrotu w Stanach Zjednoczonych Ameryki lub Kanadzie.

To restrykcyjne podejście do nowych produktów może zostać złagodzone poprzez dodatkowe postanowienia, zgodnie z którymi nie są traktowane jako nowe te produkty lecznicze, w stosunku do których nastąpiła jedynie zmiana nazwy handlowej, postaci produktu leczniczego, wielkości opakowania czy też dawkowania.

W zakresie odpowiedzialności za produkt – oprócz standardowych wyłączeń dotyczących produktów modyfikowanych genetycznie, szkód powstałych w wyniku zarażenia wirusem HIV, BSE czy też uszkodzenia kodu genetycznego – ubezpieczyciele wprowadzają dodatkowe wyłączenia szkód wyrządzonych przez produkty zawierające określone substancje czynne, np. statyny, lub ograniczają odpowiedzialność wyłącznie do określonego działania terapeutycznego danego produktu leczniczego.

W branży farmaceutycznej mamy do czynienia ze stosunkowo niską frekwencją szkód, jednak jeśli już pojawi się roszczenie, to jest ono znacznej wartości z uwagi na liczbę poszkodowanych. Wynika to m.in. z charakteru produktów leczniczych, które wprowadzane są do obrotu w dużych seriach i użytkowane przez dłuższy okres.

Powyższe ryzyko rynek ubezpieczeniowy stara się kontrolować poprzez wprowadzenie definicji szkody seryjnej. Przedmiotowa

klauzula jest zwykle bardzo rozbudowana, ale w uproszczeniu możemy stwierdzić, że ze szkodą seryjną mamy do czynienia, gdy do więcej niż jednej szkody doszło w wyniku dostarczenia serii produktów posiadających tę samą wadę, niezależnie od daty i miejsca ich faktycznego wystąpienia.

Taką szkodę seryjną traktuje się jak jeden wypadek ubezpieczeniowy, a za datę jego wystąpienia przyjmuje się datę wystąpienia pierwszej szkody. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z serii, pod warunkiem że pierwsza szkoda miała miejsce w okresie ubezpieczenia. W takim przypadku ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z serii, w tym mające miejsce po zakończeniu okresu ubezpieczenia.

Dla ubezpieczyciela kluczowym elementem jest sprowadzenie całej serii szkód do jednego wypadku ubezpieczeniowego i tym samym ograniczenie odpowiedzialności do jednej sumy gwarancyjnej obowiązującej w umowie ubezpieczenia, w której okresie obowiązywania wystąpiła pierwsza szkoda z serii. Dla ubezpieczającego jest to korzystna konstrukcja, ponieważ szkody z serii, które wystąpiły po zakończeniu okresu ubezpieczenia, są również objęte ochroną ubezpieczeniową.

Klauzula szkód seryjnych ma na celu nie tylko uznanie za jeden wypadek wszystkich szkód zakwalifikowanych do serii, lecz także przyjęcie zasady, iż do oceny odpowiedzialności ubezpieczyciela za wszystkie szkody w serii mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia oraz suma gwarancyjna obowiązująca w czasie umowy, w której doszło do wypadku ubezpieczeniowego.

Oznacza to, że podwyższenie sumy gwarancyjnej w kolejnych umowach ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ochrony nie będzie miało zastosowania, jeżeli pierwsza szkoda z serii wystąpiła wcześniej niż zmiany w umowie ubezpieczenia, co w sposób oczywisty budzi sprzeciw ubezpieczonego. W skrajnym wypadku zastosowanie klauzuli szkód seryjnych może powodować nawet brak ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli w dacie pierwszej szkody z serii ubezpieczony nie posiadał ubezpieczenia lub dany produkt nie był objęty ochroną ubezpieczeniową.

Przy okazji ograniczania odszkodowania do jednej sumy gwarancyjnej warto wspomnieć również o wadze pomocy prawnej. O ile co do zasady w standardowych umowach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie są one limitowane i są pokrywane ponad sumę gwarancyjną, o tyle w przypadku branży farmaceutycznej nie jest to już regułą. Dodatkowym elementem ograniczającym ochronę w tym zakresie może być stosowana zasada pokrywania kosztów pomocy prawnej w proporcji, w jakiej pozostaje suma gwarancyjna do wartości wniesionego roszczenia.

Z uwagi na społeczne znaczenie szkód wyrządzonych przez produkty lecznicze nie można pominąć znaczenia odpowiedzialności o charakterze karnym. Szczególnie istotne jest to dla ustawodawstwa amerykańskiego, gdzie wartość przedmiotowych odszkodowań przekracza wielokrotnie wartość poniesionej szkody. Z tego też względu wszystkie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawierają wyłączenie odszkodowań o charakterze karnym *punitive or exemplary damages* czy też jakichkolwiek dodatkowych odszkodowań wynikających ze zwielokrotnienia odszkodowań o charakterze odszkodowawczym *aggravated damages* (tzw. odszkodowania za straty moralne). □

Dodatkowe wyłączenia

W odniesieniu do niektórych substancji aktywnych zawartych w produktach leczniczych wprowadza się dodatkowe wyłączenie roszczeń związanych z:

- niewłaściwym użyciem leku,
- uzależnieniem lub syndromem odstawienia,
- dysfunkcją seksualną,
- wadą wrodzoną,
- zastosowaniem leku u dziecka lub nastolatka,
- zmianą zachowania, pobudzeniem (w tym zabójstwem lub usiłowaniami popełnienia zabójstwa), obniżonym nastrojem lub myślami i zachowaniami samobójczymi.

Szpitala – duże ryzyko na rynku usług medycznych

Analizując obszary działalności podmiotu leczniczego, ubezpieczyciel wskazuje te wymagające zmian, wspierając tym samym ubezpieczony szpital w zarządzaniu ryzykiem. Wiele z proponowanych rozwiązań jest nisko-, a nawet bezkosztowych, a może w znacznym stopniu przyczynić się do podniesienia bezpieczeństwa pacjenta w placówce medycznej i ograniczenia ewentualnych roszczeń. – **ELŻBIETA PRUSZKO**



Elżbieta Prusko

jest kierownikiem Zespołu Underwritingu Ubezpieczeń OC i Transportowych w PZU. W ubezpieczeniach od 20 lat.

Nie można mieć wątpliwości, że na rynku usług medycznych do dużych ryzyk w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej należy zaliczyć podmioty lecznicze prowadzące szpital. W Polsce wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. działało 1056 szpitali, w tym 956 szpitali ogólnych, 48 szpitali psychiatrycznych i 52 szpitale uzdrowiskowe.

Działalność podmiotów leczniczych, jak każda inna, nie jest wolna od ryzyka, w tym ryzyka błędów. W Polsce nie są prowadzone oficjalne statystyki dotyczące błędów medycznych, dlatego nie jest możliwe ustalenie ich faktycznej liczby, można ją jedynie szacować, opierając się np. na statystykach WHO w odniesieniu do krajów Unii Europejskiej. I tak wg danych WHO 23% obywateli Unii Europejskiej uważa, że w odnie-

sieniu do nich doszło do popełnienia błędu medycznego, 18% doświadczyło poważnego błędu medycznego przy udzielaniu świadczeń szpitalnych, a 11% respondentów zalecono niewłaściwe leki. Szacuje się także, że ok. 8–12% udzielanych świadczeń zdrowotnych kończy się błędem medycznym lub zdarzeniem niepożądanym, a w przypadku 5% pacjentów leczonych w szpitalu dochodzi do zakażenia, przy czym najczęściej występują zakażenie dróg moczowych (27%), zakażenie dróg oddechowych (24%), chirurgiczne zakażenie miejscowe (17%) i zakażenie krwi (10,5%). Z kolei 5% wszystkich zakażeń wywołanych jest przez gronkowca złocistego.

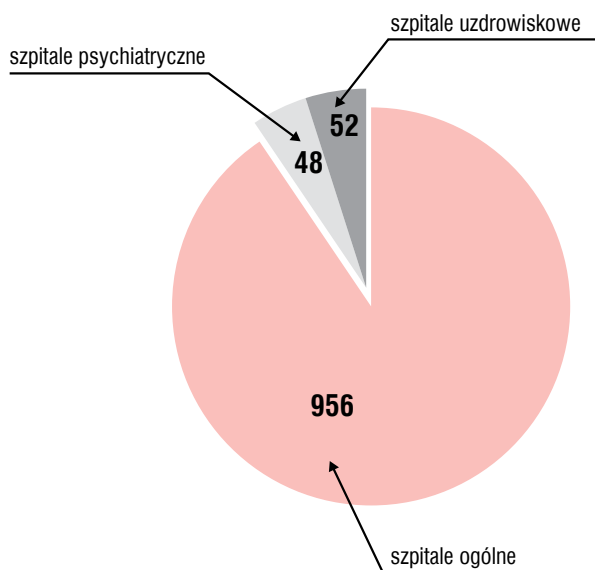
UBEZPIECZENIE JAKO NARZĘDZIE

Skala błędów medycznych jest dość spora, a to może przekładać się bezpośrednio na liczbę roszczeń odszkodowawczych wobec szpitali i w dalszej perspektywie może mieć negatywny wpływ na ich budżety.

Dlatego ważny jest dobór narzędzi minimalizujących ryzyko niespodziewanych wydatków i instrumentów kompensujących ewentualne straty. Jednym z takich narzędzi jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia OC podmiot leczniczy dokonuje transferu części ryzyka do ubezpieczyciela. W przypadku, gdy dojdzie do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jego finansowe skutki zostaną zaspokojone przez zakład ubezpieczeń w postaci wypłaty świadczenia poszkodowanej osobie. Ponadto dodatkową wartością związania się z ubezpieczycielem może być także ocena ryzyka dokonywana w formie audytów medycznych. Analizując obszary działalności podmiotu leczniczego, ubezpieczyciel wskazuje te wymagające zmian, wspierając tym samym ubezpieczony szpital w zarządzaniu ryzykiem. Wiele z proponowanych rozwiązań jest nisko-, a nawet bezkosztowych (np. wiąże się ze zmianą nawyku czy wprowadzeniem skutecznych mechanizmów kontrolnych przestrzegania już istniejących procedur), a może w znacznym stopniu przyczynić się do podniesienia bezpieczeństwa pacjenta w placówce medycznej i ograniczenia ewentualnych roszczeń.

Przeprowadzone na początku drugiego tysiąclecia przez CBOS badania wykazały wzrost świadomości pacjentów w dochodzeniu roszczeń za szkody powstałe w wyniku błędów medycznych.

Szpitala w Polsce – stan na dzień 31 grudnia 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne.

nego. W 2000 r. 64%, a w 2006 już 74% badanych złożyłoby skargę do sądu lekarskiego, gdyby wskutek błędu medycznego lub niedbalstwa personelu medycznego doszło u nich lub u ich bliskich do uszczerbku na zdrowiu. 60% w 2000 r. i 72% w 2006 r. badanych wystąpiłoby o odszkodowanie na drodze sądowej.

Badania wykazały także tendencję wzrostową co do wysokości dochodzonych i zasądzanych kwot odszkodowania i zadośćuczynienia. Np. w przypadku niewłaściwie prowadzonego porodu, w następstwie którego doszło do uszczerbku na zdrowiu dziecka, wysokość odszkodowania na przełomie XX i XXI w. nie przekraczała 150 tys. zł, przy czym już pod koniec pierwszej dekady obecnego stulecia oscylowała w granicach 500 tys. zł, a obecnie nierzadko przekracza kwotę 1 mln zł.

Nie bez znaczenia dla wzrostu tych kwot pozostaje też fakt działalności kancelarii odszkodowawczych czy wyspecjalizowanie się kancelarii prawnych w prawie medycznym.

Szkody będące następstwem błędu medycznego to głównie szkody na osobie. Charakteryzują się długim okresem inkubacji, który szacowany jest na 6–9 lat. Od momentu pierwotnej przyczyny, np. błędnej diagnozy, do momentu ujawnienia się szkody (rozstrój zdrowia) nierzadko mija wiele lat, a to dopiero początek drogi. W dalszej kolejności poszkodowany musi ustalić osobę odpowiedzialną za powstanie szkody (co przy długoletnim procesie leczenia, zmiana lekarzy, pobytach w różnych placówkach medycznych nie musi być wcale łatwe ani oczywiste), a następnie wystąpić z roszczeniem do sprawcy szkody lub – korzystając z instytucji *actio directa* – do giego ubezpieczyciela.

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIA OC

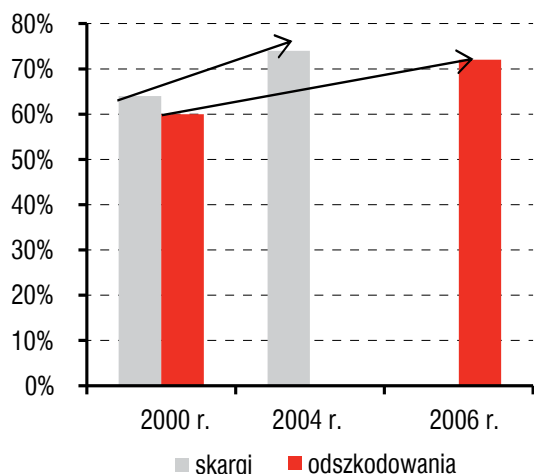
Podmiot leczniczy, by móc rozpocząć i prowadzić działalność leczniczą, zobowiązany jest spełnić warunki określone w art. 17 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: UDL). Jednym z wymogów jest obowiązek zawarcia

umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania albo zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Obowiązek zawarcia takiej umowy powstaje nie później niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. W trakcie prowadzenia działalności leczniczej szpital zobowiązany jest do odnawiania umowy ubezpieczenia w terminie pozwalającym na zachowanie ciągłości ochrony (nowa umowa musi zostać zawarta przed upływem okresu ubezpieczenia wskazanym w wygasającej umowie ubezpieczenia). Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego określony został w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej: rozporządzenie).

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna szpitala wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych (czyli np. odpowiedzialność za szkodę będącą następstwem błędnej diagnozy spowodowanej brakiem należytej staranności ze strony lekarza) albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (czyli np. odpowiedzialność za szkodę będącą następstwem odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala w sytuacji zagrożenia życia). Działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w wyniku którego powstała szkoda, musi mieć miejsce w okresie ubezpieczenia.

Co istotne, określając przedmiot ubezpieczenia, posłużono się pojęciem szkody, nie wskazując, o jaki rodzaj szkody chodzi (na osobie, rzeczową czy czystą stratę finansową), czyli ochroną objęte są te rodzaje szkód, które nie zostały wprost wyłączone w rozporządzeniu. Również użyte w UDL i rozporządzeniu pojęcie świadczenia zdrowotnego nasuwa wiele refleksji i wątpliwości. Dla określenia przedmiotu ubezpieczenia zastosowano pojęcie świadczenia zdrowotnego, które jest pojęciem węższym od pojęcia działalności leczniczej, do której wykonywania powołane są podmioty lecznicze. Zgodnie z UDL świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Natomiast pojęcie działalności leczniczej – oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych – zawiera w sobie także promocję zdrowia, realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Ponadto pojęcie to różni się w swej definicji od pojęcia świadczenia zdrowotnego użytego w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: UŚOZ). Definicja w UDL jest węższa – nie zawiera w sobie pojęcia działań służących profilaktyce. Dodatkowo pojęcie świadczenia zdrowotnego w rozumieniu UŚOZ jest składową pojęciem świadczenia opieki zdrowotnej, użytego w tej ustawie, przez które rozumie się także świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Tymczasem w UDL oraz w rozporządzeniu mowa jest o odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie świadczeń opieki zdrowotnej czy będące następstwem prowadzenia działalności leczniczej.

Odsetek badanych w latach 2000–2006, którzy złożyliby skargę do sądu lekarskiego lub wystąpili o odszkodowanie za szkodę wynikłą z błędu medycznego



Źródło: CBOS.

W rozporządzeniu określono minimalne sumy gwarancyjne, które zróżnicowano w zależności od rodzaju wykonywanej działalności leczniczej lub formy jej wykonywania. W przypadku ubezpieczenia OC szpitala minimalna suma gwarancyjna, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych 100 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC. O ile strony umowy ubezpieczenia nie umówią się na wyższe kwoty, będzie to maksymalna suma, do której odpowiadać będzie ubezpieczyciel.

Zakład ubezpieczeń nie ma możliwości umownego ograniczenia swojej odpowiedzialności w stosunku do zakresu wskazanego w rozporządzeniu.

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIA OC

Poza ubezpieczeniem obowiązkowym ubezpieczyciele oferują również dobrowolne ubezpieczenie OC w związku z wykonywaniem działalności leczniczej, udzielaniem bądź zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, posiadaniem mienia. Zakresy ubezpieczenia wskazane w ogólnych warunkach, choć różnią się w szczegółach, nie mają zasadniczego znaczenia o tyle, że znacząca część szpitali dokonuje wyboru ubezpieczyciela w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenia, a przedmiot i zakres wymaganej ochrony określany jest przez zamawiających w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, której zapisy mają pierwszeństwo przed postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia. Niemniej jednak, analizując ofertę rynkową, należy uznać, że podstawowym zakresem ochrony objęta jest odpowiedzialność za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym (odpowiedzialność deliktowa) oraz wyniki z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa). W ramach jednej umowy ubezpieczenia możliwe jest objęcie ochroną odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz za szkody będące następstwem każdej innej działalności szpitala, dopuszczonej przepisami prawa. Dobrowolne ubezpieczenie OC, w zależności od zakresu udzielonej ochrony, może pełnić dwojaką rolę. Z jednej strony zapewnić ochronę dla działalności szpitala nieobjętej ubezpieczeniem obowiązkowym (np. za szkodę wyrządzoną w następstwie operacji plastycznej niezwiązanej z wadą wrodzoną, urazem), z drugiej – spełniać funkcję ubezpieczenia nadwyżkowego w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z obowiązkowego ubezpieczenia OC w sytuacji wyczerpania się sumy gwarancyjnej.

Zakresem ochrony objęte są szkody wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa. Natomiast co do zasady ubezpieczyciele wyłączają swoją odpowiedzialność za szkody wyrządzone umyślnie, co należy uznać za słuszne rozwiązanie. Mimo iż art. 827 § 2 k.c. dopuszcza w dobrowolnym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej objęcie zakresem odpowiedzialności szkód wyrządzonych umyślnie, to mając na uwadze szczególne dobro, jakim jest życie i zdrowie człowieka, udzielanie ochrony w zakresie szkód wyrządzonych umyślnie przez personel medyczny jest dalece dyskusyjne, a już na pewno osoby takie nie powinny być zwolnione z ponoszenia bezpośredniej odpowiedzialności odszkodowawczej za swoje czyny. Poza wyłączeniem szkód wyrządzonych umyślnie, najczęściej stosowane wyłączenia dotyczą szkód, które:

- są objęte ubezpieczeniem obowiązkowych (to nie dotyczy szkód objętych tzw. klauzulą nadwyżkową),
- zostały wyrządzone przez osoby nieposiadające wymaganych prawem uprawnień do wykonywania zawodu czy danego rodzaju działalności,
- zostały wyrządzone przez preparaty lub sprzęt medyczny nie dopuszczony do obrotu, nieposiadające ważnego atestu itp.,
- powstały wskutek niedotrzymania terminów świadczeń zdrowotnych,
- powstały w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego.

Kolejną grupę wyłączeń stanowią te, które są standardowymi wyłączeniami w ubezpieczeniach OC ogólnej dedykowanych podmiotom działającym w branżach innych niż medyczna.

Wyłączone są np.

- szkody wyrządzone wskutek aktów terroru, działań wojennych, zamieszek, strajków,
- szkody powstałe wskutek umownego rozszerzenia swojej odpowiedzialności w stosunku do zakresu wynikającego z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
- szkody będące następstwem choroby zawodowej,
- szkody powstałe wskutek oddziaływania azbestu, formaldehydu, prionów lub dioksyn,
- szkody powstałe w związku z zastosowaniem nanotechnologii czy polegające na zapłacie kar umownych.

Z kolei najczęściej stosowanymi rozszerzeniami zakresu ubezpieczenia OC szpitala jest odpowiedzialność za:

- szkody wyrządzone pracownikom w związku z wypadkiem przy pracy,
- szkody związane z przedostaniem się niebezpiecznych substancji do powietrza, wody lub gruntu,
- szkody wyrządzone w ruchomościach lub nieruchomościach, z których ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, leasingu lub innej podobnej formy korzystania z cudzej rzeczy,
- szkody wyrządzone w mieniu przechowywanym, kontrolowanym, chronionym przez ubezpieczonego, w tym za szkody wyrządzone w rzeczach pacjentów,
- szkody powstałe w związku z działalnością szpitala jako ośrodka badawczego,

a także odstąpienie od regresu wobec podwykonawców ubezpieczonego odpowiedzialnych za wyrządzenie szkody.

CZYNNE CAŁY CZAS

Ubezpieczenie OC szpitali bez wątpienia nie jest zagadnieniem łatwym, zarówno ze względu na budzące wątpliwości zapisy UDL, jak i ze względu na rodzaj i ciężar szkód, które podlegają ochronie. Terminy przedawnienia, jakie obowiązują w zakresie szkód na osobie, powodują, że umowy ubezpieczenia OC szpitali pozostają czynne praktycznie przez nieograniczony czas. Nie można mówić o pozytywnym wyniku ubezpieczeń po wygaśnięciu okresu ubezpieczenia w danej umowie ubezpieczenia, bo – jak wskazuje okres inkubacji szkody – polisa taka może zostać uruchomiona wiele lat po ekspiracji okresu ubezpieczenia. W sytuacji braku ubezpieczenia OC to na szpitalu spoczywałaby odpowiedzialność za rekompensowanie szkód ze zdarzeń, które miały miejsce wiele lat wcześniej. Dlatego też bardzo istotna jest współpraca pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem w celu identyfikacji zagrożeń i takiego skonstruowania ochrony ubezpieczeniowej, aby obie strony umowy ubezpieczenia mogły uznać dany program za optymalny i efektywny w zarządzaniu ryzykiem. □

Ubezpieczenie odpowiedzialności z tytułu zarządzania i nadzoru

Ubezpieczenia D&O nie da się przyporządkować wyłącznie do jednej z grup określających rodzaje ryzyka w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w szczególności do grupy 13 obejmującej „ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10–12”. – **PAWEŁ SUKIENNIK**



Paweł Sukiennik
jest prezesem PS Consult.
W ubezpieczeniach od 25 lat.

Istota ubezpieczania D&O wyraża się w świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej grupie ubezpieczonych osób fizycznych na wypadek powstania do nich zarzutów od jakiegokolwiek osoby, w tym zarządzanego przez te osoby przedsiębiorstwa (jako poszkodowanego), które już stanowią lub mogłyby się przerozdzić w roszczenia prowadzące do egzekucji z ich majątku osobistego, a mają związek z wykonywaniem tzw. funkcji kierowniczej (zarządczej lub nadzorczej) w przedsiębiorstwie (spółce, spółdzielni, przedsiębiorstwie państwowym itp.) wymienionym w umowie ubezpieczenia. Kwoty takich roszczeń nigdy nie są bagatelne i w większości przypadków prowadzą do pozbawienia majątku osób nimi dotkniętych oraz ich rodzin.

W ramach wskazanej głównej funkcji ubezpieczenia D&O podstawowym zobowiązaniem ubezpieczyciela z tytułu omawianej umowy jest zobowiązanie do pokrycia udowodnionych szkód, za które odpowiedzialność cywilną ponoszą ubezpieczone osoby. To podstawowe świadczenie ma wyłącznie wymiar finansowy. Jednak w praktyce dużo częściej wykorzystywanym świadczeniem ubezpieczyciela D&O jest ochrona prawna, tj. pokrywanie kosztów obrony ubezpieczonego przed nieuzasadnionymi roszczeniami, z możliwością skorzystania przez ubezpieczonego z usług profesjonalnych podmiotów wykonujących usługi prawne w imieniu ubezpieczyciela. Świadczenie ochrony prawnej dotyczy wyłącznie roszczeń objętych zakresem ubezpieczenia. W jego ramach ubezpieczyciel obowiązany jest pokryć koszty powstałe w przedsądowej oraz sądowej fazie postępowania.

Umowa ubezpieczenia D&O nie ogranicza kręgu podmiotów uprawnionych jako osoby trzecie (poszkodowane) do odszkodowania z umowy ubezpieczenia. W szczególności może to być:

- spółka (ubezpieczający), kierowana przez ubezpieczone osoby,
- spółka zależna lub powiązana z ww. spółką,
- inny menedżer,
- pracownik,
- udziałowiec lub akcjonariusz ww. spółek,
- Skarb Państwa (urząd skarbowy, ZUS itp.),
- kontrahent,
- wierzyciel,
- inny poszkodowany.

ZAKRES UBEZPIECZENIA D&O

Definicja „szkody” w ubezpieczeniu D&O wynika się cywilnoprawnemu rozumieniu tego pojęcia. Skonstruowana jest ona w specyficzny sposób – jako każda kwota należna zgodnie z prawem od ubezpieczonego na rzecz jakiegokolwiek innej osoby w wyniku „roszczenia” objętego ubezpieczeniem, które z kolei musi być następstwem „uchylenia” zdefiniowanego w umowie. Zgodnie z tymi definicjami nie musi to być roszczenie o zapłatę odszkodowania za szkodę rozumianą w kategoriach odpowiedzialności odszkodowawczej. Umożliwia to wypłacenie z ubezpieczenia D&O m.in. zaległości podatkowych oraz niewyegzekwowanych od spółki zobowiązań z różnych tytułów, a także refundację kar i grzywien administracyjnych.

W odniesieniu do doktrynalnych podziałów szkody należy stwierdzić, iż **odpowiedzialność ubezpieczyciela D&O angażuje wyłącznie wystąpienie tzw. czystej straty finansowej lub bezpośrednie zagrożenie jej wystąpieniem**. Ubezpieczenie to nie może chronić przed skutkami wystąpienia szkód rzeczowych lub osobowych, nawet gdyby zgłoszone roszczenie pochodziło od osoby, która taką szkodę naprawiła lub poniosła jej finansowe konsekwencje, nie doznając jej bezpośrednio. W ten sposób ubezpieczenie D&O nawiązuje do przyjętej w większości ustawodawstw koncepcji czystej straty finansowej, która stanowi antynomie szkody rzeczowej, osobowej lub szkody w środowisku.

W powyższym rozumieniu czystą stratą finansową będzie wyłącznie tzw. bezpośrednia (niezależna) czysta strata finansowa, nie będzie nią natomiast tzw. szkoda rykoszetowa, tzn. szkoda poniesiona przez pośrednio poszkodowanego w wyniku szkody rzeczowej lub osobowej poniesionej uprzednio przez inny podmiot (bezpośrednio poszkodowanego). Uzasadnieniem dla takiego określenia przedmiotu ubezpieczenia D&O jest przede wszystkim konieczność uniknięcia pokrycia nawet minimalnego elementu ryzyka, które może stanowić przedmiot innych ubezpieczeń, a jedynym wyjątkiem od tej zasady mogą być koszty obrony ubezpieczonych osób. Punktem wyjścia jest tutaj założenie, iż wyrządzenie szkody rzeczowej, osobowej lub w środowisku jest ubezpieczalne w wystarczającym zakresie za pomocą innych rodzajów ubezpieczeń. Brak omawianej bariery w definicji szkody oznaczałby przejęcie przez ubezpieczyciela D&O ryzyka braku lub nieadekwatnego zakresu innych ubez-

pieczeń majątkowych w programie ubezpieczenia przedsiębiorstwa (spółki), którego kierownictwo jest objęte ubezpieczeniem D&O (ryzyko *garbage can*). Ubezpieczenie D&O w takim przypadku stałoby się antidotum na luki w programie ubezpieczeniowym spółki albo jej pracowników w zakresie jakiegokolwiek ryzyka. Każdą taką lukę można bowiem teoretycznie przypisać błędnej decyzji zarządu. Ubezpieczenie D&O wyraźnie odcina się od innych ubezpieczeń poprzez bezwzględne wyłączenie roszczeń bezpośrednio lub pośrednio wynikających ze szkód na osobie, w mieniu lub środowisku, kiedykolwiek i gdziekolwiek one wystąpią.

Definicja „szkody” w ubezpieczeniu D&O obejmuje także koszty – przede wszystkim koszty obrony osoby ubezpieczonej lub (wyjątkowo) ubezpieczonej spółki. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie koszty, co do których ubezpieczony otrzymał uprzednią (czyli przed ich poniesieniem) pisemną zgodę ubezpieczyciela. Od tej zasady są tylko dwa wyjątki – tzw. koszty awaryjne oraz zasada wypłacania zaliczek na poczet kosztów, która jest niezbędnym elementem umowy ubezpieczenia D&O i którą stosują wszyscy ubezpieczyciele. Ubezpieczyciel uprawniony jest do weryfikacji kosztów, w szczególności pod kątem ich zasadności i wysokości, z wyjątkiem kosztów awaryjnych. Jednak w każdym przypadku, w którym wymagana jest uprzednia zgoda ubezpieczyciela, nie może on bezzasadnie wstrzymać wydania takiej zgody.

ZAKRES PODMIOTOWY

Ubezpieczenie D&O jest bardzo rozbudowane od strony podmiotowej. Zasadniczo występują w nim dwie grupy interesariuszy – grupa osób fizycznych korzystających z ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczone osoby) oraz jedno lub więcej przedsiębiorstw uprawnionych do świadczenia jako podmioty ubezpieczone (ubezpieczone spółki). Nie należy jednak tracić z pola widzenia powiązań pomiędzy tymi grupami, które warunkują odpowiedzialność ubezpieczyciela. Otóż w chwili popełnienia uchybienia, z którego wynika objęcie ubezpieczeniem roszczenie, ubezpieczona osoba musi wykonywać funkcję kierowniczą w przedsiębiorstwie spełniającym definicję spółki. W tym kontekście nie występuje spółka jako ubezpieczony, jednak okoliczność, czy w chwili uchybienia przedsiębiorstwo kierowane przez osobę ubezpieczoną spełniało definicję „spółki”, stanowi swoisty warunek czasowy ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie D&O jest ubezpieczeniem wielopodmiotowym, co wyraża się w:

- występowaniu przedsiębiorstwa (spółki) w roli ubezpieczającego,
- włączeniu do definicji „spółki” wszystkich jej spółek zależnych,
- przyjęciu bezimiennej, otwartej (zmiennej w czasie) grupy osób ubezpieczonych i ubezpieczonych spółek, czyli:
 - objęciu ubezpieczeniem okresu poprzedzającego datę zawarcia umowy ubezpieczenia i odniesienie jej zakresu do ówczesnego składu osobowego grupy osób ubezpieczonych, a także ówczesnego wykazu ubezpieczonych spółek,
 - włączeniu do ubezpieczenia każdej zmiany składu podmiotowego grupy ubezpieczonych osób i ubezpieczonych spółek w okresie ubezpieczenia.

UBEZPIECZAJĄCY

Umowa ubezpieczenia D&O zawierana jest przez spółkę jako ubezpieczającego, na rzecz osób fizycznych wykonujących

w spółce funkcje kierownicze. W przypadku grupy kapitałowej umowa ubezpieczenia zawierana jest najczęściej przez spółkę matkę jako ubezpieczającego. W przypadku grup przedsiębiorstw powiązanych, np. osobą właściciela, istnieje też możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia obejmującej wyłącznie osoby ubezpieczone, działające w spółkach wymienionych w załączniku do umowy ubezpieczenia, pomimo iż żadna z nich w stosunku do innych nie pozostaje w pozycji spółki matki ani spółki zależnej.

Z powyższymi zastrzeżeniami ubezpieczenie D&O może obejmować:

- spółkę matkę, wszystkie byłe i obecne spółki zależne oraz wszystkie nowe spółki zależne powołane lub nabyte w okresie ubezpieczenia (w ramach tzw. limitu wartości nabycia),
- spółkę matkę i wybrane spółki zależne (załącznik do polisy),
- tylko spółkę matkę,
- wybrane spółki zależne,
- tylko jedną spółkę zależną,
- grupę spółek powiązanych, spośród których żadna nie posiada statusu spółki matki ani spółki zależnej.

OSOBY UBEZPIECZONE

Ubezpieczenie D&O nie jest ubezpieczeniem oznaczonych imiennie osób. Jedynym podmiotem imiennie wskazanym w umowie jest spółka występująca jako ubezpieczający. **Krag osób ubezpieczonych wyznacza natomiast definicja „osoby ubezpieczonej”.** Kategorią objętą ubezpieczeniem D&O nie są wyłącznie członkowie organów spółek (zarządu, rady nadzorczej, komisji rewizyjnej). Definicja zawarta w umowie ubezpieczenia zalicza do tego kręgu również inne osoby, bez względu na nazwę stanowiska, które zajmują (dyrektor generalny, dyrektor zarządzający, wykonawczy itp.). Cechą wspólną, wyróżniającą tę grupę, jest możliwość bezpośredniego wpływu jej członka na sytuację finansową spółki poprzez wykorzystanie posiadanych pełnomocnictw do podejmowania strategicznych decyzji, przede wszystkim w sferze kapitałowej, inwestycyjnej, handlowej lub marketingowej. Tak więc stosowna definicja umowna włącza do tej grupy prokurentów, a także wszystkich pracowników, w tym osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych, wykonujących w spółce funkcje kierownicze (np. osoby odpowiedzialne za prowadzenie ksiąg rachunkowych czy zarządzanie ryzykiem, w tym ryzykiem zgodności – *compliance*). Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy także jakiegokolwiek pracownika (nawet niewykonyującego funkcji kierowniczej), współpозwanego z członkiem organów spółki, jak również każdego pracownika, jeżeli tylko otrzymał on roszczenie lub zarzut naruszenia tzw. praw pracowniczych. W ten sposób powstaje pewien układ strukturalny grupy osób ubezpieczonych.

Zgodnie z zasadą pełnego pokrycia retroaktywnego, ubezpieczyciele D&O zaliczają do definicji osób objętych ubezpieczeniem nie tylko osoby aktualnie (w okresie ubezpieczenia) spełniające definicję „osoby ubezpieczonej”, lecz i osoby, które aktualnie nie wchodzą w zakres omawianej definicji, ale spełniały ją w chwili, w której zostało popełnione zarzucane im uchybienie. Ponieważ w okresie ubezpieczenia mogą zająć przeciwne zmiany, tj. wstąpienie nowych osób do grona osób ubezpieczonych, w definicji

„ubezpieczonych osób” znajdziemy także odniesienia do przyszości z perspektywy chwili zawierania umowy ubezpieczenia. Definicja „ubezpieczonych osób” jest ponadto sprzężona z definicją „spółki” w ten sposób, iż osoby wymienione jako ubezpieczone ze względu na charakter wykonywanej funkcji są ubezpieczone pod warunkiem, że w chwili popełnienia zarzucanego im uchybienia wykonywały funkcję w spółce spełniającą definicję „spółki”, w tym spółki zależnej.

WYPADEK UBEZPIECZENIOWY I DEFINICJA „ROSZCZENIA”

W ubezpieczeniu D&O standardem jest zdefiniowanie wypadku jako „zgłoszenia roszczenia” (claims made). Trigger claims made oznacza, że zastosowanie ma ta umowa, w której okresie ubezpieczenia zostanie po raz pierwszy zgłoszone do ubezpieczonego roszczenie w rozumieniu umowy ubezpieczenia. Może to być pisemne wezwanie (pismo, pozew, decyzja administracyjna itp.) do zapłaty poszkodowanemu odszkodowania albo innego świadczenia (np. zaległości podatkowej lub innego zobowiązania niewyegzekwowanego od spółki), zawiadomienie o wszczęciu postępowania karnego albo jakiegokolwiek inne pisemne postawienie zarzutu popełnienia uchybienia w rozumieniu umowy ubezpieczenia. Samo uchybienie może mieć miejsce w tym samym okresie ubezpieczenia, ale może też (i to będzie sytuacja częstsza) być popełnione wcześniej, w okresie obowiązywania którejś z poprzednich umów ubezpieczenia albo nawet w czasie, gdy w spółce nie funkcjonowało jeszcze ubezpieczenie D&O. Standard ubezpieczenia przewiduje odpowiedzialność ubezpieczyciela we wszystkich ww. sytuacjach, o ile umowa zawiera klauzulę tzw. pełnego pokrycia retroaktywnego.

Definicja „roszczenia” mieści zatem różne zdarzenia faktyczne i prawne, w szczególności wszczęcie postępowania objętego ubezpieczeniem (karnego, karno-skarbowego, administracyjnego, w tym także czynności poprzedzające formalne wszczęcie tych postępowań, o ile tylko wynika z nich zarzut popełnienia uchybienia przez osobę ubezpieczoną), stanowi więc definicję zbiorczą obejmującą wiele rodzajów zdarzeń angażujących odpowiedzialność ubezpieczyciela co najmniej w zakresie kosztów obrony.

UCHYBIENIE (NIEPRAWIDŁOWE DZIAŁANIE) – FUNKCJA KIEROWNICZA

Definicja „uchybienia” (zwanego także „nieprawidłowym działaniem” lub „czynem bezprawnym”) wkomponowana jest w definicję „roszczenia” w taki sposób, iż **tylko roszczenie wynikające ze zdefiniowanego w umowie uchybienia rodzi odpowiedzialność ubezpieczyciela**. Definicja „uchybienia” odnosi się odpowiednio do osoby ubezpieczonej i ubezpieczonej spółki. Z tym zastrzeżeniem oznacza ono faktyczne lub rzekome naruszenie obowiązków, w tym w szczególności błąd, nadużycie zaufania, niedbalstwo (także rażące), nieprawidłowe, mylące lub zniesławiające oświadczenie oraz naruszenie praw pracowniczych, jak też inne działanie lub zaniechanie związane z pełnieniem funkcji określonej w definicji „osoby ubezpieczonej”. Specyficzną odmianą uchybienia jest naruszenie praw pracowniczych, definiowane jako m.in. bezpodstawne lub niezgodne z prawem rozwiązanie umowy o pracę, bezpodstawną lub niezgodną z prawem odmowa zatrudnienia lub niesłuszne pozbawienie możliwości awansu, bezprawna dyskryminacja, molestowanie seksualne, mobbing lub innego rodzaju molestowanie w miejscu pracy. Definicja „uchybienia” zawiera jeden kluczowy element zakresowy. Otóż zawsze wkomponowane są w nią słowa „popełnione wyłącznie w związku z pełnieniem funkcji określonej w umowie”.

Prowadzi ona do istotnego dookreślenia zakresu ubezpieczenia, ponieważ nie wszystkie popełnione przez osobę ubezpieczoną uchybienia będą kwalifikowały się jako uchybienia, których skutki będą objęte ubezpieczeniem. W szczególności nie są nim objęte roszczenia (także w sferze czystych strat finansowych) będące następstwem działań lub zaniechań w wykonywaniu obowiązków pracowniczych wynikających z umowy o pracę, regulaminu pracy lub innych wewnętrznych aktów prawnych w spółce, dotyczących wszystkich pracowników, a więc także należących do kadry zarządzającej. Naruszenie tych regulacji przez osobę spełniającą definicję „osoby ubezpieczonej” nie zaangażuje odpowiedzialności ubezpieczyciela D&O. Skrótowno rzecz ujmując – tylko naruszenie obowiązków kierowniczych (zarządczych lub nadzorczych), a więc przypisanych do funkcji, a nie umowy o pracę, stanowi uchybienie w rozumieniu umowy ubezpieczenia.

Elementem zakresowo istotnym dla prawidłowego funkcjonowania ubezpieczenia D&O jest również wprowadzenie do definicji „uchybienia” określników „rzekome (zarzucane, domniemane)”. Wskazują one na prewencyjno-ochronną funkcję ubezpieczenia D&O, które ma angażować odpowiedzialność ubezpieczyciela już od chwili pojawienia się zarzutów związanych z wykonywaną przez ubezpieczonego funkcją kierowniczą, bez względu na dalszy przebieg wypadków, w szczególności bez względu na to, czy ostatecznie ubezpieczony zostanie pociągnięty do odpowiedzialności, czy nie. Taki zapis nie daje również ubezpieczycielowi prawa do oceny wagi stawianych ubezpieczonemu zarzutów ani stopnia prawdopodobieństwa ich udowodnienia w toku postępowania. Ubezpieczyciel D&O musi bowiem świadczyć ochronę ubezpieczeniową bez względu na wagę zarzutów i skalę ich realności.

ZAKRES TERYTORIALNY – ROSZCZENIA DOTYCZĄCE USA

Ubezpieczenie D&O standardowo posiada ogólnosiwiatowy zakres ubezpieczenia, z wyłączeniem lub ograniczeniem pokrycia jedynie roszczeń „pochodzących z USA”, tj. roszczeń, do których ma zastosowanie prawo amerykańskie. Zgodnie z umową ubezpieczenia roszczenia takie albo w całości są wyłączone, albo pokrywane tylko warunkowo, tzn. pod warunkiem, że mieszczą się w którejś z kilku kategorii objętych ubezpieczeniem. Mamy tutaj zatem do czynienia z wykorzystaniem formuły „nazwanych ryzyk”, a ponadto z ograniczeniem pokrycia wyłącznie do roszczeń spoza spółki. W umowie ubezpieczenia znajdziemy zatem wyłączenie roszczeń ubezpieczonej spółki przeciwko osobom ubezpieczonym lub osób ubezpieczonych przeciwko sobie wzajemnie, wniesionych w USA lub na mocy obowiązującego tam prawa, chyba że dotyczą one wyłącznie kosztów obrony albo tzw. roszczeń pochodnych (*actio pro socio*) ze strony udziałowca lub akcjonariusza, ewentualnie jeżeli roszczenie zostało zgłoszone bez instrukcji, namowy, wsparcia lub rekomendacji ze strony ubezpieczonej spółki lub osoby ubezpieczonej, np. przez syndyka, wreszcie – jeżeli roszczenie zostało zgłoszone przez osobę ubezpieczoną, która nie pracuje już dla ubezpieczonej spółki. W umowie znajdziemy również zestaw kilku wyłączeń dotyczących roszczeń pochodzących z USA.

SEKCJE ZAKRESU UBEZPIECZENIA

Specyfiką ubezpieczenia D&O jest podział zakresu ubezpieczenia na tzw. sekcje (*sides*), często oznaczone dużymi literami (A, B, C itd.). Oznacza to, że ubezpieczenie działa wyłącznie w zakresie włączonych do danej umowy sekcji zakresowych. Niewymienione w umowie sekcje stanowią wyłączenie danego rodzaju roszczeń. Sekcje włączone działają więc jak rozszerzenia, a sekcje niewłączone – jak wyłączenia.

W każdej sekcji zakresu ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty obrony poniesione przez osobę lub spółkę objętą ubezpieczeniem w ramach danej sekcji. Świadczenie polegające na pokryciu kosztów obrony przed nieuzasadnionym roszczeniem stanowi jedną z głównych funkcji ubezpieczenia D&O. Koszty obrony zazwyczaj obejmują konieczne i uzasadnione koszty, opłaty i wydatki związane z:

- ➔ analizą roszczenia,
- ➔ przygotowaniem obrony przed roszczeniem,
- ➔ obroną przed roszczeniem,
- ➔ przygotowaniem do postępowań prowadzonych w związku z roszczeniem,
- ➔ udziałem w postępowaniach prowadzonych w związku z roszczeniem.

Powyższe pojęcie obejmuje zatem w szczególności uzasadnione koszty pomocy prawnej, koszty i opłaty sądowe lub urzędowe, koszty tłumaczeń, a także koszty opinii biegłych lub ekspertów. Koszty obrony nie obejmują jednak wynagrodzenia osób ubezpieczonych, wynagrodzeń pracowników spółki ani kosztów ogólnych spółki.

WCZEŚNIEJSZE LUB TOCZĄCE SIĘ POSTĘPOWANIA (DATA OBOWIĄZYWANIA)

Z zakresu ubezpieczenia D&O wyłączone są roszczenia w jakikolwiek sposób powiązane z wszelkiego typu postępowaniami toczącymi się przed lub w tzw. dacie obowiązywania (zwanej także datą ciągłości, kontynuacji lub wyłączenia wcześniejszych lub toczących się postępowań – *Prior and Pending Litigations Date*). Wyłączenie to dotyczy zatem roszczeń, co do których w dacie obowiązywania toczyło się postępowanie sądowe lub pozasądowe wobec spółki lub ubezpieczonego, nawet jeżeli nie posiadali oni wówczas o tym wiedzy. Jeżeli takie postępowanie wobec spółki zakończy się wskazaniem któregoś z ubezpieczonych (osoby lub spółki) jako odpowiedzialnego, skutki finansowe tego postępowania nie obciążają ubezpieczyciela. Intencją ubezpieczyciela – co oczywiste – jest chęć uniknięcia wkroczenia do „płonącego budynku” i związanej z tym drastycznej antyselekcji ryzyka.

ZNANE OKOLICZNOŚCI LUB ROSZCZENIA

Wielu ubezpieczycieli D&O umieszcza na liście wyłączeń w stosowanych wzorach umownych wyłączenie roszczeń wynikających „ze znanych okoliczności”, nie definiując niestety tego pojęcia (podobnie jak – niekiedy – „postępowania”). Oczywiście jest intencja takiego ubezpieczyciela – dążyć on do skuteczniejszego uwolnienia się od odpowiedzialności za zdarzenia nienoszące cech zdarzeń losowych, w szczególności zdarzenia pewne (art. 806 k.c.), niż byłoby to możliwe przy powoływaniu się na zatajenie na etapie deklaracji ryzyka (art. 815 k.c.). Niektórzy ubezpieczyciele nie stosują jednak tego wyłączenia, pozostając przy wyłączeniu „roszczeń lub okoliczności zgłoszonych wcześniej innemu ubezpieczycielowi”, a także wyłączeniu roszczeń wynikających z toczących się przed lub w dacie obowiązywania postępowań. Nie oznacza to oczywiście, że rezygnują ze stosowania sankcji przewidzianych przez art. 815 k.c., jeżeli będą mieli do tego prawo w razie stwierdzenia złożenia nieprawdziwych oświadczeń przez ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym lub innych pismach przed zawarciem umowy, o ile zatajone okoliczności mają związek z daną szkodą. Niejednokrotnie trudno wskazać zasadnicze różnice pomiędzy omawianym wyłączeniem a wyłączeniem wcześniejszych lub toczących się postępowań,

zwłaszcza jeżeli „postępowanie” nie posiada swojej definicji umownej. W niektórych wzorach umownych wyłączenie „znanych okoliczności” ma nawet zastosowanie do każdej kolejnej umowy ubezpieczenia odrębnie, tzn. że ubezpieczyciel przy jego stosowaniu będzie badał stan wiedzy ubezpieczonego z chwili zawarcia danej umowy, a nie z chwili zawarcia pierwszej umowy pozostającej z badaną w stosunku nieprzerwanej kontynuacji. Większość ubezpieczycieli w tym elemencie umowy odnosi się jednak do daty obowiązywania, co należy uznać za jedyne prawidłowe podejście do tej kwestii.

WINA UMYŚLNA

Wina umyślna ubezpieczonego (osoby fizycznej lub prawnej) zawsze jest wyłączona z każdego ubezpieczenia majątkowego, z wyjątkiem umowy ubezpieczenia OC, w której można się umówić inaczej (art. 827 k.c.). Zasada ta przeniesiona jest także na umowę ubezpieczenia D&O, ale w najłagodniejszy dla ubezpieczonego sposób. Mianowicie ubezpieczyciel rezygnuje ze stosowania tej sankcji, dopóki postępowanie sądowe nie jest jeszcze zakończone prawomocnym wyrokiem. Oznacza to obowiązek ponoszenia kosztów obrony przez ubezpieczyciela aż do daty uprawomocnienia się orzeczenia. Jeżeli prawomocny wyrok sądu stwierdzi umyślność postępowania osoby ubezpieczonej lub ubezpieczonej spółki, wszystkie wypłacone świadczenia będą podlegały zwrotowi na rzecz ubezpieczyciela. Nie będzie to jednak roszczenie regresowe, o którym mowa w art. 828 k.c., gdyż jego adresatem będzie ubezpieczony, a nie osoba trzecia.

SUMA GWARANCYJNA

Suma gwarancyjna bywa w ubezpieczeniu D&O nazywana także „sumą ubezpieczenia”. Suma gwarancyjna (ubezpieczenia) stanowi limit odpowiedzialności ubezpieczyciela D&O dla wszystkich świadczeń z tytułu zawartej umowy – odszkodowań, kosztów i wydatków. Zasadą jest konsumpcja sumy gwarancyjnej; nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia w systemie „na roszczenie”, bez ograniczenia kwotowego dla wszystkich roszczeń przypisanych do danego okresu ubezpieczenia zgodnie z klauzulą zakresu temporalnego (triggerem).

FRANSZYZY I UDZIAŁY WŁASNE

Ewolucja ubezpieczenia D&O doprowadziła do usunięcia, przynajmniej na polskim rynku, franszyz redukcyjnych i udziałów własnych we wszystkich sekcjach i rozszerzeniach dotyczących ubezpieczonych osób fizycznych. Pozostawiono je wyłącznie w tych elementach umowy, które obejmują albo odpowiedzialność ubezpieczonej spółki, albo jej koszty obrony. W obszarach, gdzie franszyza ma zastosowanie, zazwyczaj określa się ją jako franszyzę redukcyjną (nigdy integralną) na każde roszczenie – pojedyncze lub seryjne. Zawsze wyrażona jest ona kwotowo, nigdy procentowo, ma bowiem za główne zadanie uwolnić ubezpieczyciela od zajmowania się drobnymi roszczeniami, których częstotliwość w niektórych ryzykach lub branżach jest wielokrotnie wyższa niż roszczeń przekraczających kwotę franszyzy. Zasada ta oznacza, iż odpowiedzialność ubezpieczyciela zaczyna być zaangażowana dopiero od chwili, gdy w toku rozwoju roszczenia, np. wskutek zgłaszania kolejnych uszczerbków przez tego samego poszkodowanego albo przekroczenia przez poniesione koszty obrony, kwota franszyzy zostanie przekroczona. Nie oznacza to, że ubezpieczyciel nie zna sprawy i nie miał na nią dotychczas żadnego wpływu – obowiązek zgłoszenia zawiadomienia o otrzymanym roszczeniu dotyczy bowiem także roszczeń mieszczących się w kwocie franszyzy. □

Ubezpieczenia środowiskowe to szkody

Przy porównaniu ubezpieczenia środowiskowego z innymi, np. odpowiedzialności cywilnej, różnicę stanowi czasowy zakres ochrony, określony przez tzw. claims made trigger. W momencie zawierania umowy ubezpieczenia ustalana jest tzw. data retroaktywna, po której musi zająć zdarzenie ubezpieczeniowe. – **ŁUKASZ JASTRZĘBSKI**



Łukasz Jastrzębski,
Senior Underwriter Environmental
and Aerospace, Colonnade.
W ubezpieczeniach od 8 lat.

Kluczowym przepisem regulującym odpowiedzialność za szkody w środowisku jest ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zapobieganiu szkodom w środowisku i ich naprawie (tzw. ustawa szkodowa). Określa ona katalog rodzajów działalności stwarzających ryzyko wystąpienia szkody w środowisku. Rygor odpowiedzialności na zasadzie ryzyka zakłada, że podmiot ponosi odpowiedzialność w sytuacji, gdy szkoda pozostaje w związku z prowadzoną przez niego działalnością, niezależnie od działania lub zaniechania prowadzącego działalność, niezależnie od jego winy. Rzeczywisty przykład szkody pokazuje, co kryje się za tą zasadą. W 2010 r. w Brzegu Dolnym doszło do zderzenia dwóch pociągów. Maszynista jednego z nich zignorował sygnalizację świetlną i doprowadził do wypadku, czego konsekwencją był wyciek do gruntu przewożonej smoły destylowanej. Jednak to operator drugiego pociągu został zobowiązany przez organy ochrony środowiska do rekultywacji środowiska ze względu na przewóz materiałów niebezpiecznych i związaną z tą działalnością zasadą ryzyka. Sytuacja ta doskonale ilustruje odrębność dwóch reżimów: odpowiedzialności administracyjnej na bazie ustawy szkodowej oraz odpowiedzialności cywilnej. Zawierając wyłącznie umowę OC, możemy jako przedsiębiorcy być narażeni na istotne luki zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

W ubezpieczeniu środowiskowym ochrona obejmuje:

- odpowiedzialność firmy na podstawie ustawy o zapobieganiu szkodom w środowisku i ich naprawie oraz uwzględnia bieżące zmiany w przepisach;
- pełną ochronę prawną w sprawach cywilnych i administracyjnych dotyczących zagrożeń i szkód środowiskowych;
- pokrycie zdarzeń nagłych i stopniowych – ubezpieczenie nie wprowadza podziałów na zanieczyszczenia nagłe i powolne ani ograniczeń i wyłączeń z tym związanych, spotykanych w ubezpieczeniach OC;
- kompleksową ochronę nie tylko w zakresie prowadzenia wieloletnich działań naprawczych, ale również wynikającą z konieczności monitorowania stanu środowiska po szkodzie;
- pokrycie szkód w środowisku bez względu na to, czy są konsekwencją emisji, zmiany poziomu wód gruntowych, ciepła, hałasu lub innych czynników związanych z prowadzoną działalnością;
- pokrycie kosztów związanych z roszczeniami osób trzecich, dotyczącymi szkody osobowej lub szkody na mieniu, a także kosztów przerwy w działalności.

SPECYFICZNE WYŁĄCZENIA

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy zwrócić uwagę na zapisane w OWU wyłączenia. Są one dość specyficzne. **Ubezpieczenie środowiskowe nie pokrywa szkód poniesionych przez pracowników ubezpieczonego (tzw. odpowiedzialność cywilna pracodawcy) ani szkód spowodowanych przez produkt wprowadzony do obrotu.** W kwestionariuszu ubezpieczyciel zapyta o wykorzystywanie podziemnych zbiorników magazynowych. W razie braku ich zgłoszenia, ochroną ubezpieczeniową nie będą objęte następstwa rozszczelnienia z takiego zbiornika ani przynależnego do niego rurociągu. W przeciwieństwie do innych dostępnych na rynku produktów, ubezpieczenie środowiskowe pokryje koszty działań naprawczych związanych z rozproszaniem się azbestu. Do tego typu szkody doszło m.in. w 2012 r., kiedy firma zajmująca się usuwaniem elementów azbestowych z konstrukcji budynku doprowadziła do pożaru na terenie prowadzonych prac. W wyłączeniach znajdziemy również sytuacje związane z działaniami wojennymi lub atakami terrorystycznymi, z istotnym zastrzeżeniem, że ograniczenie to nie dotyczy ataków cybernetycznych. Co to w praktyce oznacza? Wyobraźmy sobie sytuację włamania do systemu w stacji uzdatniania wody. Niekontrolowana ingerencja w system, który analizuje i modyfikuje skład substancji chemicznych dodawanych do wody w celu jej oczyszczenia i uczynienia zdatną do picia, mogłaby doprowadzić do katastrofy i narażać ludzi na utratę zdrowia. Inna sytuacja wynikająca z ataku cybernetycznego to uwolnienie nieoczyszczonych ścieków do rzeki z miejskiej oczyszczalni ścieków. Zdalne wyłączenie maszyny może spowodować awarię w zakładzie produkcyjnym, a w konsekwencji pożar i zanieczyszczenie. Ingerencja w system sterowania ruchem drogowym lub kolejowym doprowadzi do wypadku. Wszystkie te sytuacje brzmią dzisiaj jak z filmu o przyszłości, ale prawda jest taka, że takie zdarzenia miały już miejsce. Moim zdaniem termin „nowoczesne” świetnie oddaje charakter ubezpieczenia, które opisujemy w niniejszym artykule.

Przy porównaniu ubezpieczenia środowiskowego z innymi, np. odpowiedzialności cywilnej, różnicę stanowi czasowy zakres ochrony, określony przez tzw. claims made trigger. W momencie zawierania umowy ubezpieczenia ustalana jest tzw. data retroaktywna, po której musi zająć zdarzenie ubezpieczeniowe

(np. szkoda w środowisku lub emisja substancji ciekłej lub gazowej). Roszczenie lub szkodę należy zgłosić do ubezpieczyciela w czasie trwania okresu ubezpieczenia lub w trakcie dodatkowego okresu, o ile takowy jest przewidziany. Wyróżniającym się elementem jest również brak lub niewielka liczba dodatkowych klauzul rozszerzających. Cały zakres ubezpieczenia dostępny na polskim i europejskim rynku ubezpieczeń opisany jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Posiadacze ubezpieczenia środowiskowego mają zatem dostęp do kompleksowego ubezpieczenia bez żadnych luk w zakresie ubezpieczenia.

Co z oceną ryzyka? Na co zwraca uwagę underwriter, gdy analizuje ryzyko, które ma ubezpieczyć? Przede wszystkim na rodzaj prowadzonej przez przedsiębiorstwo działalności, łącznie z określeniem czynników, które mogą doprowadzić do potencjalnej szkody, np.

- substancje niebezpieczne: w czym są przechowywane i jakie zastosowano zabezpieczenia, które miałyby przeciwdziałać potencjalnym zagrożeniom;
- skala prowadzonej działalności, z uwzględnieniem zakresu terytorialnego;
- czas trwania i rodzaj prowadzonych prac budowlanych.

W kontekście oceny ryzyka ważne jest, jak zresztą w każdym rodzaju ubezpieczenia, czy dana firma miała już przypadki szkód, a jeśli tak, to co zrobiono, aby przeciwdziałać podobnym sytuacjom w przyszłości. O zasadach underwritingu można by napisać książkę, ale praktyka pokazuje, że nie ma nigdy możliwości ani czasu na pełną analizę i trzeba skupić się na kwestiach najbardziej istotnych, na bazie których można już podjąć rozsądną decyzję o kształcie oferty ubezpieczenia. Wykorzystywane są w tym celu specjalistyczne kwestionariusze.

SKODY SĄ KLUCZOWE

Trudno jest zrozumieć ubezpieczenia środowiskowe bez analizy przykładów szkód z nimi związanych. Jest to m.in. ubezpieczenie odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobom trzecim, jednak zakres ochrony wykracza daleko poza ramy typowej polisy odpowiedzialności cywilnej. Mylnie jest przeświadczenie, że ubezpieczenie środowiskowe dotyczy wyłącznie szkód w elementach przyrody.

Zacznijmy od szkody z maja 2016 r., kiedy orzeł bielak został uśmiercony przez śmigło turbiny wiatrowej w Kozielicach. Przez 6 lat działań naprawczych, uzgodnionych z organem ochrony środowiska, ubezpieczenie pokrywać będzie koszty utworzenia 5 platform gniazdowych oraz koszty prowadzonych przez ornitologa badań, analiz i regularnie sporządzanych raportów. Warto w tej sytuacji zwrócić uwagę na długi czas naprawy szkody. Nie ma takiej możliwości, aby odtworzyć elementy przyrody z dnia na dzień. Zawsze jest to długotrwały proces i rezerwa ubezpieczeniowa założona zostaje na bardzo długi okres. W 2009 r. w Dębogórze doszło do nielegalnego odwiertu w rurociągu paliwowym. Remediacja zanieczyszczonej gleby trwać będzie w tym przypadku przez co najmniej 16 lat!

W grudniu 2015 r. w Szczecinie robotnicy prowadzący drobne prace ziemne na działce, w obrębie której stała wyłącznie restauracja, odkryli zanieczyszczenie gleby. Okazało się, że olej napędowy migrował ze znajdującej się niedaleko stacji paliw, na której jednak nigdy nie doszło do żadnej awarii związanej z wyciekiem. Paliwo dostawało się do gruntu stopniowo i w sposób niezauważalny podczas regularnie prowadzonych prac przeładunkowych z autocysterny do zbiornika. Ubezpie-

czyciel był zobowiązany do opłacenia z polisy środowiskowej kosztów rekultywacji gruntu należącego do ubezpieczonego, jak i z terenu właściciela sąsiedniej posesji. Z perspektywy polisy OC czy majątkowych jest to zupełnie nietypowa sytuacja. Prace rekultywacyjne wymagały wstrzymania działalności zarówno stacji paliw, jak i restauracji. Ubezpieczenie pokryło również koszty utraconego zysku oraz odszkodowania należnego właścicielom restauracji za udostępnienie terenu w celu przeprowadzenia prac naprawczych.

Wiele przypadków wypłaty odszkodowań z ubezpieczeń środowiskowych związanych jest z pożarem. Gdy w 2015 r. zapaliły się odpady na terenie zakładu produkcyjnego w Dąbrówce Wielkopolskiej, spływające wody pogaśnicze przesiąkły do gleby. W trakcie pożaru ewakuowano część okolicznych mieszkańców oraz zamknięto szkołę i przedszkole. Zaskakujące było to, że koszty obrony prawnej związanej z roszczeniami o zadośćuczynienie przekroczyły koszty samej rekultywacji gruntu. Podobny scenariusz miał miejsce w 2016 r. w Nowym Mieście Lubawskim, gdy kierowca po zatankowaniu auta wyrwał dystrybutor gazu, ponieważ zapomniał odłączyć kabel i odjechał. Wyciek LPG spalił osiedle. Straż ewakuowała mieszkańców z 15 budynków. Nie doszło do zanieczyszczenia, ale posypały się roszczenia o zadośćuczynienie.

Informacje o szkodach środowiskowych są w Polsce publicznie dostępne w oparciu o przepisy ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko. Istnieje nawet prowadzony przez Generalnego Dyrektora Ochrony Środowiska rejestr bezpośrednich zagrożeń szkodą w środowisku i szkód w środowisku, dostępny na platformie www.ekoportel.gov.pl. **Działalność organów ochrony środowiska jest niezwykle istotna w kontekście egzekwowania odpowiedzialności za szkody w środowisku.** W przytoczonym wyżej rejestrze można natrafić na wiele przypadków, kiedy zanieczyszczenie i wydarzenie, które je spowodowało, ujawniono dopiero po kontroli przeprowadzonej przez przedstawicieli Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska. Wiele przedsiębiorstw może sobie nie zdawać sprawy, że wydarzyło się coś, czego konsekwencją jest zanieczyszczenie przemieszczające się pod zajmowaną przez nich powierzchnią ziemi. W praktyce im później dojdzie do wykrycia zanieczyszczenia, tym większe będą koszty związane z rekultywacją. Warto część ryzyka związanego z prowadzoną działalnością powierzyć ubezpieczycielowi, zawierając umowę nowoczesnego ubezpieczenia środowiskowego, które chroni przed wieloma przypadkami niespodziewanych i kosztownych w konsekwencji sytuacji.

Na zakończenie fakt, o którym należy pamiętać: nie da się przewidzieć błędu ludzkiego. Są sytuacje, w których nawet najlepsze zabezpieczenia będą niewystarczające, i pozostaje wtedy tylko zapytać, czy udało się zawrzeć właściwe ubezpieczenie. W Głowińsku pracownik firmy zajmującej się gospodarką odpadami wywiózł z terenu zakładu odpady płynne, znajdujące się w kilkusetlitrowym plastikowym opakowaniu, po czym wylał je na własne pole w celu zniszczenia chwastów. Do podjęcia trwających ponad 3 lata działań naprawczych w związku z powstałym zanieczyszczeniem zobligowane zostało przedsiębiorstwo, z którego wywieziono odpady – w związku z odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka za szkody w środowisku. □

Cyber is the new black

Uważa się, że ubezpieczenia cyber wciąż są w początkowej fazie rozwoju. Obecnie rynki ubezpieczeniowe na świecie wchodzą w fazę oferowania rozwiązań w miarę kompleksowych, skupiając się jednak na ryzyku związanym z przetwarzaniem danych, bo jest ono krytyczne dla wielu przedsiębiorstw. – **MICHAŁ MOŁĘDA**



Michał Mołęda

jest wiceprezesem w Leadhall Polska, Lloyd's Coverholder. W ubezpieczeniach od 15 lat.

Ubezpieczenie cyber – najogólniej rzecz ujmując – to usługa finansowa mająca umożliwić sfinansowanie przedsiębiorstwom rozmaitych kosztów – odpowiedzialności oraz własnych – związanych z ryzykiem wycieku lub utraty danych, naruszeniem prywatności ich klientów, kontrahentów lub pracowników bądź innym incydentem informatycznym zagrażającym wiarygodności, dostępności i poufności ich systemów informatycznych.

Najważniejsze jest przetwarzanie danych, a nie blaszany robot czy kolorowy ekran.

Michał Boni w rozmowie z Robertem Siewiorkiem, Gazeta Wyborcza, 18.11.2017 r.

TROCHĘ HISTORII

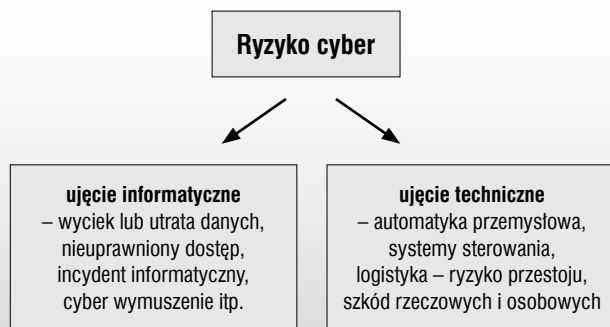
Uważa się, że ubezpieczenia cyber wciąż są w początkowej fazie rozwoju, chociaż także w Polsce już od kilkunastu lat temat jest znany i badany. Przypomnę chociażby oferowane swego czasu przez Gerlinga warunki ubezpieczenia *Computer Liability Errors & Omissions* (CLEO), obejmujące ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną (w tym czyste szkody majątkowe) za czynności zawodowe związane z oprogramowaniem, sprzętem komputerowym i usługami informatycznymi. Inny przykład to – stosowane jako klauzula do warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego – ubezpieczenie systemu informatycznego na wypadek zdarzeń losowych, obejmujące ochroną szkody w samym systemie spowodowane przez przestępstwa komputerowe lub zniszczenie danych informatycznych. Rozwiązania te z natury rzeczy odpowiadały fragmentarycznie na ryzyko cyber. Obecnie rynki ubezpieczeniowe na świecie wchodzą w fazę oferowania rozwiązań w miarę kompleksowych, skupiając się jednak na ryzyku związanym z przetwarzaniem danych, bo jest ono krytyczne dla wielu przedsiębiorstw. Ubezpieczenie to jednak tylko usługa finansowa, a nie rozwiązanie informatyczne zapewniające bezpieczeństwo danym. Zadaniem ubezpieczyciela jest ocena ryzyka i wskazanie klientom, w których obszarach stosowane przez nich rozwiązania są niewystarczające.

Najbardziej zaawansowany w rozwoju ubezpieczeń cyber jest bez wątpienia rynek amerykański. Tam też najszybciej doszło do zaostrzenia

przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, co w Unii Europejskiej jest realizowane wchodzącymi dopiero w maju 2018 r. przepisami RODO, czyli Rozporządzenia UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

Z tego też powodu, spoglądając na warunki ubezpieczenia cyber, najlepiej wzorować się na rynku amerykańskim. Poniżej przedstawie katalog podstawowych zakresów ochrony ubezpieczeniowej odpowiadających na poszczególne aspekty tego ryzyka, wzorowane właśnie na oferowanych od kilku lat w Stanach Zjednoczonych rozwiązaniach. Ryzyko cyber może być rozpatrywane z różnych perspektyw. Szczególnie chodzi tutaj o spojrzenie na ryzyko cyber w ujęciu informatycznym i w ujęciu technicznym.

Ujęcia ryzyka cyber



Źródło: Opracowanie własne.

UJĘCIE INFORMATYCZNE

Informatyka to dziedzina nauki zajmująca się przetwarzaniem informacji z użyciem komputerów. Rozważając istotę ryzyka cyber z informatycznej perspektywy, dostrzeżemy głównie ryzyka związane z przetwarzaniem danych, ich bezprawnym ujawnieniem, kradzieżą lub utratą, nieuprawnionym dostępem do systemu, cyberwymuszeniem itd. Źró-

dłem tych zagrożeń mogą być tak osoby trzecie (np. hakerzy), jak i pracownicy organizacji. **Szkody cyber mogą być skutkiem celowych, umyślnych działań bądź wynikiem niedbalstwa lub niedostatecznego zabezpieczenia danych.** W sytuacji, gdy takie ryzyko się materializuje, negatywne konsekwencje dla organizacji to przede wszystkim odpowiedzialność cywilna, odpowiedzialność administracyjna, a nawet karna oraz konieczność poniesienia kosztów związanych z identyfikacją i zarządzeniem incydem informacyjnym oraz ewentualne koszty odtworzenia danych.

UJĘCIE TECHNICZNE

W ujęciu technicznym ryzyko cyber wiąże się głównie z ryzykiem braku dostępu do systemu informatycznego organizacji, powodującym przestój i koszty z tym związane, a także z awarią systemu sterowania potencjalnie powodującą szkody rzeczowe lub osobowe. Tak rozumiane ryzyko cyber szczególnie dotyczy tych branż, w których system informatyczny jest niezbędny do utrzymania ciągłości produkcji lub świadczenia usług.

Omawiane w tym artykule warunki ubezpieczenia cyber odpowiadają przede wszystkim informatycznemu, a nie technicznemu ujęciu tego ryzyka. Uwzględniają zakresy obejmujące ochroną tak ryzyka odpowiedzialności za szkody osób trzecich, jak i ryzyka poniesienia szkód własnych.

OC ZA NARUSZENIE PRYWATNOŚCI – ZAKRES A

W kontekście ryzyk związanych z wyciekiem danych, ubezpieczenie cyber, zgodnie z dostępnymi na rynku rozwiązaniami, pozwala na objęcie ochroną ubezpieczeniową tych elementów ryzyka, które dotyczą odpowiedzialności za ujawnienie lub utratę danych osobowych lub w inny sposób naruszenie prywatności osób fizycznych. Ochrona dotyczyć powinna odpowiedzialności cywilnoprawnej polegającej nie tylko na ewentualnej konieczności zapłacenia zadośćuczynienia lub odszkodowania osobom, których dane zostały bezprawnie ujawnione lub utracone, ale także kosztów rozmaitych działań, do których może być zobowiązana organizacja w celu minimalizowania negatywnych konsekwencji wycieku lub utraty danych, albo takich działań, których wykonanie nakazują odpowiednie przepisy dotyczące ochrony danych osobowych – jak np. obowiązek pisemnego poinformowania każdej osoby, której dane zostały bezprawnie ujawnione, koszty działań podjętych w celu odtworzenia danych przez organizację, koszty usunięcia danych z miejsc w sieci, w których znalazły się bez zgody ich dysponenta, koszty infolinii oddanej do dyspozycji poszkodowanym, aby mogli uzyskać indywidualne informacje o wycieku ich danych itd. Wszystkie te cywilnoprawne konsekwencje naruszenia danych obejmowane są ochroną ubezpieczeniową w oparciu o klauzulę A w ubezpieczeniu cyber.

KARY ADMINISTRACYJNE ZA NARUSZENIE PRYWATNOŚCI – ZAKRES B

Oprócz odpowiedzialności cywilnej organizacja może być zmuszona, aby liczyć się z rozmaitymi postępowaniami regulacyjnymi, w tym w szczególności prowadzonymi przez organy powołane do ochrony danych osobowych, ale nie można wykluczyć także innych postępowania, nawet karnych. Jak wiadomo, **Kodeks karny przewiduje przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu informacji, a doprowadzenie do wycieku danych może być także kwalifikowane jako przestępstwo.** Konsekwencją postępowania administracyjnych może być nałożenie kar administracyjnych na podstawie odpowiednich przepisów. Wspomniane powyżej przepisy RODO dopuszczają nakładanie

wielomilionowych kar za naruszenie tego rozporządzenia. Koszty pomocy prawnej w tych postępowaniach oraz ubezpieczalne kary administracyjne są obejmowane ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzuli B ubezpieczenia cyber.

INNE KONSEKWENCJE WYCIEKU DANYCH – OC ZAWODOWE

Niektóre aspekty ryzyka bezprawnego ujawnienia danych, takie jak szkody wizerunkowe, utrata zaufania klientów, niższe przychody spowodowane utratą klientów, negatywne konsekwencje ujawnienia tajemnic handlowych w związku z wyciekiem danych, nie są obejmowane ochroną w ubezpieczeniu cyber.

Warto zauważyć, że obowiązek zachowania tajemnicy często ciąży na różnych przedsiębiorcach, jak np. obowiązek zachowania tajemnicy bankowej, ubezpieczeniowej, adwokackiej. Ryzyko odpowiedzialności cywilnej z powodu naruszenia tego obowiązku często jest obejmowane ochroną ubezpieczeniową na podstawie polisy OC zawodowej.

KOSZTY OBSŁUGI INCYDENTU INFORMATYCZNEGO – ZAKRES C

Szerszym pojęciem niż sam wyciek danych jest incydent informatyczny.

Może nim być np. atak hakerski lub informacja, że nieuprawniona osoba miała dostęp do systemu informatycznego przedsiębiorcy. Polisa cyber wskazuje na kilka typowych w takich wypadkach usług zewnętrznych, z których konieczne jest z reguły skorzystanie, aby zarządzić i poradzić sobie z incydem. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy pokrycia przez ubezpieczyciela ich kosztów, a często także zapewnienia dostępu do tych usług na życzenie ubezpieczonego.

W pierwszej kolejności są to usługi tzw. informatyki śledczej. Niewiele organizacji może sobie pozwolić na ponoszenie kosztu zatrudnienia na stałe eksperta od bezpieczeństwa teleinformatycznego. Nawet jeżeli firma dysponuje zespołem IT, są to z reguły administratorzy, którzy z uwagi na zakres obowiązków mogą nie posiadać niezbędnej wiedzy i umiejętności do opanowania incydentu. Należy się także liczyć z tym, że incydent może być konsekwencją błędów, zaniedbań lub wręcz umyślnego działania osób z działu IT i wówczas zewnętrzny partner jest niezbędny, aby właściwie zarządzać incydem.

Obsługa incydentów jest złożonym procesem, który składa się z kilku faz obejmujących identyfikację ataku (incydentu) i jego szybkie opanowanie, analizę jego przyczyn i skutków, a w końcu przywrócenie prawidłowego funkcjonowania systemu oraz wyciągnięcie wniosków.

W przypadku ataków teleinformatycznych nie jest możliwe oszacowanie z góry ilości prac niezbędnych do skutecznej obsługi incydentu. Każdy incydent musi być wyceniany oddzielnie, gdyż rozmiar i typ ataku wpływa na zaangażowanie ekspertów.

Usługa ta z reguły obejmować będzie:

- ➔ identyfikację skompromitowanych stacji roboczych, serwerów i urządzeń sieciowych oraz analizę śladów włamań,
- ➔ określenie metody zabezpieczenia danych oraz samo ich zabezpieczanie,
- ➔ analizę zabezpieczonych danych (pamięci RAM oraz dysków twardych) w celu identyfikacji źródeł, przyczyn zdarzeń oraz

ich skutków (tj. określenia, do czego intruz miał dostęp), a także metody ataku,

- odzyskanie plików konfiguracyjnych i innych istotnych informacji na temat intruza,
- odtworzenie historii działań wykonanych przez atakującego i ofiarę ataku (np. sposób zainfekowania stacji roboczej czy urządzenia mobilnego),
- analizę dzienników zdarzeń z innych systemów, które mogły zarejestrować aktywność intruza.

Dodać należy, że obsługa incydentu informatycznego to nie tylko praca informatyków śledczych. Należy liczyć się także z koniecznością pokrycia kosztów pomocy prawnej i kosztów ewentualnych innych specjalistycznych usług, np. w zakresie public relations, których poniesienie może być konieczne.

OC ZA DZIAŁANIE SYSTEMU – ZAKRES D

Polisa cyber powinna także zapewnić ochronę ubezpieczeniową na wypadek odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego z powodu szkody wyrządzonej osobom trzecim przez niewłaściwe działanie jego systemu informatycznego.

Na pierwszy rzut oka ochrona w tym zakresie wydaje się pokrywać z zakresem A polisy cyber, która udziela ochrony ubezpieczeniowej na wypadek odpowiedzialności cywilnej za dopuszczenie do wycieku danych. Jednak postać szkód, za które ubezpieczony może ponosić odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone przez jego system, może dalece wykraczać tylko poza wyciek danych. Dobrym przykładem jest dopuszczenie do zainfekowania złośliwym oprogramowaniem komputerów (stacji roboczych) klienta, który ze strony internetowej udostępnianej przez ubezpieczonego ściągał pliki (jak np. atak na polskie banki poprzez ściągnięcie przez pracowników banków plików ze strony internetowej Komisji Nadzoru Finansowego).

Konsekwencją takiego zdarzenia może – ale nie musi – być tylko wyciek danych. Ale takie zdarzenie może spowodować także inne straty. Mogą to być przykładowo omawiane powyżej koszty pomocy informatyków śledczych, tyle że traktowane nie jako szkoda własna, ale jako szkoda osoby trzeciej, za którą można przypisać odpowiedzialność na zasadach ogólnych właścicielowi lub operatorowi systemu informatycznego, którego wadliwość lub niewystarczające zabezpieczenie dopuściły do infekcji. Scenariuszy szkodowych może być jednak wiele – zależnie od tego, do jakich skutków doprowadzi niepożądane złośliwe oprogramowanie w systemie osoby trzeciej. Może to być przykładowo zaszyfrowanie i w konsekwencji utrata danych, utrata wiarygodności danych i konieczność reinstalacji całego systemu itp.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ MULTIMEDIALNA – ZAKRES E

Kompleksowe ujęcie zakresu ochrony w polisach cyber wymaga uwzględnienia także ochrony na wypadek odpowiedzialności cywilnej z tytułu publikacji za pomocą środków elektronicznych, a więc przede wszystkim na stronach internetowych, w mediach społecznościowych lub intranecie.

Jak wiadomo, dla niektórych organizacji, które przykładowo zawodowo zajmują się wydawnictwem lub publikacją, ryzyko to stanowi podstawowe ryzyko zawodowe i co do zasady jego

ubezpieczenie powinno być zapewnione na podstawie odrębnej umowy ubezpieczenia OC zawodowego, a nie ubezpieczane „przy okazji” w polisie cyber. Dla większości organizacji nie jest to jednak podstawowe ryzyko zawodowe, a bardzo często nie jest też objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów ubezpieczenia OC. Z tego powodu takie podmioty mają możliwość objęcia ochroną ubezpieczeniową tego ryzyka w ramach zakresu E – odpowiedzialność multimedialna.

KOSZTY CYBERWYMUSZENIA – ZAKRES F

Cyberwymuszenie to wiarygodna groźba wprowadzenia złośliwego oprogramowania lub zakłócenia pracy systemu informatycznego organizacji bądź rozpowszechnienia wrażliwych danych organizacji, albo danych wrażliwych osób, za których bezpieczeństwo organizacja ponosi odpowiedzialność.

Konieczność poniesienia takiego kosztu stanowi szkodę własną organizacji. Szkoda ta nie jest ujęta w żadnym innym z omawianych powyżej zakresów polisy cyber i może być objęta ochroną na podstawie klauzuli F. Ubezpieczyciel zastrzega zawsze, że wypłata świadczenia z tego tytułu jest możliwa tylko za jego uprzednią zgodą. Prowadzi to często do zarzutów, że ochrona ubezpieczeniowa na podstawie tak sformułowanego postanowienia warunków jest iluzoryczna, gdyż ubezpieczyciel zawsze może kwestionować konieczność zapłaty okupu przestępcy lub wskazywać, że groźba nie jest wiarygodna. Pamiętaj jednak, że ubezpieczyciel ponosi wspólnie z ubezpieczonym ryzyko konsekwencji zrealizowania groźby, co może wiązać się z koniecznością uruchomienia innych zakresów polisy cyber. Z tego powodu ubezpieczyciel powinien kalkulować sens ekonomiczny udzielenia zgody na pokrycie kosztu okupu. W praktyce, w przypadku cyberwymuszenia, konieczne jest zatrudnienie ekspertów z zakresu informatyki śledczej, których koszt jest objęty ochroną na podstawie zakresu C (koszty obsługi incydentu informatycznego). Ci – po rozeznaniu groźby – mogą wyrazić opinię wraz z uzasadnieniem, którą ubezpieczyciel bierze pod uwagę, podejmując decyzję o zgodzie lub braku zgody na zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów cyberwymuszenia.

KOSZTY ODTWORZENIA DANYCH I KOSZTY PRZESTOJU – ZAKRES G

Koszty odtworzenia danych i koszty przestoju mogą być przedmiotem odrębnego ubezpieczenia majątkowego albo ubezpieczenia cyber. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie tego zakresu obejmować powinna koszty odtworzenia danych oraz utracony zysk w związku z przestojem wywołanym incydem informatycznym. Zakres ten może być interesujący dla podmiotów, które nie wykupują ubezpieczenia utraty zysku, a jednocześnie charakter ich działalności powoduje, że awaria systemu może długotrwale ich sparaliżować.

CYBER DECEPTION ORAZ PCI DSS

W polisach cyber spotyka się także zakresy obejmujące ochroną ubezpieczeniową szkodę własną spowodowaną tzw. *cyber deception*, czyli podstępny doprowadzeniem przez przedsiębiorstwo do dokonania przelewu środków pieniężnych na rachunek bankowy przestępcy.

Innym spotykanym jeszcze w polisach cyber zakresem jest ubezpieczenie kar nakładanych przez centra autoryzacyjne i organizacje płatnicze takie jak Visa lub Mastercard za naruszenie standardu Payment Card Industry Data Security Standard (PCI DSS). □

Wybrane problemy ubezpieczeń *cyber risk*

Standardowym zakresem ubezpieczenia cyber winny zostać objęte ryzyka ewentualnych naruszeń bezpieczeństwa sieci, związanych z zastosowaniem powszechnych taktyk hakerskich, do których należą blokady systemu dokonane przy wykorzystaniu oprogramowania okupowego i wyłudzenia cybernetyczne, jak również incydenty odmowy dostępu, których ofiarą mogą paść przedsiębiorcy. – JACEK ZĘBALA



Jacek Zębala

jest underwriterem w Biurze Underwritingu Ubezpieczeń Korporacyjnych PZU.

W ubezpieczeniach od 2 lat.

Prawidłowe określenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach umowy ubezpieczenia cyber wymaga identyfikacji potencjalnej grupy docelowej, dla której ochrona ta może być szczególnie ważna.

ZAKRES UBEZPIECZENIA RYZYK CYBERNETYCZNYCH

W tym kontekście znaczenia nabiera zakres zastosowania przyjętej 6 lipca 2016 r. Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/1148 w sprawie środków na rzecz wysokiego wspólnego bezpieczeństwa sieci i systemów informatycznych na terytorium Unii (dyrektywa NIS), która nakłada na państwa członkowskie szereg obowiązków w zakresie wzmocnienia odporności sieci i systemów informatycznych na wszelkie działania mogące naruszać bezpieczeństwo danych. Realizacja obowiązków wynikających z przepisów dyrektywy powinna nastąpić do dnia 9 listopada 2018 r. Zgodnie z treścią art. 1 ust. 2 lit. d dyrektywy NIS zakres podmiotowy wymogów w niej określonych odnosi się do dwóch zasadniczych kategorii przedsiębiorców, do których należą operatorzy usług kluczowych oraz dostawcy usług cyfrowych. Identyfikacja konkretnych operatorów usług kluczowych pozostaje w kompetencjach poszczególnych państw członkowskich, przy czym dyrektywa wskazuje sektory działalności, której wykonywanie można uznać za świadczenie tego rodzaju usług. Do operatorów usług kluczowych zaliczeni zostaną przedsiębiorcy z sektorów energetyki, transportu, bankowości i infrastruktury rynków finansowych, służby zdrowia, zaopatrzenia w wodę pitną oraz infrastruktury cyfrowej. Do drugiej kategorii należą natomiast przedsiębiorcy będący dostawcami usług cyfrowych, takich jak wyszukiwarki internetowe, internetowe platformy handlowe oraz dostawcy usług w chmurze.

Umowa ubezpieczenia ryzyka cybernetycznego daje się co do zasady wpisać w powszechnie przyjmowany podział ubezpieczeń na ubezpieczenia mienia (aktywów ubezpieczonego) oraz ubezpieczenia odpowiedzialności (zobowiązań ubezpieczonego). Jeśli jej celem ma być zapewnienie kompleksowej ochrony ubezpieczonego przed następstwami incydentów cybernetycznych, powinna jednocześnie obejmować co najmniej dwie wskazane kategorie.

UBEZPIECZENIA AKTYWÓW UBEZPIECZAJĄCEGO

Wskazani wyżej przedsiębiorcy, z uwagi na charakter prowadzonej działalności, są narażeni na szczególne ryzyko poniesienia szkody wynikającej z naruszenia bezpieczeństwa sieci informacyjnej. Standardowym zakresem ubezpieczenia cyber winny zostać objęte ryzyka ewentualnych naruszeń bezpieczeństwa sieci związanych z zastosowaniem powszechnych taktyk hakerskich, do których należą blokady systemu dokonane przy wykorzystaniu oprogramowania okupowego (*ransomware*) i wyłudzenia cybernetyczne (*phishing and spoofing*), jak również incydenty odmowy dostępu (*denial of service – DoS*), których ofiarą mogą paść przedsiębiorcy.

Taktyki hakerskie i nieco mniej powszechne metody ingerencji w bezpieczeństwo sieci mogą prowadzić do uszkodzenia, modyfikacji, zniszczenia lub nieuprawnionego przechwycenia danych strategicznych z punktu widzenia możliwości dalszego prowadzenia działalności gospodarczej i jej konkurencyjności. Nieuprawnione ujawnienie informacji, w szczególności tajemnicy przedsiębiorstwa, know-how czy szczegółowych informacji technologicznych, może niejednokrotnie determinować dalszą działalność przedsiębiorcy. W ramach umowy ubezpieczenia cyber niezbędne jest zatem zapewnienie pokrycia nie tylko dla strat wynikających ze wskazanych wyżej incydentów, ale również kosztów, do których poniesienia zmuszony jest ubezpieczony, w celu minimalizowania ewentualnych negatywnych następstw incydentu.

Warto wskazać, że utrata danych, infekcja oprogramowania, awarie sprzętu komputerowego czy nawet sama utrata połączenia z internetem może niejednokrotnie skutkować znacznymi zakłóceniami normalnego funkcjonowania przedsiębiorstwa, w szczególności spadkiem wydajności lub nawet całkowitym zatrzymaniem produkcji czy możliwości świadczenia usług przez określony czas niezbędny do przywrócenia prawidłowego funkcjonowania systemów. Pożądanym zakresem ubezpieczenia typu cyber będzie zatem także ubezpieczenie utraty zysku spowodowanej wystąpieniem incydentu cybernetycznego, szczególnie że szkody wynikające z incydentów cybernetycznych podlegają najczęściej wyłączeniu z zakresu klasycznej umowy ubezpieczenia BI.

Taktyki hakerskie

- *Ransomware to oprogramowanie, którego wniknięcie do systemu komputerowego powoduje natychmiastowe zaszyfrowanie jego zawartości, przez co dostęp do niej staje się niemożliwy do czasu zapłaty wskazanego użytkownikowi systemu okupu, wyrażonego najczęściej w wirtualnej walucie (bitcoin). Atakujący najczęściej stosuje przy tym groźbę całkowitego usunięcia danych, które uległy zaszyfrowaniu, albo też grozi ich ujawnieniem, co może generować szczególnie duże szkody w wypadku wszelkich tajemnic przedsiębiorstwa.*
- *Łowienie informacji i podszywanie się, najczęściej określane jednak angielskim zwrotem phishing and spoofing, jest groźną z perspektywy dużych przedsiębiorców metodą wyludzenia kluczowych informacji. Wykorzystując tę technikę, sprawca wysyła do określonej grupy adresatów wiadomość elektroniczną, w której podszywa się pod inną osobę lub instytucję (często zaufania publicznego) w celu otrzymania od odbiorcy cennych danych, w szczególności haseł do logowania, numerów transakcji, lub też nakłania adresata do podjęcia określonych działań, jak choćby rozesłanie komunikatu do innych pracowników przedsiębiorcy.*
- *Incydenty odmowy dostępu (DoS) sprowadzają się głównie do sytuacji, w której sprawca spowalnia lub nawet całkowicie blokuje możliwość korzystania z systemu informatycznego, zalewając sieć określonego użytkownika żądaniami uzyskania dostępu albo wiadomościami traktowanymi jako spam, w liczbie wyczerpującej zdolność obliczeniową systemu. W takiej sytuacji system lub sieć najczęściej doznają przeciążenia, przez co korzystanie z nich staje się znacznie utrudnione lub nawet niemożliwe.*

RODO POMOŻE CYBER

Zagadnienie naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych nabiera szczególnej doniosłości w kontekście wejścia w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO). Jak wynika wprost z motywów RODO, jednym z podstawowych celów jest zapewnienie spójnego systemu ochrony danych osobowych, których przetwarzanie możliwe jest na masową skalę właśnie dzięki ich gromadzeniu i przechowywaniu zarówno przez przedsiębiorców, jak i organy administracji publicznej w systemach teleinformatycznych (motywy 6 i 7 RODO). Zgodnie z art. 2 RODO ma ono zastosowanie do przetwarzania danych osobowych w sposób całkowicie lub częściowo zautomatyzowany oraz do przetwarzania danych w sposób inny niż zautomatyzowany. Już sam układ treści wspomnianego artykułu wskazuje na szczególny nacisk, jaki położony został na przetwarzanie danych za pomocą systemów teleinformatycznych, w szczególności gdy odbywa się to na masową skalę bez ingerencji człowieka (automatycznie) lub przy jego częściowej ingerencji.

W kontekście ubezpieczenia ryzyk cybernetycznych należy zwrócić uwagę na pojęcie naruszenia ochrony danych oraz ewentualne sankcje takiego naruszenia. **Definicja naruszenia ochrony danych osobowych jest niezwykle szeroka i obejmuje wszelkie naruszenia bezpieczeństwa prowadzące do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do danych osobowych przechowywanych lub przetwarzanych w inny sposób.** W świetle przywołanej definicji można postawić dość śmiałą tezę, że w zasadzie każdy incydent cybernetyczny skierowany wobec systemu, w którym przetwarzane są dane osobowe, będzie stanowił jednocześnie naruszenie ochrony danych w rozumieniu rozporządzenia, a przez to może narazić administratora danych na przewidzianą w nim odpowiedzialność. Administracyjny charakter odpowiedzialności zawartej w przepisach RODO czyni ją jednocześnie ubezpieczalną. Niewątpliwie zatem wejście w życie rozporządzenia stanowi duże wyzwanie, a jednocześnie możliwość dla ubezpieczycieli rozwijających swoją ofertę w zakresie ubezpieczeń ryzyk cybernetycznych. Wydaje się bowiem, że wzrost świadomości na temat groźących sankcji oraz masowe wykorzystywanie przez przedsiębiorców – w szczególności instytucje finansowe czy usługodawców internetowych – systemów informatycznych w zakresie przetwarzania danych swoich klientów, będących osobami fizycznymi, przyczyni się jednocześnie do znacznego wzrostu popularności tego rodzaju produktów ubezpieczeniowych.

Posiadanie dobrze zaprojektowanego ubezpieczenia cyber może być dla przedsiębiorcy przetwarzającego masowo dane osobowe atrakcyjne także z innych względów. Rozporządzenie nakłada bowiem na przedsiębiorców obowiązek notyfikowania naruszeń ochrony danych zarówno organowi nadzorczemu (obecnie GODO, w przyszłości najpewniej Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jak również każdej osobie, której danych dotyczy naruszenie (art. 33 i 34 RODO). Na marginesie zauważyć należy, że ogólny obowiązek notyfikacji incydentów naruszenia bezpieczeństwa wynika też z przepisów dyrektywy NIS w odniesieniu do przedsiębiorców objętych zakresem jej regulacji.

Uregulowana w RODO notyfikacja naruszenia organowi nadzorczemu powinna być dokonana niezwłocznie – w miarę możliwości jednak nie później niż na 72 godziny po stwierdzeniu naruszenia – i zawierać opis charakteru naruszenia (a zatem także jego prawdopodobnej przyczyny), wskazywać kategorię i przybliżoną liczbę osób, których dane zostały naruszone, jak również środki zastosowane w celu zaradzenia naruszeniu danych oraz środki mające na celu zminimalizowanie negatywnych skutków naruszenia. Niejednokrotnie administrator danych osobowych w celu złożenia notyfikacji z zachowaniem restrykcyjnego terminu będzie zmuszony skorzystać z usług zewnętrznego profesjonalisty, co najczęściej wiązać się będzie z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów, które mogą także zostać objęte zakresem ubezpieczenia.

Warto zwrócić uwagę na złożoność kwestii obsługi szkód wynikających z incydentów cybernetycznych. Wskazany wyżej mechanizm notyfikacji naruszeń stanowi jedynie dobitny przykład roli, jaką w przypadku ryzyk cybernetycznych ma szybkie reagowanie na incydenty. Nie bez znaczenia pozostaje on też dla ograniczenia negatywnych skutków zatrzymania zdolności produkcyjnej przedsiębiorstwa. Niezwłoczna identyfikacja przyczyny naruszenia bezpieczeństwa sieci może niejednokrotnie pozwolić na znaczne

zmniejszenie rozmiaru skutków incydentu. Rolę zewnętrznego profesjonalisty może przejąć wykwalifikowany likwidator szkód wskazany przez ubezpieczyciela. Podstawową cechą sprawnego systemu likwidacji szkód cybernetycznych powinien być zatem dopracowany i zintegrowany mechanizm szybkiego (kryzysowego) reagowania na zgłaszane incydenty. Samodzielne zaangażowanie właściwych środków przez ubezpieczającego może wymagać znacznie dłuższego okresu, niż wymagałoby tego skorzystanie z podmiotu pozostającego w gotowości. Poza klasyczną wypłatą odszkodowania i kosztów, umowa ubezpieczenia cyber, zgodnie ze standardami stosowanymi na rynkach zachodnich, powinna zatem także obejmować usługę assistance oferowaną klientowi w celu zapewnienia kompleksowej obsługi skutków naruszenia bezpieczeństwa cybernetycznego.

WYŁĄCZENIA

Katalog wyłączeń stosowanych w dostępnych polisach cyber jest uzależniony przede wszystkim od zakresu umowy oferowanego przez poszczególnych ubezpieczycieli. **Do podstawowych wyłączeń, wynikających zazwyczaj wprost z definicji szkody ujmowanej w ubezpieczeniach cyber jako czysta strata finansowa, należą wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkody osobowe i rzeczowe.** O ile jednak w przypadku pierwszej kategorii wyłączenie to ma zazwyczaj charakter bezwzględny, o tyle już w odniesieniu do szkód rzeczowych daje się spotkać produkty ubezpieczeniowe, w których zakresie znajduje się pokrycie dla tego rodzaju szkód. Standardowymi wyłączeniami stosowanymi w umowach dotyczących cyberryzyka są także wyłączenia bezpośrednio związane z zaniedbaniami ubezpieczonego w zakresie zastosowania odpowiednich reguł ochrony systemów teleinformatycznych. Podstawowym postanowieniem tego rodzaju jest wyłączenie następstw utraty danych niezasyfrowanych lub takich, do których dostęp ma charakter publiczny, a zatem niepodlegających żadnemu reżimowi zabezpieczeń, a także przechowywanych w pamięci urządzeń niewyposażonych w stosowane oprogramowanie zabezpieczające, w szczególności antywirusowe. Co więcej, spotykane są także wyłączenia odnoszące się do dbałości o należyty stan techniczny i sprawność urządzeń tworzących infrastrukturę informatyczną przedsiębiorcy oraz stosowanego oprogramowania. Wyłączeniu podlegały będą zatem sytuacje, w których szkoda jest następstwem stosowania urządzeń i struktur przestarzałych, wadliwie połączonych przez ubezpieczonego czy też niepoddawanych właściwej certyfikacji, o ile jest ona wymagana, jak również stosowania oprogramowania niepoddawanego aktualizacji.

Wyłączeniem budzącym szczególne wątpliwości w kontekście ryzyk cybernetycznych jest wyłączenie z zakresu ochrony zdarzeń będących następstwem terroryzmu cybernetycznego (cyberterroryzmu). Problem ten związany jest bezpośrednio z niejasnościami wokół samego pojęcia terroryzmu cybernetycznego. Zróżnicowanie spotykanych definicji znacząco utrudnia jednoznaczne odróżnienie sytuacji, w której atak można zakwalifikować jedynie jako masowy, od sytuacji, w której nosi on znamiona ataku terrorystycznego. Wydaje się, że istota różnicy sprowadza się nie do samego zasięgu i rozmiaru incydentu, ale do jego celu, jakim w przypadku ataku o charakterze terrorystycznym jest zastraszenie społeczeństwa lub władz państwowych dla osiągnięcia określonego celu politycznego lub społecznego. Z perspektywy ochrony ubezpieczeniowej szczególne znaczenie ma fakt, że w chwili wystąpienia masowego incydentu ustalenie intencji sprawcy może być znacząco utrudnione lub wręcz niemożliwe. Nie przesądza-

jąc w tym miejscu o zasadności wyłączenia ryzyka terroryzmu z umów cyber, należy podkreślić, że kwalifikacja sytuacji jako spełniającej kryteria wyłączenia nigdy nie powinna opierać się wyłącznie na kryteriach liczby zainfekowanych urządzeń czy też zasięgu ataku hakerskiego, gdyż w wielu wypadkach będą one obciążone błędem zbyt dalekiego uproszczenia.

PODSTAWOWE ZASADY OCENY RYZYKA

Głównymi czynnikami oceny ryzyka będą wszelkie okoliczności związane bezpośrednio z bezpieczeństwem sieci komputerowej potencjalnego ubezpieczonego. Dokonując underwritingowej oceny ryzyka, nie należy jednak pomijać ogólnych informacji dotyczących ubezpieczonego, takich jak profil działalności i jej zakres terytorialny.

Oceniając bezpieczeństwo sieci komputerowej, należy wziąć pod uwagę szereg okoliczności przedmiotowych i podmiotowych. Okoliczności przedmiotowe odnoszą się bezpośrednio do samej infrastruktury IT przedsiębiorcy i obejmują takie dane, jak wiek sprzętu komputerowego, częstotliwość modernizacji sieci informatycznej, wykorzystywane technologie przesyłu danych, jak również (co niezwykle istotne dla badania zachowania standardu bezpieczeństwa) położenie, rodzaj i właściciela serwerów wykorzystywanych przez ubezpieczonego w celu przechowywania danych (o ile klient nie korzysta z własnych serwerów). W tym zakresie mieszczą się też dane dotyczące używanego przez przedsiębiorcę oprogramowania, w szczególności antywirusowego, aktualności systemów operacyjnych i programów używanych w toku wykonywanej działalności. Konieczne (a niekiedy pomijane) jest zwrócenie uwagi na oryginalność posiadanego oprogramowania. Korzystanie z oprogramowania nieautoryzowanego powinno stanowić czynnik bezwzględnie dyskwalifikujący z ochrony ubezpieczeniowej.

Elementy podmiotowe odnoszą się natomiast wprost do wymagań stawianych osobom wykorzystującym sieć lub system informatyczny. Podstawowe znaczenie ma tu liczba pracowników korzystających z systemów informatycznych i zasady korzystania przez nich z tych systemów. Do najczęściej wymaganych i oczekiwanych od pracowników obowiązków należy systematyczna zmiana hasła dostępu do komputerów służbowych, szyfrowanie danych, a także nieudostępnianie komputerów służbowych osobom postronnym oraz zakaz odbierania korespondencji niepochodzącej od znanych adresatów oraz podłączania prywatnych nośników danych. Wbrew pozorom, **to właśnie zachowanie elementarnych zasad bezpieczeństwa przez pracowników może pozwolić na uniknięcie wielu incydentów cybernetycznych.** Za szereg okoliczności podmiotowych odpowiedzialny jest także pracodawca, który winien w szczególności zadbać o odpowiednie administrowanie uprawnieniami dostępowymi do danych przedsiębiorstwa (w szczególności tajemnic), jak również sporządzenie i dostarczenie pracownikom procedury stanowiącej zbiór zasad korzystania ze służbowego sprzętu komputerowego.

Dokonywana ocena ryzyka bazować będzie przede wszystkim na danych pozyskanych od klienta w wypełnionym przez niego kwestionariuszu lub ankiecie przygotowanej przez ubezpieczyciela lub brokera. Nie należy jednak wykluczać przeprowadzenia audytu w miejscu prowadzenia działalności przez przedsiębiorcę, w szczególności w przypadkach, gdy ubezpieczenie dotyczy ma przedsiębiorcy korzystającego z systemów informatycznych odbiegających od standardowych. □

Bezpieczny przedsiębiorca

Czy bezpieczny przedsiębiorca w ogóle istnieje? Może powinniśmy nazwać go przedsiębiorcą świadomym albo rozważnym? Co robi rozważny? Jak zachowuje się świadomy? Aby odpowiedzieć na te pytania, warto sprawdzić, jak wygląda dziś wirtualny świat po wszystkich stronach barykady. Zapraszam na spacer. Krok po kroku spróbuję wyjaśnić: co, gdzie i dlaczego. – **Dariusz Włodarczyk**



Dariusz Włodarczyk
jest ekspertem
ds. cyberbezpieczeństwa Hestii
Loss Control.
W ubezpieczeniach od 2 lat.

Świadomie bądź nie – analizę ryzyka przeprowadził kiedyś każdy nadal aktywny przedsiębiorca, wykonując poważne zestawienia zagrożeń, prawdopodobieństwo ich wystąpienia i skutek, jaki mogą mieć dla jego biznesu. Inni być może rozpoczęli działalność w myśl zasady: „byle wyjść na zero, później się zobaczy...”. Wątpię jednak, czy nadal należą do grona obecnych na swoim rynku.

Zastanawiam się, ilu z tych bardziej świadomych przedsiębiorców dokonało analizy ryzyka pod kątem zagrożeń obecnych w sieci, a ilu dodatkowo zastanowiło się, jak cenne posiada dane – zarówno w swojej ocenie, jak i w ocenie osób, które pragną je zdobyć.

STATYSTYKI

Najnowsze statystyki opisujące spektrum zagrożeń cybernetycznych podają, że:

- ➔ 41% ataków było wycelowanych w duże przedsiębiorstwa (2500+ pracowników),
- ➔ 25% w średnie (251–2500 pracowników),
- ➔ 34% w małe (1–250 pracowników).

Najbardziej niepokojące wydają się motywy ataków cyberprzestępców. Od wielu lat obserwujemy wprawdzie tylko 4 kategorie motywów i to pozostaje bez zmian. Jednak już zmiany udziałów procentowych w każdym z nich powinny dać nam do myślenia.

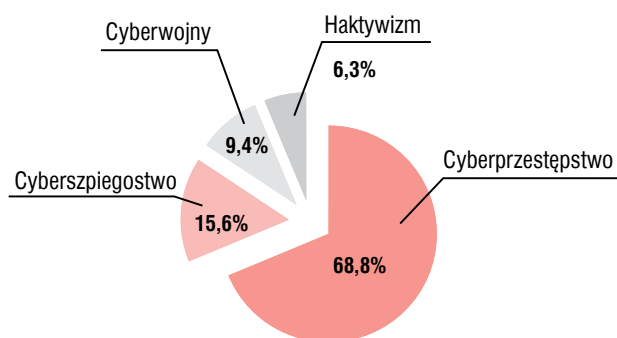
Czerwiec 2017 r. nie różnił się od innych, poprzedzających go miesięcy tego roku. Nadal prym wiodły przestępstwa cybernetyczne i atrakcyjne finansowo zlecenia, które stanowiły dla nich wyzwacz. 68,8% to znaczny wynik. Nasuwają się automatycznie pytania: kto, komu, ile?

Sytuacja zmieniła się w grudniu 2017 r. Cyberprzestępstwa osiągnęły najwyższy w historii udział 84,6% motywów badanych ataków.

Cyberwojny niemal zniknęły, hakytywizm zmniejszył się o połowę, cyberszpiegostwo spadło o ponad 30% w stosunku do czerwca. Natomiast cyberprzestępstwa osiągnęły najwyższy wynik w 2017 r.

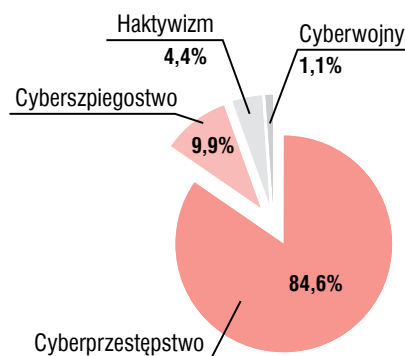
Od wielu lat liderem wśród ataków hakerskich jest socjotechnika, czyli inteligentna forma wywierania wpływu na ludzkie zachowanie. Ponadczasowe stały się słowa słynnego hakera Kevina Mitnicka, który

Powody cyberataków (czerwiec 2017 r.)



Źródło: Hackmagedon.com.

Powody cyberataków (grudzień 2017 r.)



Źródło: Hackmagedon.com

„łamał ludzi, a nie hasła”. Posługując się socjotechniką, przestępcy wykorzystują umiejętności psychologiczne, by wymusić określoną reakcję ofiary. Sprowadza się to zazwyczaj do wysłania fałszywej wiadomości e-mail. Nieświadomy użytkownik, klikając w link umieszczony w treści wiadomości lub otwierając zainfekowany załącznik, „oddaje” swój komputer w ręce przestępców. W innym przypadku będzie to miła pogawędka na portalu społecznościowym, której celem będzie uśpienie naszej czujności i pozyskanie cennych informacji z naszego życia codziennego. To nierzadko pozwala np. na złamanie hasła dostępu do naszego komputera. Dlatego tak ważne jest, aby wyrobić sobie zachować chłodny umysł. Musimy pamiętać, że złośliwy socjotechnik dysponuje wyrafinowanymi zdolnościami, przed którymi naprawdę ciężko się obronić.

To tylko – a czasem aż – preludeum do dalszych działań. Oprócz socjotechniki hakerzy często wykorzystują słabości systemów teleinformatycznych, wcześniej dokonując tzw. skanowania tych systemów. Działanie to można porównać do wizyty u lekarza, z tą jednak różnicą, że celem diagnozy lekarskiej nie byłoby wyleczenie pacjenta, a raczej jego uśmiercenie dzięki wykorzystaniu wykrytych chorób (podatności).

„CYBERCELEBRYCI”

Nie ulega wątpliwości, że cyberprzestępczość rośnie na całym świecie i uderza we wszystkie gałęzie przemysłu. Podczas gdy postęp technologii zwiększył produktywność i wydajność przedsiębiorstw, jednocześnie wzrosła podatność na ataki cybernetyczne, na które dzisiaj żadna organizacja nie jest całkowicie odporna.

NAJLEPSZĄ OBRONĄ JEST ZDROWY ROZSĄDEK

Panuje powszechne przekonanie, że na ataki hakerskie narażone są duże koncerny i instytucje finansowe, które są właścicielami cennych aktywów. Osobiście rozszerzyłbym ten zakres, bo... na takie ataki narażeni są wszyscy – począwszy od gigantycznych korporacji, a na przysłowiowym Kowalskim kończąc. Zagrożenia i metody ataku są identyczne we wszystkich przypadkach, różnią się jedynie skalą i skutkami. W przypadku użytkowników domowych będzie to np. bezpowrotna utrata danych zgromadzonych na dysku komputera czy kradzież tożsamości elektronicznej. Natomiast w przypadku przedsiębiorstw musimy się liczyć z potencjalną stratą w postaci kradzieży własności intelektualnej, przestoju linii produkcyjnej i straty finansowej, skończywszy na utracie wizerunku biznesowego.

Ciężko jest podać receptę na skuteczną obronę przed zagrożeniami cybernetycznymi. Każdy przypadek należałoby rozpatrywać indywidualnie. Są przedsiębiorstwa, które kładą większy nacisk na podnoszenie świadomości wśród użytkowników, bo w nich upatrują największej słabości swoich systemów, ale są też tacy, którzy uważają, że użytkownik zawsze zawiedzie i największy nacisk kładą na zabezpieczenie infrastruktury. Osobiście uważam, że nawet inwestycja w jedno i drugie nie pozwoli nam zabezpieczyć się w 100%, ale na pewno wysoce wzmocni naszą odporność na atak. Niestety mam też złą informację: każdego można złamać – to tylko kwestia czasu. Czasu przeznaczonego na socjotechnikę i prace ręczne (mam na myśli czas spędzony przy klawiaturze i terminalu).

Uważam, że najskuteczniejszą formą ochrony jest wzmocnianie najsłabszego ogniwa w łańcuchu zabezpieczeń. **Uświadamianie pracowników to proces konieczny na drodze podnoszenia poziomu**

5 obszarów, które są na szczycie listy cyberprzestępców

1. Przemysł medyczny (w tym opieka zdrowotna)

Średnio każdy skradziony rekord każdego pacjenta to wartość ok. 650 zł, która obejmuje naruszenie danych osobowych, przestój w działalności, szkody wizerunkowe, spory sądowe i straty biznesowe. Natomiast koszt udaremnienia takiego cyberataku to ok. 23 zł za rekord pacjenta. Te wartości przekonują, że zwiększenie ochrony się opłaca.

2. Usługi finansowe

Niespodzianka! Sektor finansowy już nie jest numerem jeden na celowniku agresywnie usposobionych operatorów Kali-Linux. Sytuacja zmieniła się mniej więcej od 2015 r. po serii spektakularnych ataków na tę branżę. Od tego czasu inwestycje w zabezpieczenia stały się numerem jeden w większości budżetów instytucji finansowych. Dzięki temu obecnie coraz więcej ataków jest udaremnianych już na wczesnym etapie tzw. sieciowego rekonesansu.

3. Produkcja i wytwarzanie

Przemysł wytwórczy stale rozwija listę branż o podwyższonym ryzyku cyberprzestępczości. Hakerzy zdają sobie sprawę z atrakcyjności, wartości i wrażliwości sektora produkcyjnego. Sektor ten jest bardziej podatny na cyberprzestępstwa, ponieważ firmy produkcyjne nie do końca zdają sobie sprawę z wagi bezpieczeństwa cybernetycznego. Nie są w pełni gotowe i wyposażone, aby poradzić sobie z cyberatakami. Przestępcy wiedzą doskonale, jaką wartość przedstawiają informacje nt. patentów, tajemnic handlowych i własności intelektualnej.

4. Instytucje rządowe (oraz wspierający je usługodawcy)

To kolejny gorący cel cyberprzestępców. Informacje płynące z mediów często sygnalizują, iż za atakami na instytucje rządowe stoją konkurujące ze sobą mocarstwa, których celem jest skomplikowanie sytuacji politycznej, co ma prowadzić do poważnych konfliktów. W obliczu takich zagrożeń instytucje rządowe niczym nie powinny różnić się od przedsiębiorców – najlepszą drogą jest wdrażanie programów bezpieczeństwa cybernetycznego i jednoczenie sił.

5. Sektor prawny

Sektor prawny jest nadal łatwym celem cyberprzestępców. Hakerzy zdali sobie sprawę ze znaczenia firm prawniczych oraz krytycznych danych i informacji, które posiadają o swoich klientach, od małych do dużych organizacji. Nie ulega wątpliwości, że firmy prawnicze przechowują poufne informacje na temat swoich klientów, takie jak informacje o patentach i sporach sądowych, dane finansowe oraz dokumenty dotyczące fuzji i przejęć. Niestety, w większości firm prawniczych brakuje solidnego zabezpieczenia cybernetycznego. Cyberprzestępcy czerpią z tego korzyści. Dlatego, gdy system bezpieczeństwa firmy powstrzyma atak przeprowadzany przez hakerów, przestępcy w kolejnym kroku skierują swoją uwagę na firmę prawniczą obsługującą danego przedsiębiorcę. Hakerzy wiedzą, że pozyskanie informacji, których szukają, będzie łatwiejsze od firmy prawniczej, która obsługuje ich firmę docelową, a przy tym nie tracą cennego czasu na przełamywanie silnych zabezpieczeń technologicznych...

bezpieczeństwa przedsiębiorstwa, dlatego powinien być przeprowadzany **cyklicznie**. Forma szkoleń jest dowolna, ale musi być dobrana adekwatnie do ról, które pełnią pracownicy. W konsekwencji pracownicy biurowi, którzy mają styczność z komputerem, powinni być przeszkoleni z zagrożeń, z którymi mogą spotkać się na co dzień, obsługując pocztę, przeglądarki internetowe czy pamięci zewnętrzne. Szkolenia te powinny w sposób przejrzysty obrazować zagrożenia i ich konsekwencje również dla „nie-technicznego” użytkownika. Dodatkowym punktem szkolenia powinny być aspekty prawne dotyczące informacji przetwarzanych w systemach informatycznych. Przedsiębiorca może takie szkolenia przeprowadzić własnymi siłami, dedykując do tego zadania np. IOD (RODO) oraz przedstawiciela IT.

Inaczej wygląda kwestia szkoleń dla pracowników technicznych. W tym obszarze doskonalenie umiejętności jest niezbędne nie tylko ze względu na bezpieczeństwo, ale przede wszystkim z uwagi na konieczność sprawnej obsługi zasobów IT. Szkolenia te z reguły nie należą do tanich, dlatego wielu pracodawców preferuje samokształcenie swoich administratorów, m.in. obawiając się odejścia inżyniera do innego pracodawcy po wcześniejszym solidnym wykształceniu. Myślę, że te kwestie można uregulować z pracownikami stosownymi umowami, a następnie inwestować w jego wiedzę, gdyż to właśnie dzięki IT funkcjonuje obecnie większość przedsiębiorstw...

Wspañalomyślność pracodawcy byłaby większa, jeśli zainwestowałby w budowę środowiska testowego czy laboratorium, w którym można by ugruntować wiedzę zdobytą na szkoleniach, a jednocześnie testować własne optymalizacje i poprawki, zanim zostaną zaimplementowane w systemach produkcyjnych. Chcemy czy nie, jednak najsłabszym ogniwem wciąż pozostaje człowiek ze swoimi słabościami i przywyczajeniami. Niezwykle istotne jest, aby mu pomóc poprzez definiowanie sprawdzonych i skutecznych wzorów zachowań w postaci polityk bezpieczeństwa. Można to zrobić m.in. przez zapewnienie dokumentacji, zawierającej metodykę postępowania w określonych sytuacjach. Dokumentacja taka może być opracowana na podstawie własnych sprawdzonych praktyk lub zlecona specjalistom, którzy na podstawie swojego doświadczenia dostosują sprawdzone standardy do każdej organizacji i wdrożą je, zachowując ergonomię pracy. Jest to bardzo istotne, ponieważ bezpieczeństwo często kojarzone jest ze sporymi ograniczeniami i brakiem elastyczności.

Kolejnym krokiem na drodze do budowy filarów bezpieczeństwa jest wdrożenie odpowiednich zabezpieczeń technologicznych wyposażonych w mechanizmy stałego monitoringu ruchu w sieci teleinformatycznej oraz procesów produkcyjnych. Obecnie w większości firm, w których występują linie produkcyjne, są one sterowane numerycznie, co zwiększa ryzyko ataku hakerskiego. Wysoka świadomość ludzka i odpowiednie zabezpieczenia technologiczne to warunki konieczne, ale niewystarczające. Jednak, jak w każdym zegarku, aby mechanizm pracował bez zarzutu, potrzebna jest jego regularna konserwacja. W przypadku zagrożeń cybernetycznych konserwacja sprowadza się do kilku form doskonalenia. Przede wszystkim wdrożenie odpowiednich technologii nie kończy się na jednorazowym zabiegu. Z godziny na godzinę przybywa nowych zagrożeń. W związku z czym systemy muszą być regularnie „tunningowane”. W tym celu przeprowadza się okresowe kontrole ich poziomu bezpieczeństwa, zwane potocznie pentestami. Polegają one na

kontrolowanej formie ataku, w konsekwencji którego właściciel systemu dowiaduje się, co należy zrobić, aby utrzymać wysoki poziom zabezpieczeń. Inną formą doskonalenia jest przeprowadzanie regularnych szkoleń pracowniczych również w formie kampanii antyphishinowych, na których pracownicy poznają aktualne metody ataków oraz otrzymują wskazówki, jakich błędów należy unikać.

Budując cybernetyczną twierdzę, nie możemy zapomnieć o danych osobowych. Wprawdzie są przetwarzane głównie w systemach informatycznych, jednak spora ich część znajduje się poza nimi. Do stworzenia rekomendacji w tym obszarze z pewnością pomocny będzie specjalistyczny audyt przeprowadzony w ramach szeroko pojętego compliance, w tym bezpieczeństwa systemów informatycznych. Skupiając się na audycie infrastruktury informatycznej, która przetwarza dane osobowe, chciałbym podkreślić, że należy je przeprowadzać cyklicznie, a na pewno po każdej znaczącej zmianie w systemach informatycznych. Jaka zmiana jest znacząca? Na to pytanie każdy z nas powinien sam odpowiedzieć przy sporządzaniu cyklicznej analizy ryzyka systemów informatycznych. Sam proces audytu, niezależnie przez którą stronę jest wykonywany, powinien wynikać z wdrożonej w przedsiębiorstwie polityki bezpieczeństwa.

W obszarze zgodności z polskim prawem administrator danych osobowych powinien mieć pewność, że dane, których jest właścicielem, oraz te, które na podstawie umowy powierzył przetwarzaniu, są przetwarzane zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, a niebawem z europejskim rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO).

2020

W niedalekiej przyszłości również użytkownicy domowi doświadczą ataków cybernetycznych na urządzeniach codziennego użytku, czyli w tzw. internecie rzeczy. Już teraz spotykamy urządzenia wyposażone w zaawansowaną elektronikę, którą można zarządzać przez internet (lodówki, kuchenki, telewizory). Atak wymuszający ich przesterowanie skutkujące np. trwałym wyłączeniem to kwestia czasu. Internet rzeczy to również urządzenia wykorzystywane w medycynie. Są to wszelkiego rodzaju automaty dozujące leków czy podtrzymujące procesy życiowe. Atak na te urządzenia mógłby być poważnym zagrożeniem i jednocześnie wyzwaniem dla producentów implementujących dedykowane zabezpieczenia.

Sektor przemysłowy na pewno powinien obawiać się ataku na swoje linie produkcyjne i nadzorujące je systemy SCADA. W przypadku ataku na elektrownię konsekwencje byłyby odczuwalne nie tylko dla samego producenta, ale również dla jego klientów czy odbiorców.

Znane są przypadki, w których Stuxnet (robak komputerowy), dedykowany do konkretnych sterowników urządzeń, spowodował wielogodzinne przerwy w dostawie prądu. Jego działanie jest niebezpieczne, ponieważ może przesterować pracę urządzeń i doprowadzić do ich fizycznego uszkodzenia.

Oczywiście coraz większa świadomość przedsiębiorców przekłada się na rosnącą liczbę chętnych do skorzystania z pomocy w przypadku uszkodzenia i zniszczenia danych, utraty ciągłości działania czy strat wizerunkowych. O tym, że z pomocą mogą im przyjść ubezpieczyciele lub inżynierowie oceny ryzyka, wie też już coraz więcej brokerów i ich klientów. Praca u podstaw trwa – jej celem jest przede wszystkim uświadomienie, że również w obszarze ubezpieczeń możemy i powinniśmy szukać realnego zabezpieczenia przed wirtualnym atakiem. □

Reasekuracja jako narzędzie pomocne przy ubezpieczeniach dużych ryzyk

Narzędziem, które może skutecznie rozwiązać dylemat dotyczący ubezpieczenia dużego ryzyka, niezależnie jak ono będzie definiowane, jest z pewnością reasekuracja. Reasekuracja jest bardzo pojemnym pojęciem – możemy wyodrębnić różne typy i formy ochrony reasekuracyjnej. – **TOMASZ LIBRONT**



Tomasz Libront

jest prezesem brokera reasekuracyjnego THB Polska w SMartT Group.
W reasekuracji od 25 lat.

Reasekuracja jest kolejnym etapem, jaki możemy wyodrębnić w szeregu działań podejmowanych przy ubezpieczaniu dużych ryzyk. Ze względu na różne regulacje prawne i finansowe, ograniczenia, ale także świadome decyzje podejmowane przez ubezpieczycieli w kwestii tzw. dużych ryzyk, reasekuracja jest tym narzędziem, które pozwala m.in. na dalszą dywersyfikację potencjalnego zagrożenia oraz wykorzystanie wiedzy i doświadczenia profesjonalnych reasekuratorów. W przypadku dużych ryzyk reasekuracja nabiera zatem szczególnego znaczenia.

ZDEFINIOWAĆ DUŻE RYZYKA

Analizując temat reasekuracji dużych ryzyk, warto przypomnieć definicję znajdującą się w Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w artykule 3, ustęp 1, pkt 6):

duże ryzyka – ryzyka, o których mowa w dziale II załącznika do ustawy:

- a) w grupach 4–7, 11 i 12,
- b) w grupach 14 i 15 – w przypadku gdy ubezpieczający wykonuje działalność gospodarczą lub wolny zawód, a ryzyko wiąże się z tą działalnością,
- c) w grupach 3, 8, 9, 10, 13 i 16 – w przypadku gdy ubezpieczający przekracza co najmniej dwa z następujących progów w roku obrotowym:
 - sumę aktywów bilansu w wysokości równoważności w złotych 6,2 mln euro,
 - łączne przychody netto ze sprzedaży towarów i usług oraz operacji finansowych w wysokości równoważności w złotych 12,8 mln euro,
 - średnioroczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty w liczbie 250 osób.

Niezależnie od powyższej definicji, proponuję spojrzeć na temat reasekuracji dużych ryzyk nieco szerzej i wziąć pod uwagę kilka innych kwestii, o których ustawa nie wspomina, a które mają znaczenie w procesie ubezpieczania niektórych ryzyk. W przypadku standardowego rozumienia „dużego ryzyka” najważniejszym kryterium jest wysokość sumy ubezpieczenia / limitu odpowiedzialności. Niemniej warto pamiętać, że „duże ryzyko” to także takie, które ocenimy jako trudne, skomplikowane, niestandardowe, nowe. To, do jakiej kategorii zaliczymy dane ryzyko, będzie oczywiście oceną subiektywną, gdyż w każdym towarzystwie ubezpieczeniowym decyzja w tym zakresie będzie zależała od różnych czynników, m.in.:

- doświadczenie i wiedza na temat danej kategorii ryzyk, które mamy ubezpieczyć,
- możliwość profesjonalnej analizy danego ryzyka,
- możliwość profesjonalnego obsłużenia danego klienta w zakresie przygotowania oferty, przedstawienia warunków ubezpieczenia oraz likwidacji ewentualnych szkód,
- strategia i apetyt danego towarzystwa ubezpieczeniowego na ubezpieczanie pewnego typu ryzyk.

W związku z powyższym każdy ubezpieczyciel będzie definiował „duże ryzyka” w nieco inny sposób i dla każdego „duże ryzyko” będzie wiązało się z różnym podejściem. Trzeba o tym pamiętać z tego względu, że dla jednej firmy „dużym ryzykiem” może być np. ubezpieczenie dużej inwestycji budowlanej, a dla innej będzie to np. ubezpieczenie pojedynczego samolotu lub ubezpieczenie D&O.

REASEKURACJA A DUŻE RYZYKA

Narzędziem, które może skutecznie rozwiązać dylemat dotyczący ubezpieczenia dużego ryzyka, niezależnie jak ono będzie

definiowane, jest z pewnością reasekuracja. Reasekuracja jest bardzo pojemnym pojęciem – możemy wyodrębnić różne typy i formy ochrony reasekuracyjnej. **Reasekuracja jest dziedziną, która wciąż ewoluuje i zmienia się, a co za tym idzie – wciąż powstają nowe metody i sposoby reasekuracji.** Umiejętność zastosowania prawidłowej formy reasekuracji przy danym ryzyku zwiększa szansę na skuteczność naszych działań.

Ze względu na formę zobowiązania reasekurację możemy podzielić na reasekurację obligatoryjną i reasekurację fakultatywną. Oba typy reasekuracji mogą być skutecznym rozwiązaniem w przypadku ubezpieczania dużych ryzyk.

Reasekuracja obligatoryjna

Reasekuracja obligatoryjna, czyli taka, w której cedent zobowiązuje się do cedowania wszystkich ryzyk spełniających kryteria zdefiniowane w umowie reasekuracji obligatoryjnej, a reasekurator zobowiązuje się do ich reasekuracji na określonych warunkach. Istotą reasekuracji obligatoryjnej jest z jednej strony jej automatyzm, a z drugiej obowiązkowość cedowania do umowy określonej kategorii ryzyk na uzgodnionych warunkach. **Warunki, na których jest zawarta umowa reasekuracji obligatoryjnej, zależą od wielu czynników, które mogą ulegać zmianie, m.in. od wyników reasekurowanego portfela ubezpieczeniowego, szeroko rozumianej kondycji finansowej cedenta, posiadanego doświadczenia, strategii biznesowej, umiejętności negocjacyjnych, sytuacji na rynkach reasekuracyjnych i od wielu innych.** Niemniej jednak to, na jakich warunkach została zawarta umowa reasekuracji obligatoryjnej, ma ogromny wpływ na nasze możliwości radzenia sobie z reasekuracją „dużych ryzyk” bez względu na ich definicję.

Im szersze i korzystniejsze warunki uda się wynegocjować z reasekuratorem w umowie obligatoryjnej, im większy limit umowy, im mniej wyłączeń, ograniczeń, podlimitów itp., tym większa swoboda decyzyjna pozostaje w rękach cedenta. Automatyzm ochrony reasekuracyjnej, jaką daje umowa obligatoryjna, zapewnia cedentowi pewnego rodzaju komfort przy podejmowaniu decyzji odnośnie ubezpieczania określonych ryzyk. Warto jednak zwrócić uwagę, że taka wolność underwritingowa stwarza także zagrożenia. Z jednej strony mamy zagwarantowaną ochronę reasekuracyjną dla każdego ryzyka, które spełnia warunki umowy obligatoryjnej bez konieczności jego każdorazowej i szczegółowej analizy po stronie reasekuratora. Z drugiej – posiadanie umowy obligatoryjnej nie może zwalniać cedenta z profesjonalnej analizy i świadomego podejścia do ryzyka. A takie pokusy mogą się pojawić. Pamiętajmy, że jedną z podstawowych zasad w reasekuracji jest zasada najwyższego zaufania (*uberrima fides*), czyli reasekurator ufa i wierzy, że cedent będzie podejmował wszelkie decyzje oraz działania tak, jakby nie był reasekurowany.

Prawidłowo skonstruowana umowa obligatoryjna daje cedentowi na pewno dużo większe pole manewru i możliwości postępowania w przypadku ubezpieczenia i ewentualnej reasekuracji dużych ryzyk. Zakładając, że dysponujemy umową obligatoryjną, kwestia reasekuracji dużego ryzyka wydaje się prosta i banalna, gdyż korzystamy wówczas z możliwości, jakie stwarza nam taka umowa. Dane ryzyko – na uzgodnionych warunkach – jest chronione w ramach umowy obligatoryjnej. W takim przypadku ostateczna decyzja odnośnie do warunków ubezpieczenia danego ryzyka zależy najczęściej wyłącznie od cedenta

i nie ma obowiązku każdorazowego informowania reasekuratora o poszczególnym ryzyku przyjętym do ubezpieczenia.

Reasekuracja fakultatywna

W praktyce umowy obligatoryjne mają jednak najczęściej różne ograniczenia, wyłączenia, limity, a więc reasekurator nie zgadza się na automatyczną reasekurację pewnych ryzyk bez możliwości dokonania indywidualnej oceny ryzyka i zapoznania się z informacjami na jego temat. W takim przypadku rozwiązaniem może być reasekuracja fakultatywna, która charakteryzuje się pełną swobodą obu stron (cedenta i reasekuratora) w podejmowaniu decyzji na temat cesji ryzyka i jego akceptacji przez reasekuratora. Zupełnie inaczej niż w reasekuracji obligatoryjnej, w reasekuracji fakultatywnej musimy każdorazowo zaaranżować taką ochronę od początku, co może mieć wpływ na warunki ubezpieczenia danego ryzyka. **Jeżeli nie możemy skorzystać z umowy obligatoryjnej, to rozwiązaniem jest reasekuracja fakultatywna, która wymaga jednak więcej czasu, wysiłku i niejednokrotnie znacznie większej wiedzy i doświadczenia w zakresie reasekuracji.**

Praca nad reasekuracją fakultatywną dużych ryzyk (i nie tylko) nie zaczyna się w momencie pojawienia się danego tematu, ale jest to stała współpraca z reasekuratorami w zakresie m.in. edukowania i przybliżania warunków, na podstawie których działa polski rynek ubezpieczeniowy. Mam na myśli zarówno regulacje prawne, jak i praktykę oraz standardy rynkowe, w tym także zasady działania przetargów publicznych itp. Im więcej reasekuratorzy wiedzą na temat polskiego rynku, im lepiej go rozumieją, tym bardziej zwiększa się szansa, że unikniemy niepotrzebnych pytań i długich wyjaśnień przy pracy nad konkretną sprawą.

Proces aranżowania reasekuracji fakultatywnej jest procesem skomplikowanym i wymaga odpowiedniego podejścia, przygotowania, doświadczenia i znajomości rynków reasekuracyjnych. Wydaje się, że ze względu na częste ograniczenia czasowe i informacyjne, jakie występują przy poszukiwaniu reasekuracji fakultatywnej, istotne w osiągnięciu ostatecznego rezultatu – oprócz oczywiście znajomości reasekurowanego ryzyka – jest prawidłowo i sprawnie przeprowadzony proces aranżowania ochrony reasekuracyjnej. Jeżeli korzystamy z pomocy brokera reasekuracyjnego, to współpraca na linii cedent – broker nabiera szczególnego znaczenia. Z perspektywy brokera reasekuracyjnego, konieczne jest zrozumienie nie tylko istoty reasekurowanego ryzyka, lecz także oczekiwań cedenta w zakresie reasekuracji, czyli struktury pokrycia reasekuracyjnego, możliwości akceptacyjnych cedenta odnośnie do współpracy z poszczególnymi reasekuratorami (*security list*), warunków reasekuracji, klauzul reasekuracyjnych. Broker reasekuracyjny nie tylko pośredniczy w samym procesie, ale dobrze byłoby, gdyby – znając realia rynku lokalnego i reasekuracyjnego oraz samą materię reasekuracyjną – podpowiadał cedentowi pewne możliwe rozwiązania, jeżeli chodzi o formy reasekuracji, rynki reasekuracyjne itp. Broker reasekuracyjny powinien aktywnie uczestniczyć w każdym etapie aranżowania ochrony reasekuracyjnej i poszukiwać takich rozwiązań, aby ostateczna oferta reasekuracyjna była jak najbardziej zbliżona do oczekiwań cedenta.

W przypadku reasekuracji fakultatywnej dużych ryzyk, które z konkretnych powodów nie są objęte reasekuracją obligatoryjną, reasekurator ma prawo – przed podjęciem ostatecznej decyzji – do zapoznania się ze wszystkimi danymi i informacjami na

temat przedmiotowego ryzyka. W związku z powyższym aranżowanie ochrony reasekuracyjnej będzie w dużej mierze polegało na bieżącej i stałej współpracy cedenta i reasekuratora. Sukces reasekuracji fakultatywnej dużych ryzyk polega więc m.in. na prawidłowym przygotowaniu wszystkich materiałów na temat danego ryzyka, tak aby były kompletne i zrozumiałe dla reasekuratorów. Występując o reasekurację dużego ryzyka powinniśmy dostarczyć naszym partnerom reasekuracyjnym takie materiały, aby reasekuratorzy wiedzieli, co jest przedmiotem reasekuracji, na jakich warunkach ma być zawieszona, kto będzie cedentem itp. Oprócz standardowych informacji, niezbędne jest wyposażenie reasekuratorów we wszystkie dane, jakie mogą być im potrzebne do oceny danego ryzyka, czyli np. raporty z oceny ryzyka, historia szkodowości, opis działalności ubezpieczającego, doświadczenie ubezpieczającego, zakres terytorialny działalności prowadzonej przez ubezpieczającego.

Przy reasekuracji fakultatywnej dużych ryzyk ważny jest także proces plasowania. **Rzadko zdarza się, aby finalnie dane ryzyko zostało uplasowane/alokowane u jednego reasekuratora.** Pożądana jest dywersyfikacja ryzyka między reasekuratorami. Najczęściej mamy do czynienia z sytuacją, kiedy proponujemy udział w reasekuracji danego ryzyka kilku reasekuratorom (zaakceptowanym przez cedenta), którzy po analizie nadesłanych materiałów i informacji podejmują decyzję o uczestniczeniu w reasekuracji bądź odrzuceniu oferty. Zakładając, że ryzyko zostało ocenione przez

reasekuratora pozytywnie, często jego udział w reasekuracji jest jednak ograniczony, co wymaga poszukiwania innych partnerów, którzy zgodziliby się na reasekurację danego ryzyka na uzgodnionych warunkach. Nie jest to proste, gdyż reasekuratorzy mają również swoje specjalizacje i wytyczne oraz pojemności, które mogą zaoferować. O ile w przypadku reasekuracji dużych ryzyk majątkowych wybór jest całkiem spory (pomijam kwestię atrakcyjności dla reasekuratorów warunków ubezpieczenia), o tyle już w przypadku np. reasekuracji dużych ryzyk ubezpieczenia OC lub D&O sytuacja jest diametralnie różna. Wybór dobrego i renomowanego reasekuratora lidera przy reasekuracji fakultatywnej może więc pomóc przy przekonaniu innych partnerów reasekuracyjnych do udzielenia swojego wsparcia. Odwrotnie – wybór słabego reasekuratora – może spowodować, że wszystkie nasze wysiłki pójdą na marne, ponieważ nie uda się nam uplasować ryzyka w 100%.

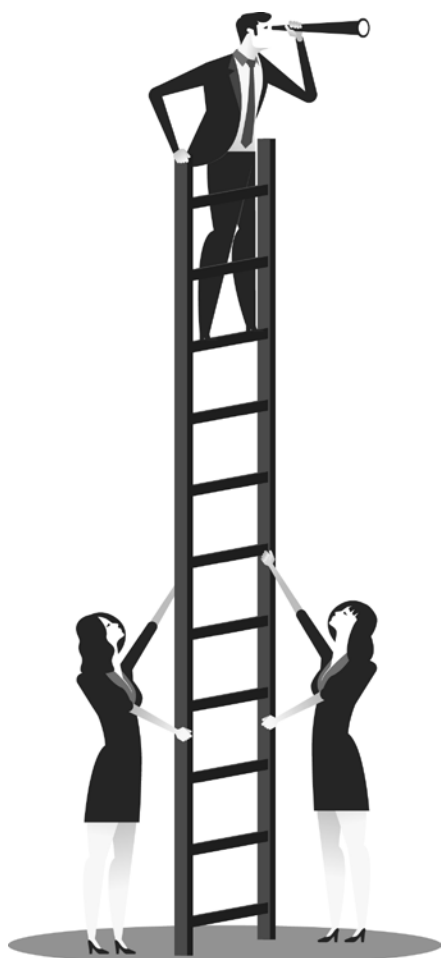
Istotnym elementem reasekuracji fakultatywnej szczególnie w odniesieniu do dużych ryzyk jest prawidłowe określenie struktury reasekuracji. **Decyzja na temat sposobu reasekuracji dużych ryzyk może mieć wpływ na wysokość składki reasekuracyjnej oraz inne warunki ochrony reasekuracyjnej.** W przypadku reasekuracji proporcjonalnej, reasekuratorzy będą oceniali każdy element proponowanej ochrony ubezpieczeniowej ze szczególnym uwzględnieniem takich elementów jak warunki ubezpieczenia, zakres pokrycia, udział własny, rodzaj franszyz, limity, sugerowana stawka i składka, gdyż składka reasekuracyjna będzie bezpośrednią pochodną składki ubezpieczeniowej itp. Przy reasekuracji *excess of loss*, w zależności od wysokości zachowka/priorytetu cedenta, reasekuratorzy mogą wykazać większą elastyczność w ustaleniu ostatecznych warunków zakresowych i cenowych. W przypadku reasekuracji dużych ryzyk reasekuratorzy bardzo niechętnie akceptują sytuację, kiedy dane ryzyko ma być reasekurowane w 100% na zasadzie pełnego *frontingu*. Takie podejście cedenta świadczy bowiem najczęściej o tym, że reasekurowany nie ma przekonania co do jakości reasekurowanego ryzyka.

Dodatkowo w całym procesie aranżowania reasekuracji fakultatywnej należy uwzględnić np. specyfikę naszych lokalnych regulacji prawnych, których reasekurator nie ma obowiązku znać i akceptować, standardy rynkowe odnośnie zapisów i klauzul itp. Kolejnym problemem, który może pojawić się przy tego typu reasekuracji, są np. ograniczenia ze strony cedentów co do ratingu reasekuratorów oraz ich siedziby.

WSZYSCY UCZESTNICY PROCESU

Przy aranżowaniu reasekuracji dużych ryzyk niezwykle ważną rolę odgrywa prawidłowo ułożona współpraca między wszystkimi podmiotami tego procesu, poczynając od ubezpieczającego, brokera ubezpieczeniowego, cedenta oraz brokera reasekuracyjnego, a skończywszy na reasekuratorach. Przy reasekuracji fakultatywnej te relacje mają szczególne znaczenie, gdyż często wymagają od wszystkich zaangażowanych stron cierpliwości i wyrozumiałości. Wzajemne zrozumienie, empatia, zaufanie, doświadczenie i profesjonalizm określają płaszczyznę takiej współpracy, a więc mają wpływ na końcowy rezultat.

Podsumowując: warto pamiętać, że reasekuracja może rozwiązać kłopoty związane z ubezpieczeniem dużych ryzyk, w tym także tych ryzyk, które są trudne, nieznane i skomplikowane. Reasekuracja jest narzędziem, które powinno uwzględniać się w planach i z którego trzeba korzystać w odpowiednich sytuacjach. ▣



©Fotolia

Reasekuracja fakultatywna w energetyce

Reasekuracja fakultatywna ma zastosowanie w przypadkach, gdy ryzyko jest na tyle duże, że nie mieści się w limicie umowy obligatoryjnej lub zakresowo odbiega od jej założeń, a także gdy mogłoby negatywnie wpłynąć na zbilansowanie umowy obligatoryjnej. – EWA MONIKA WRÓBEL



Ewa Monika Wróbel

jest brokerem reasekuracyjnym, prezesem zarządu Nord Re. W ubezpieczeniach od 12 lat.

Reasekuracja jest umową, na mocy której jeden zakład ubezpieczeń (cedent) odstępuje (ceduje) całość lub część ubezpieczonego ryzyka lub grupy ryzyk określonego rodzaju, wraz z odpowiednią częścią składek, innemu zakładowi ubezpieczeń (reasekuratorowi), który w zamian zobowiązuje się do zapłaty cedentowi odpowiedniej części świadczeń wypłaconych ubezpieczającym.

PODSTAWOWE INFORMACJE

W sytuacji, gdy jednostkowe ryzyko jest specyficzne lub bardzo duże i przekracza możliwości lub „apetyt na ryzyko” danego zakładu ubezpieczeń, stosowane są umowy reasekuracji fakultatywnej. Umożliwiają one indywidualny podział ryzyka. W przypadku umów fakultatywnych mamy do czynienia z pełną swobodą decyzji co do udziału stron w ryzyku. Umowne jest również ustalenie wysokości składki reasekuracyjnej, niezależnie od wysokości składki ubezpieczeniowej. Transakcje te mają indywidualny charakter, w związku z czym każdorazowo dokonywana jest dokładna ocena ryzyka przez reasekuratorów. Reasekuracja fakultatywna, ze względu na swoją specyfikę, aranżowana jest zazwyczaj za pośrednictwem brokera reasekuracyjnego. Niektóre rynki, np. rynek amerykański czy londyński rynek Lloyd's, akceptują plasowanie jedynie za pośrednictwem certyfikowanych brokerów. Broker reasekuracyjny otwiera możliwość dostępu do know-how i rozwiązań, jakie oferuje rynek międzynarodowy. Wykorzystuje swoje doświadczenie, znajomość krajowych i zagranicznych produktów ubezpieczeniowych oraz prawa ubezpieczeniowego w celu zaproponowania optymalnych rozwiązań swojemu klientowi (cedentowi). Łączy znajomość zagadnień i zwyczajów z rynków reasekuracyjnych, ze zrozumieniem specyfiki lokalnego rynku, tworząc rozwiązania innowacyjne, a jednocześnie szyte na miarę lokalnych potrzeb. Podstawowym zadaniem brokera reasekuracyjnego przy plasowaniu reasekuracji fakultatywnej jest zgromadzenie i przekazywanie pełnej informacji o danym ryzyku w sposób czytelny i akceptowalny dla reasekuratorów oraz przygotowanie slipu reasekuracyjnego, który będzie jednoznaczny w swoich zapisach.

Reasekuracja fakultatywna ma zastosowanie w przypadkach, gdy ryzyko jest na tyle duże, że nie mieści się w limicie umowy obligatoryjnej lub zakresowo odbiega od jej założeń, a także

gdy mogłoby negatywnie wpłynąć na zbilansowanie umowy obligatoryjnej. Wykorzystywana jest również w przypadku, gdy cedent dokonuje celowej selekcji ryzyk, aby uniknąć kumulacji szkód np. z tytułu ryzyk naturalnych, jak również w sytuacji, gdy ryzyko jest nietypowe i cedent nie ma dostatecznie dużej wiedzy, aby pozostawić je wyłącznie na swoim udziale.

Broker reasekuracyjny, wychodząc na rynki, w pierwszej kolejności poszukuje reasekuratora wiodącego (leader) umowy, z którym negocjuje i uzgadnia wszystkie warunki oraz określa zasady współpracy. Reasekurator wiodący deklaruje także swój procentowy udział w ryzyku. Następnie oferta trafia na rynek i na warunkach zaakceptowanych i potwierdzonych przez reasekuratora wiodącego dołączają pozostali partnerzy (followers). Deklarują maksymalny udział, jaki są w stanie przyjąć na warunkach reasekuratora wiodącego. Broker po zebraniu 100% zamyka plasowanie. Zdarzają się sytuacje, kiedy zadeklarowany łączny udział reasekuratorów przekracza 100% – mamy wtedy do czynienia z tzw. nadplasowaniem. Wypracowana dobra praktyka przewiduje, że w takiej sytuacji zredukowane są proporcjonalnie udziały każdego z reasekuratorów tak, aby łącznie uzyskać 100% pokrycia.

Na same negocjacje z rynkami trzeba przeznaczyć od 3 do 6 miesięcy, w zależności od skali skomplikowania projektu. Jest to czas zakładany na negocjacje, liczony od momentu zebrania kompletu wymaganych przez reasekuratorów informacji i dokumentów oraz pod warunkiem posiadania szczegółowo sprecyzowanego oczekiwanego zakresu ubezpieczenia. Zbyt wczesne wyjście na rynki reasekuracyjne nie jest wskazane, ponieważ przy braku kompletnych informacji reasekuratorzy nie są skłonni do składania ofert, a indykacje mogą znacznie odbiegać od ofert ostatecznych.

SPECYFIKA ENERGETYKI

Do tego typu ryzyk zaliczane są ryzyka związane z procesem realizacji inwestycji w branży energetycznej. Głównym źródłem wytwarzania energii elektrycznej w wielu krajach świata, w tym w Polsce, są elektrownie opalane węglem. **Straty w elektrowniach węglowych oraz dążenie do ograniczenia wpływu węgla na emisję CO₂ w różnych regionach świata wymusiły zmiany polegające na zwiększeniu wydajności przy jednoczesnym zachowaniu konkurencyjności.** W związku z tym nowo budowane bloki są znacznie bardziej wydajne. Zakłady tego typu wykorzystują technologie superkrytyczną, ultrasuperkrytyczną lub zaawansowaną ultranadkrytyczną. Różnice między technologiami nadkrytycznymi wynikają z ciśnienia i temperatury pary. Im wyższe ciśnienie i temperatura, tym bardziej wydajna jest elektrownia.

Duże, długoterwałe projekty związane z rozbudową infrastruktury energetycznej są w znacznym stopniu uzależnione od decyzji politycznych. Ponadto są podatne na problemy środowiskowe (wytwarzanie energii z węgla jest procesem niezgodnym z celami klimatycznymi ONZ) oraz na wahania cen paliw i energii. Otoczenie techniczne, ekonomiczne i geopolityczne powinno być brane pod uwagę przy gwarantowaniu takiego ryzyka. Ubezpieczenie wszystkich ryzyk budowlano-montażowych (CAR/EAR) dla takich inwestycji wymaga dużych pojemności, a co za tym idzie – zaangażowania reasekuracji fakultatywnej.

STANDARDY: MONACHIJSKI I LONDYŃSKI

Na rynkach międzynarodowych wykorzystywane są dwa standardy tego ubezpieczenia – monachijski, oparty na klauzulach Munich Re, oraz londyński. Warunki monachijskie – ubezpieczenie ryzyk budowlano-montażowych na bazie wszystkich ryzyk – dają wąskie pokrycie z góry zdefiniowane, z możliwością rozszerzenia zakresu o szereg standardowych klauzul dodatkowych. Warunki londyńskie działają na zasadzie odwrotnej – zakres podstawowy jest bardzo szeroki i ulega modyfikacji poprzez wprowadzenie wyłączeń, w tym klauzul LEG (1996) i DE (1995). Klauzule LEG (1996) to grupa trzech klauzul opracowanych przez London Engineering Group w 1996 r., które – podobnie jak pięć klauzul DE (1995) – pozwalają wyłączyć z zakresu ochrony szkody spowodowane wadami projektowymi, materiałowymi i wykonawczymi. W Polsce umowy skonstruowane na warunkach londyńskich nie są powszechnie stosowane.

Ogólne warunki ubezpieczenia polskich ubezpieczycieli nie przewidują klauzuli szkód w elementach wadliwych, ale w niektórych umowach ubezpieczenia można znaleźć tego typu klauzule. Są one najczęściej redagowane przez brokerów na bazie wyżej wymienionych klauzul londyńskich, co przy konstrukcji na standardzie monachijskim pozwala na rozszerzenie zakresu pokrycia, ale jest chętnie

akceptowane, zarówno przez polskie zakłady ubezpieczeń, jak i reasekuratorów. Mieszanie standardu monachijskiego z londyńskim, którego efektem jest brak spójności w zakresie ubezpieczenia oraz wątpliwości interpretacyjne przy likwidacji szkód, prowadzi do kolejnych trudności z pozyskaniem pokrycia i jest kosztotwórcze.

Rynek ubezpieczeniowy w Polsce jest zdominowany przez warunki oparte na standardzie monachijskim. Różnice pomiędzy oferowanymi przez poszczególne zakłady ubezpieczeń wzorami umów nie są duże.

Warunki monachijskie składają się z 3 sekcji:

- ➔ sekcja I – ubezpieczenie mienia,
- ➔ sekcja II – ubezpieczenie OC,
- ➔ sekcja III – ubezpieczenia utraty zysku inwestora (ALoP).

Zawarcie ubezpieczenia w ramach sekcji II i III możliwe jest tylko w przypadku, gdy prace zostały ubezpieczone w ramach sekcji I. **Zestaw standardowych klauzul monachijskich uwzględnia praktykę kluczowych rynków europejskich i daje możliwość elastycznego budowania zakresu pokrycia.** Klauzule monachijskie pozwalają na tworzenie indywidualnych warunków szczególnych, co w sytuacji swobodnego dialogu z ubezpieczycielami/reasekuratorami powinno prowadzić do uzyskania rozwiązania optymalnego pod względem zakresowym i cenowym. I tu pojawia się istotne ograniczenie swobody prowadzenia tego dialogu, jakim jest pozyskiwanie ubezpieczenia w reżimie ustawy Prawo zamówień publicznych. Przywołane przepisy nakazują opisanie przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny, wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, z uwzględnieniem wszystkich wymogów i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty, a zapisy te powstają przed wyjściem na rynki i są trudno modyfikowalne. Bardzo szeroki zakres ubezpieczenia definiowany w SIWZ, którego nie akceptują rynki międzynarodowe, staje się istotnym ograniczeniem do pozyskania pokrycia reasekuracyjnego.

PROBLEMY Z POKRYCIEM

Wpływ na konkurencyjność oferty reasekuracyjnej ma wiele różnych czynników. Kluczowym elementem jest wnioskowany zakres ubezpieczenia, w tym proponowany poziom franszyz i udziałów własnych. Im bliższy międzynarodowym standardom, tym większe są szanse na uzyskanie satysfakcjonującej oferty. Należy pamiętać również, że w przeciwieństwie do naszych lokalnych praktyk, na rynkach międzynarodowych pozyskanie ofert w kilku wariantach, zróżnicowanych ze względu na zakres, wysokość franszyz itp., jest bardzo trudne.

Zakres klauzul LEG i odpowiadających im klauzul DE		
LEG 1/2016 (odpowiednik DE 1)	LEG 2/2016 (zbliżony do DE 3 i DE 4)	LEG 3/2016 (odpowiednik DE 5)
wylączone są wszelkie szkody spowodowane wadami projektowymi, materiałowymi i wykonawczymi	wylączone są szkody w mieniu dotkniętym wadą, ale pokryte są szkody następne	pokryte są szkody związane z wadami, z wyjątkiem kosztów związanych z ulepszeniem pierwotnego projektu lub materiału

Źródło: Opracowanie własne.

Reasekuratorzy nie są skłonni do przedstawiania ofert wariantowych i wstrzymują się do momentu potwierdzenia ostatecznego zakresu ubezpieczenia.

Brak możliwości pozyskania pokrycia reasekuracyjnego w pewnych zakresach powodują także niektóre zapisy umowne pomiędzy inwestorem a wykonawcą. W takim przypadku konieczne jest wyłączenie danego zakresu z umowy reasekuracji fakultatywnej i pozostawienie go na zachowku lokalnego ubezpieczyciela (cedenta).

Od lat wiodącymi reasekuratorami w odniesieniu do ubezpieczenia ryzyka budowlano-montażowych dla projektów budowlanych w branży energetycznej są Munich Re i Swiss Re. Zainteresowanie wykazują również inne rynki, w tym w szczególności rynek londyński, który jest w tym zakresie bardzo konkurencyjny. Każdy tego typu projekt jest oceniany przez reasekuratorów indywidualnie.

Niezależnie, czy poszukuje się pokrycia na rynku londyńskim czy kontynentalnym, odpowiednio przygotowana dokumentacja (przekazanie kompletu informacji technicznych, harmonogramów, opisów zabezpieczeń w odniesieniu do międzynarodowych standardów, list potencjalnych wykonawców, podwykonawców i dostawców itd.) oraz jednoznaczne zapisy w ślipie reasekuracyjnym przekładają się na pozyskanie oferty konkurencyjnej zarówno zakresowo, jak i cenowo.

Reasekuratorzy bardzo wnikliwie analizują przekazaną dokumentację. Mają możliwość porównania wielu projektów, dlatego też często weryfikują pewne przyjęte założenia, np. okres deklarowany w harmonogramie. Bazują na swoim doświadczeniu pozyskanym przy podobnych projektach, które reasekurują na całym świecie. Ocenie poddawane jest także doświadczenie wykonawcy, podwykonawców oraz producentów kluczowych elementów, takich jak turbiny, generatory czy kotły. Dla reasekuratorów problematyczne są rozwiązania niesprawdzone (*non-proof technology*), prototypowe. Tu należy uważać na rozbieżności w definicjach ubezpieczeniowych i inżynierskich.

Negatywne doświadczenia w Europie, w szczególności z rynku niemieckiego, spowodowały brak zainteresowania reasekuratorów projektami, w których wykorzystywane są przez wykonawców niektóre materiały, np. stal T24. Pierwsze problemy z pękaniem T24 ujawniły się we wczesnym okresie eksploatacji kotłów. Po serii zdarzeń związanych z zastosowaniem stali T24 (wycieków z kotłów spowodowanych pęknięciami na szwach spawalniczych ścian membrany parownika) zdecydowano o zastąpieniu T24 konwencjonalnym materiałem T12. Spowodowało to znaczne opóźnienia i wzrost kosztów. Całkowite opóźnienie ukończenia instalacji, w których zastąpiono T24, wyniosło od 1,5 do 3 lat.

Trudności w pozyskaniu ochrony reasekuracyjnej generuje również wprowadzanie tzw. klauzul producentkich. Według standardów międzynarodowych ubezpieczenie CAR/EAR zawierane jest przez stronę finansującą, czyli inwestora. Historycznie w Polsce ubezpieczenie to zawierane było przez firmy budowlane, co spowodowało powstanie klauzul chroniących wykonawcę, które do dziś są wprowadzane do zakresu pokrycia, pomimo że polisa zawierana jest przez inwestora. Nie są to klauzule chętnie akceptowane przez reasekuratorów, gdyż inwestor nie ma interesu zabezpieczać ryzyka wykonawcy, który jest zde-

finiowany w ramach kontraktu i zabezpieczony odpowiednimi instrumentami finansowymi. Dodatkowo wykonawca powinien posiadać polisę OC dedykowaną pod ten konkretny kontrakt oraz polisę OC zawodowej, które powinny stanowić stosowne zabezpieczenie.

Kolejnym problemem jest moment przejścia z ubezpieczenia inwestycji w toku realizacji do ubezpieczenia fazy operacyjnej. Okres gorących prób i testów oraz oddanie do eksploatacji wynika z warunków przekazania uzgodnionych w kontrakcie i jest to okres najwyższej ekspozycji na ryzyko podczas całego okresu ubezpieczenia. Testy funkcjonalne, wydajności i niezawodności mogą wejść w fazę eksploatacji komercyjnej. Na rynkach międzynarodowych połączenie ubezpieczenia ryzyka fazy budowy z ubezpieczeniem fazy eksploatacyjnej jest powszechnie stosowane przy dużych projektach infrastrukturalnych i energetycznych. Ubezpieczenie BOT (*build-operate-transfer*) polega na zaaranżowaniu jednej umowy ubezpieczenia obejmującej ochroną ubezpieczeniową ryzyka fazy budowlanej oraz fazy eksploatacyjnej. Na polskim rynku ubezpieczenie BOT nie jest standardowym rozwiązaniem, ale jest stosowane w praktyce przy dużych kontraktach inwestycyjnych, np. ubezpieczeniu inwestycji budowy i eksploatacji elektrowni w Opolu. Rozwiązanie to pozwala na wyeliminowanie ewentualnej luki, jaka może powstać na etapie przejścia z umowy ubezpieczenia budowy do umowy ubezpieczenia fazy eksploatacyjnej. Należy jednak pamiętać, że nie wszyscy ubezpieczyciele i reasekuratorzy są zainteresowani zawarciem umowy dla obu faz z uwagi na ich specjalizację tylko w jednym z etapów projektu. Mniejsza liczba podmiotów, u których ubezpieczyciele mogą pozyskać reasekurację, może wpłynąć na koszt umowy ubezpieczenia, dlatego niezmiennie istotna jest kompletność i jakość informacji underwritingowych przekazywanych do reasekuratorów.

Wyżej opisane problemy nie wyczerpują katalogu trudności, na jakie napotykałyśmy przy aranżowaniu reasekuracji fakultatywnej dla projektów budowlanych w branży energetycznej. Mam jednak nadzieję, że niniejszy artykuł przybliżył nieco zagadnienia z tym związane.

REASEKURATOR POMAGA...

Podsumowując, reasekuracja pozwala zakładom ubezpieczeń na prowadzenie działalności wykraczającej poza ich własny potencjał finansowy, poprzez wtórny i dalszy podział ryzyka. Reasekurator pomaga cedentowi akceptować zarówno większe ryzyka, jak i większą liczbę ryzyk. Ryzyko dzielone jest na wiele podmiotów (w zależności od potrzeb na kilku lub nawet kilkudziesięciu reasekuratorów). Rozproszenie ryzyka pozwala ograniczyć negatywne skutki szkód oraz zapewnić odpowiedni – uzależniony od ryzyka podejmowanego przez ten zakład – poziom kapitałów zakładów ubezpieczeń, co jest szczególnie ważne w kontekście wymogów Solvency II. Reasekuratorzy nie mogą natomiast zmienić złego ryzyka w dobre i akceptować tego, co nieakceptowalne. Reasekuracja nie uchroni też przed nieadekwatnymi warunkami ubezpieczenia oraz niedoszacowanymi stawkami. Można wręcz zaryzykować stwierdzenie, że jedną z zalet reasekuracji jest cywilizowanie rynku poprzez narzucanie odpowiednich (popartych doświadczeniem) stawek, warunków oraz wprowadzanie dobrych zwyczajów (m.in. wiążącego charakteru ustaleń ustnych – zasada najwyższej wiary – *uberrima fides*). □

Likwidacja szkody to nie tylko wypłata odszkodowania

Umowa ubezpieczenia w sposób najbardziej wyraźny materializuje się – poprzez wypłatę odszkodowania – właśnie w momencie zrealizowania się zdarzenia. Dlatego niezmiernie ważne jest, aby proces wypłaty odszkodowania był przeprowadzony bez żadnych zakłóceń. – **KAROL DĄBROWSKI**



Karol Dąbrowski

jest dyrektorem Departamentu Likwidacji Szkód Korporacyjnych, Axa.

W ubezpieczeniach od 20 lat.

Ubezpieczenia majątkowe są istotnym narzędziem ochrony przedsiębiorstw przed negatywnymi skutkami nagłych, niespodziewanych zdarzeń. Umowa ubezpieczenia w sposób najbardziej wyraźny materializuje się – poprzez wypłatę odszkodowania – właśnie w momencie zrealizowania się zdarzenia. Uznaje się zatem, że ubezpieczenie zapewnia stabilność finansową swoich klientów, co pozytywnie wpływa także na rozwój całej gospodarki. Przedsiębiorcy mogą bowiem koncentrować się na głównym profilu swojej działalności oraz dalszym rozwoju. Dlatego niezmiernie ważne jest, aby proces wypłaty odszkodowania był przeprowadzony bez żadnych zakłóceń. Na co zatem zwrócić uwagę, aby umowa ubezpieczenia majątkowego uwzględniła także odpowiednio przygotowany proces likwidacji szkody?

Żyjemy obecnie w czasach ciągłej zmiany. Zmienia się otoczenie biznesowe, powstają nowe sposoby pozyskiwania klientów, sprzedaży dóbr, usług, zmienia się również otoczenie prawne. Spoglądając 30 lat wstecz, zobaczymy także ogromny postęp technologiczny, który wymusza na przedsiębiorstwach potrzebę ciągłego rozwoju i uwzględnienia zachodzących zmian w swoich procesach. Jeżeli dziś fakt ten zostanie zlekceważony, może okazać się, że nawet duży przedsiębiorca nie będzie w stanie w ciągu kilku najbliższych lat utrzymać się na rynku. Straconych szans nie da się nadrobić. A zmiana w sposobie działania przedsiębiorstw wymusza także zmiany w podejściu do procesu zawierania polisy ubezpieczeniowej, definiowania jej zakresu, jak i procesu likwidacji szkód. Z tego też powodu bardzo ważna jest bliska współpraca ubezpieczyciela, klienta i pośrednika, w zakresie opracowania dedykowanego, uwzględniającego specyfikę działalności klienta, procesu likwidacji szkód, szczególnie kiedy mówimy o ubezpieczeniach dużych ryzyk.

Proces likwidacji szkody jest jednym z ostatnich etapów realizacji umowy ubezpieczenia, a jego efektywność w dużej mierze zależy od prawidłowo przeprowadzonego procesu zawarcia umowy. Etap zawarcia umowy, poprzedzony przeprowadzoną szczegółową analizą ryzyka, powinien uwzględniać także wszelkie kluczowe z punktu widzenia likwidacji szkód aspekty, tj. zakres ubezpieczenia, szczególne postanowienia uwzględniające specyfikę działalności klienta, ustalenie wartości ubezpieczeniowej

majątku oraz zdefiniowanie głównych zasad procesu likwidacji szkód. Przy ubezpieczeniu dużych ryzyk program ubezpieczeniowy dla każdego klienta jest „szyty na miarę”, tzn. jest to program uwzględniający potrzeby i model organizacyjny danej firmy, w tym zdefiniowanie głównych zasad procesu likwidacji szkód. Stworzenie odpowiedniego modelu likwidacji szkód dedykowanego danemu klientowi wymaga uwzględnienia wielu czynników, zaangażowania wielu podmiotów, którzy wspólnie uczestniczą w procesie likwidacji szkody. Dedykowany koordynator szkód, dedykowana procedura likwidacji szkód uwzględniająca specyfikę działalności klienta, elektroniczna wymiana dokumentacji czy bezpośredni kontakt z likwidatorem prowadzącym daną szkodę to już standard rynkowy.

Ponadto w segmencie dużych ryzyk często mamy do czynienia z likwidacją szkód przedsiębiorstw, które działają nie tylko na rynku krajowym, ale też i na europejskim czy nawet światowym. To sprawia, że proces ten staje się procesem bardzo złożonym. Wymaga on zaangażowania w proces likwidacji szkód likwidatorów krajowych i zagranicznych. Muszą to być osoby znające specyfikę działalności klienta i uwarunkowania prawne, a także posiadające wiedzę i wieloletnie doświadczenie. Wiedzę na temat specyfiki działalności danego klienta zdobywa się w procesie zawierania umowy ubezpieczenia, jak również po jej zawarciu, podczas spotkań z zespołami odpowiadającymi za proces likwidacji szkód po stronie klienta. Podczas takich spotkań, jeszcze przed powstaniem szkody, można ustalić wiele ważnych kwestii, które mają ogromny wpływ na proces likwidacji przyszłej szkody, np. zakres podstawowej dokumentacji specyficznej dla działalności danego klienta, biegłych, którzy mogą wspierać klienta i ubezpieczyciela w procesie likwidacji szkody czy zasady zgłaszania szkody i komunikacji między stronami. Omówienie ww. kwestii jest bardzo ważne, ich bagatelizacja może mieć poważne konsekwencje, które mogą wpłynąć na decyzję ubezpieczyciela w procesie likwidacji szkody. Przykładowo klient samodzielnie podejmuje decyzję o naprawieniu szkody. W przypadku gdy mienie nadaje się do naprawy, podstawą do ustalenia wysokości odszkodowania są wydatki poniesione w celu przywrócenia uszkodzonego mienia do stanu sprzed szkody, jednak tylko w zakresie, w jakim koszty te musiały być poniesione przez ubezpieczającego i w zakresie, w jakim one zostały włączone

do sum ubezpieczenia. W praktyce może się okazać, że klient – decydując się na naprawę bez konsultacji z ubezpieczycielem – zaakceptuje wydatki, które nie musiały być poniesione lub nie zostały włączone do sum ubezpieczenia. Tego rodzaju wydatki nie zostaną uwzględnione przez ubezpieczyciela w wypłacie odszkodowania. Naprawa przeprowadzona w uzgodnieniu z ubezpieczycielem pozwoli na wspólne wypracowanie stanowiska, czy i w jakiej części ubezpieczyciel będzie pokrywał koszty przywrócenia uszkodzonego mienia do stanu sprzed szkody.

Przykładowe klauzule dodatkowe

→ **Klauzula przydatności środków obrotowych do dalszej dystrybucji po szkodzie.** Strony umowy postanawiają, że jeżeli w wyniku ubezpieczonej szkody nastąpi takie uszkodzenie surowców, produktów lub wyrobów gotowych, które uniemożliwi w świetle obowiązującego prawa dalszą jego dystrybucję (wykorzystanie), ubezpieczyciel wypłaci w takim wypadku ubezpieczającemu odszkodowanie nawet za te środki, które nie mają oznak uszkodzeń zewnętrznych, a nie nadają się do sprzedaży (dalszego wykorzystania) z powodu warunków, w których się znajdowały w związku z powstałą szkodą, a które to warunki miały wpływ na zmianę ich właściwości fizyko-chemicznych.

→ **Klauzula marki i etykiety.** Firmy z ugruntowaną pozycją na rynku ze względów reputacyjnych nie zgadzają się np. na sprzedaż produktów po obniżonych cenach w ramach pozostałości po szkodzie, czyli produktów, które po szkodzie nadają się do użytku, ale ze względu np. na uszkodzenia opakowania lub inne zniszczenia estetyczne nie mogą zostać przekazane do normalnej dystrybucji. Klauzula marki i etykiety gwarantuje więc, że w przypadku uszkodzenia wyborów gotowych, oznaczonych rozpoznawalną marką, znakiem fabrycznym lub etykietą, w stopniu uniemożliwiającym ich normalne użycie lub sprzedaż, wartość pozostałości będzie ustalana po usunięciu oznaczeń marki, znaków fabrycznych lub etykiet w sposób typowy przewidziany dla danego oznaczenia, uniemożliwiający ich identyfikację.

Ponadto warto rozważyć uwzględnienie w polisie **ubezpieczenia niewypracowanego zysku** wskutek zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego. Zdarzają się bowiem przypadki, że odtworzenie uszkodzonego mienia może potrwać kilka miesięcy i przez ten czas przedsiębiorca może tylko częściowo funkcjonować. Przykładowo naprawa uszkodzonej instalacji elektrycznej może potrwać kilka tygodni, w tym czasie poszkodowany ponosi wymierne straty spowodowane brakiem możliwości prowadzenia produkcji. Zdarzają się przypadki, w których szkoda dotycząca niewypracowanego zysku jest kilka razy większa od szkody majątkowej.

WIEDZA I DOŚWIADCZENIE

Dodatkowym elementem istotnym w tworzeniu odpowiedniego modelu likwidacji szkód dużych przedsiębiorstw jest zaangażowanie wiedzy i doświadczenia likwidatorów reprezentujących ubezpieczyciela poza granicami RP, znających specyfikę procesu likwidacji szkód rynku lokalnego. Ogromne znaczenie w przygotowywaniu takiego programu obsługi ma międzynarodowa działalność ubezpieczyciela. Wzajemne kontakty, wymiana wiedzy między likwidatorami podczas likwidacji szkód na całym świecie procentują i pozwalają na przygotowanie modelu obsługi szkód dla klienta z uwzględnieniem jego międzynarodowej działalności.

Kolejnymi elementami istotnymi w procesie tworzenia odpowiedniego modelu likwidacji jest zaangażowanie wiedzy i doświadczenia rzeczoznawców, w tym biegłych specjalistów z różnych dziedzin nauki, którzy działają na rynku krajowym i zagranicznym. Współpraca z rzeczoznawcami posiadającymi doświadczenie w międzynarodowej współpracy daje gwarancję wysokiej jakości usług. Niezbędne jest również zaangażowanie kancelarii prawnych działających na rynkach zagranicznych, znających uregulowania prawne danego kraju. Oprócz standardowej współpracy w zakresie lokalnych regulacji prawnych zdarzają się przypadki szkód bez precedensu, szkód, dla których na rynku międzynarodowym brakuje orzecznictwa.

Połączenie wiedzy i doświadczenia wszystkich ww. uczestników procesu likwidacji szkód, koordynacja pracy i wzajemna współpraca dają gwarancję obsługi szkód klienta na najwyższym poziomie.

Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia mienia zawsze trzeba zwrócić uwagę na listę ryzyk objętych ochroną. Najbardziej korzystny dla ubezpieczonych jest oczywiście wariant obejmujący ryzyka wszystkie. Jednak na rynku stosowane są także inne rozwiązania, oparte na ryzykach nazwanych, które uwzględniają tylko podstawowe rodzaje ryzyk, określone w warunkach ubezpieczenia. Z punktu widzenia procesu likwidacji szkody, objęcie ochroną odpowiednich dla danego przedsiębiorcy ryzyk jest sprawą kluczową. Może bowiem wystąpić szkoda niemieszcząca się w definicji zakresu ubezpieczenia. Konsekwencje niepełnego/ częściowego doboru ryzyk mogą okazać się dla klienta dotkliwe. Lista ryzyk objętych ochroną jest zawsze weryfikowana w czasie likwidacji szkody, bardzo często już w chwili zgłoszenia szkody do ubezpieczyciela. **W celu właściwego doboru listy ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową można z powodzeniem wykorzystać materiał zgromadzony podczas analizy i oceny ryzyka.**

Kolejnym nieodłącznym elementem polisy, który ma wpływ na proces likwidacji szkody oprócz standardowego zakresu ochrony, są klauzule dodatkowe. Ważne, aby postanowienia takich klauzul uwzględniały specyfikę prowadzonej przez klienta działalności. Treść klauzul dodatkowych opracowywana jest przez ubezpieczycieli, zdarzają się również przypadki, że są przygotowywane przez brokerów. Z punktu widzenia procesu likwidacji szkód niezwykle ważne jest, aby rozumienie treści danej klauzuli było jednakowe dla wszystkich stron. W przeciwnym wypadku podczas likwidacji szkody może się okazać, że rozumienie treści danej klauzuli będzie odmienne. W takich sytuacjach niezbędne jest przeprowadzenie wspólnych konsultacji, zbadania, jakie były intencje stron, w celu wyjaśnienia rozbieżności.

SUMA UBEZPIECZENIA

Podczas likwidacji szkód zdarzają się przypadki potwierdzające, jak ważne w praktyce jest zwrócenie szczególnej uwagi na prawidłowe zadeklarowanie sumy ubezpieczenia. Gromadzona w procesie likwidacji szkód dokumentacja, np. wykaz mienia zgłoszonego do ubezpieczenia, zawiera wartości danego mienia np. maszyny, jednak w trakcie weryfikacji sumy ubezpieczenia okazuje się, że nie koreluje ona w żaden sposób z wartościami odtworzonymi danego mienia. Deklarowana wartość nowa odtworzeniowymi danej maszyny w rzeczywistości nie jest nową wartością, nie jest to też wartość zbliżona, lecz np. jest ceną promocyjną zakupu lub ceną odkupu od leasingodawcy. Mogą zdarzyć się przypadki, kiedy klient dostarczy wykaz mienia do ubezpieczenia uwzględniający niestety wartość mienia w promocyjnej cenie zakupu – np. 1 zł – lub też podana jest jedna łączna wartość objętego ochroną mienia, która podczas weryfikacji w chwili likwidacji szkody okazuje się wartością księgową, a nie nową odtworzeniową. Klient koncentruje się bardziej na pojęciu wartości nowej odtworzeniowej w odniesieniu do określenia sumy ubezpieczenia, zapominając, że dotyczy ona również określenia górnej granicy odpowiedzialności ubezpieczyciela. Obowiązek ustalenia przez ubezpieczyciela odszkodowania uwzględniającego wartość nową odtworzeniową uszkodzonej maszyny koresponduje z obowiązkiem klienta do zadeklarowania sumy ubezpieczenia odpowiadającej tej samej wartości.

Bliska współpraca ubezpieczyciela, klienta i pośrednika jest ważna w zakresie opracowania dedykowanego programu ubezpieczeń uwzględniającego specyfikę działalności klienta oraz procesu likwidacji szkód, szczególnie kiedy mówimy o ubezpieczeniach dużych ryzyk. Każdy z wymienionych aspektów – ocena ryzyka, zakres ubezpieczenia, szczególne postanowienia uwzględniające specyfikę działalności klienta, wartość ubezpieczeniową majątku czy zasady likwidacji szkód – odpowiednio wcześniej i szczegółowo omówione pozwolą na skuteczną

Suma ubezpieczenia w praktyce

Szybki postęp technologiczny często powoduje, że wprowadzany dziś produkt do sprzedaży często ma już swojego następcę. Trzeba uwzględnić również i ten aspekt w chwili deklarowania sumy ubezpieczenia. Maszyna zakupiona 3 lata temu za cenę 1 mln zł może nie być już produkowana, a jej następca o najbardziej zbliżonych parametrach może obecnie kosztować 2 mln zł. Bieżące aktualizowanie deklarowanych sum ubezpieczenia z pewnością pozytywnie wpłynie na proces likwidacji szkód i pozwoli na pokrycie faktycznej szkody. Przykładem takiej szkody może być sytuacja firmy X, która zawarła ubezpieczenie maszyny wg wartości nowej odtworzeniowej, deklarując jednak sumę ubezpieczenia wartości maszyny wg ceny jej odkupu od leasingodawcy. Jak się okazało, firma X posiadała wiedzę, że taka maszyna nie jest już produkowana, ponieważ w międzyczasie zakupiła kolejną maszynę o podobnych parametrach, jednak już po znacznie wyższej cenie. Mimo posiadania wiedzy o wartości nowej maszyny firma X nie dokonała aktualizacji wartości sumy ubezpieczenia pierwszej maszyny. Środki uzyskane z odszkodowania niestety nie wystarczyły na zakup nowej maszyny.

ochronę przedsiębiorstw przed negatywnymi skutkami nagłych niespodziewanych zdarzeń, dzięki czemu klient skoncentruje się na głównym profilu swojej działalności. Wielu szkód być może nie da się uniknąć mimo wzajemnego zaangażowania i współpracy, jednak jeżeli już wypadek się zrealizuje, to właśnie od tych wcześniejszych ustaleń mogą zależeć losy przedsiębiorstwa. □

REKLAMA

Direct czy digitalizacja

OC za produkt — szkody uświadamiają ryzyko

Czasem duże ryzyko można zidentyfikować łatwo, zwłaszcza gdy jest ono odpowiednio rozpoznane. Nie jest bowiem trudno wyobrazić sobie, jakie szkody potencjalnie mogą powstać przy budowie tunelu metra pod ruchliwymi ulicami i starym budownictwem w mieście. Na wyobraźnię działa tak rodzaj prowadzonej działalności, jak sam produkt. — **ZBIGNIEW BACHMAN**



Zbigniew Bachman,
prezes zarządu – country manager
Insurance Engineering Services.
W ubezpieczeniach od 19 lat.

Czym jest „duże ryzyko” w ubezpieczeniach mienia wie chyba każdy. Stosunkowo łatwo jest rozpoznać majątek o dużej wartości, potencjalnie zagrożony dużą szkodą. Również przykładów dużych szkód jest bardzo wiele – chyba każdy na rynku potrafi wymienić minimum kilka największych, jak Turów czy JBB. Takie szkody zawsze są bardzo medialne, łatwo zauważalne a rozmiar jest widoczny gołym okiem niemal dla każdego laika.

OC ZA PRODUKT

Podobnie rzecz ma się ze szkodami OC tam, gdzie poszkodowanymi (pokrzywdzonymi) są osoby fizyczne – jak w sprawie MTK. To zawsze są szkody spektakularne, medialnie nośne, więc eksploatowane przez serwisy informacyjne. Inaczej jednak rzecz wygląda, gdy mamy do czynienia z relacjami biznesowymi i szkodami z nich wynikającymi pomiędzy dwiema firmami. Ze względu na charakter szkody i zagrożenie dla wizerunku zaangażowanych stron (nie tylko sprawcy, ale często i poszkodowanego), takie sprawy są zazwyczaj załatwiane „w zaciszu gabinetów”, a żadna informacja nie wydostaje się poza krąg osób bezpośrednio pracujących przy sprawie. Zdarzają się sytuacje, gdy nawet wewnątrz firmy taka sprawa stanowi tajemnicę, szczególnie gdy szkoda dotyczy tzw. dóbr luksusowych lub elementów związanych z bezpieczeństwem, jeszcze zanim zostały one wprowadzone do obrotu detalicznego, gdzie sprzedaż zależy od odbioru marki na rynku.

TRUDNOŚCI Z POKRYCIEM

Niejednokrotnie zdefiniowanie samego ryzyka bywa na tyle trudne, że nawet ludzie bardzo doświadczeni w danej branży mają z tym kłopot, dopóki nie wydarzy się szkoda i nie zderzą się brutalnie z jej konsekwencjami. Widać to najlepiej po wysokości limitów odpowiedzialności w umowach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. **Bardzo często firmy, które nie doświadczają sytuacji związanych z dużym roszczeniem, nie dysponują wsparciem ubezpieczyciela na odpowiednim poziomie finansowym.** Ryzyko OC w takiej sytuacji bywa bardzo trudne do ujęcia w materialne ramy. Z drugiej strony brak odpowiedniego zakresu pokrycia i wsparcia ze strony ubezpieczyciela może nieść w takim przypadku daleko idące konsekwencje dla firmy, łącznie z zagrożeniem dla jej istnienia w ogóle. Aby to zrozumieć,

należy zdawać sobie sprawę, czym w istocie jest umowa ubezpieczenia. Ubezpieczony musi wiedzieć i rozumieć w pełni, że płacąc składkę nie kupuje polisy, ale obietnicę odpowiedniego wsparcia organizacyjnego i przede wszystkim finansowego w razie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, który może rodzić jego odpowiedzialność cywilną. Nie zawsze zrozumienie tego jest łatwe, zwłaszcza że odpowiedzialność cywilna nie jest rzeczą materialną. Nie da się zobaczyć, zmierzyć, a nawet w pełni wycenić, dopóki nie wystąpi szkoda.

Oczywiście w pracy likwidatora szkód duże ryzyko to duże szkody i właśnie przez pryzmat dużych szkód lub potencjalnie dużych szkód takie ryzyko widzimy. Często spotykamy się z sytuacjami, gdy ubezpieczony nie był odpowiednio przygotowany – czy to zakresowo, czy wysokością limitu na ryzyko, które wiązało się z wykonywaną przez niego działalnością.

SZKODY W PRAKTYCE

Producent etykiet wtapianych w pojemniki na materiały budowlane, eksportowane następnie na całą Europę, nie miał w zakresie ubezpieczenia klauzuli połączenia/pomieszczenia, w efekcie czego praktycznie niemal żadna szkoda, która mogła się wydarzyć w związku z jego podstawowym obszarem wykonywanej działalności, nie była objęta zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Likwidatorzy, którzy prowadzili proces likwidacji szkody, dopiero po przesłaniu procesu produkcji zdali sobie sprawę, że klient był praktycznie pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej. To oczywiście zapewne zmieniło się po szkodzie, w której spotkał się z uzasadnioną odmową wypłaty odszkodowania i wszystkie koszty musiał pokryć sam.

Garbarnia, która produkuje na zamówienie zagranicznego kontrahenta wstępnie przygotowane skóry do dalszej obróbki, miała już prawidłowy zakres ubezpieczenia, o który zadbał również profesjonalny broker. Kiedy jednak wpłynęło roszczenie w wysokości ponad 20 mln euro w związku ze szkodą spowodowaną u finalnego odbiorcy półproduktu, okazało się, że klauzula obejmująca ochroną takie zdarzenia jak to, które leżało u podstaw tego roszczenia, zawiera limit w wysokości zaledwie kilkuset tysięcy złotych. W związku z tym samo ist-

nienie przedsiębiorstwa mogło być zagrożone; na szczęście w tym konkretnym przypadku udało się wykazać, że przyczyna źródłowa zdarzenia tkwi po stronie innych podmiotów zaangażowanych w cały proces, a ubezpieczony został uwolniony od odpowiedzialności. Ta sprawa pokazała również, jak kolosalne znaczenie ma wsparcie ubezpieczyciela nie tylko w kwestii związanej z samą wypłatą ewentualnego odszkodowania. Działając poprzez likwidatorów w dwóch krajach Europy, ubezpieczyciel nie tylko podjął decyzję o odmowie wypłaty odszkodowania, ale przede wszystkim zapewnił swojemu klientowi wsparcie, które doprowadziło do całkowitego uwolnienia go od odpowiedzialności za skutki zdarzenia, wyłączając go poza łańcuch odpowiedzialności. W tym przypadku podjęte środki nie tyle odpowiadały wysokości ewentualnego odszkodowania, ile rozmiarom zagrożenia dla samego ubezpieczonego, czyli wielkości potencjalnego ryzyka.

Torebki jednej z luksusowych marek



Źródło: Akta IES.

Inny podobny w charakterze przypadek był związany z działalnością polegającą na produkcji elementów metalowych – aluminiowych i stalowych, formowanych na prasach hydraulicznych. Producent elementów dla przemysłu motoryzacyjnego, teoretycznie mających niewielki wpływ na bezpieczeństwo (wewnętrzne aluminiowe profile drzwi, drobne elementy nadwozia), produkował również bardzo proste elementy używane następnie do podtrzymania zbiorników paliwa m.in. w samochodach popularnej w Europie marki samochodów. Ryzyko teoretycznie niewielkie, bo cała obróbka polegała na przycięciu paska stalowego, zaopatrzeniu go w otwory w odpowiednich miejscach, zagięciu go i wytworzeniu na prasie hydraulicznej odpowiedniego, nieskomplikowanego kształtu. Element bardzo prosty, obróbka wręcz banalna. Udział elementu ludzkiego, najbardziej zawodnego z punktu widzenia jakości produktów, ograniczony do minimum – poza umieszczeniem stalowego paska w prasie, czynności ograniczały się do wciśnięcia guzika uruchamiającego samą prasę. I tyle – element po kilku sekundach był gotów do opuszczenia linii produkcyjnej. Ryzyko wystąpienia wady produktu niewielkie, a wystąpienie drobnych wad (różnice w kształcie, przesunięcie ugięcia lub złe umiejscowienie otworu) łatwo wykrywalne i nie zawsze nawet dyskwalifikujące produkt. Przy zautomatyzowaniu procesu produkcji ryzyko wystąpienia jakiegokolwiek wady zostało ograniczone do minimum. Ponieważ te elementy występują w pojeździe w parach, nawet nieidealna sprawność jednego elementu jest zawsze wsparta sprawnością drugiego, co również powoduje, że ryzyko dużej szkody wydaje się mniej prawdopodobne. Ponadto produkt przechodzi wieloetapową kontrolę jakości: po pierw-

sze na stanowisku kontroli jakości po zejściu z taśmy – losowo wybrane produkty z serii przykładane są do specjalnej formatki i jakakolwiek wada od razu jest zauważalna (likwidatorzy potwierdzili to, sami przeprowadzając taką kontrolę – zdj. poniżej), następnie u odbiorcy pasek jest wyposażany w piankowe dystanse i montowany do zbiornika z tworzywa sztucznego – odchylenia od geometrii od razu dają się zauważyć, ponieważ pasek nie przylega wówczas właściwie do kształtu zbiornika, a wreszcie w trakcie montażu zbiornika w aucie – przy odchyleniu od wymiaru śruby nie trafia na swoje miejsce.

Badanie jakości elementu stalowego na przyrządzie w czasie oględzin u producenta



Źródło: Akta IES.

Oczywiście na każdym etapie odbywa się też kontrola wizualna. Wada w tym przypadku była jednak niełatwa do wykrycia, a po zamontowaniu praktycznie niemożliwa do zauważenia. Pasek przed formowaniem w prasie przesunął się na matrycy (o 2–3 mm) i w miejscu, gdzie był dospawany element, został sprasowany, a więc zrobił się cieńszy.

Wadliwy element w porównaniu do prawidłowego wykonania



Źródło: Akta IES.

Nie każdy element z serii się przesunął, więc kontrola jakości tego nie wychwyciła, w trakcie montażu do zbiornika i później zbiornika w aucie po prostu fizycznie dociągano pasek tak, że trzymał zbiornik na miejscu. Wadę wykryto, gdy kilka pasków w trakcie montażu pękło. Wówczas stwierdzono, w którym miejscu wada wystąpiła i jakie mogą być jej skutki. Ponieważ nie wiadomo, ile pasków rzeczywiście jest wadliwych zdecydowano o wycofaniu całej partii, co wiązało się również z wymianą pasków w samochodach, w których zbiorniki już były zamontowane – dotyczyło to ponad 15 tys. aut. Koszty całej operacji były tak wysokie, że mimo względnej świadomości ubezpieczonego, wspartej doświadczeniem i wiedzą naprawdę renomowanego brokera, limit odpowiedzialności polisowej wystarczył na pokrycie maksymalnie połowy roszczenia, i to już po negocjacjach z poszkodowanym i wykorzystaniu wszystkich możliwości obniżenia kosztów usunięcia wady. W kolejnym okresie ubezpieczenia klient (mądry Polak po szkodzi?) już zdał sobie sprawę z rzeczywistego poziomu swojego ryzyka i poszukał możliwości ubezpieczenia do znacznie wyższego limitu. W tym przypadku, ze względu na wysokość tego limitu, oznaczało to nawet zmianę ubezpieczyciela, mimo że od strony obsługowej dotychczasowy sprawdził się bardzo dobrze i zapewniał wsparcie na bardzo wysokim poziomie.

IDENTYFIKACJA RYZYKA

Takich przypadków w likwidacji szkód OC jest bardzo wiele. Czasem duże ryzyko można zidentyfikować łatwo, zwłaszcza gdy jest ono odpowiednio rozpoznane. Nie jest bowiem trudno wyobrazić sobie, jakie szkody potencjalnie mogą powstać przy budowie tunelu metra pod ruchliwymi ulicami i starym budownictwem w mieście. Na wyobraźnię działa zarówno rodzaj prowadzonej działalności (np. zakłady chemiczne, zwłaszcza produkujące chemikalia silnie toksyczne, firmy farmaceutyczne), jak i sam produkt (np. materiały wybuchowe, elementy związane z bezpieczeństwem w lotnictwie czy w ruchu lądowym). Zdajemy sobie również sprawę z tego, że potencjał ryzyka w firmie bardzo dużej, sprzedającej swoje produkty na cały świat, jest zawsze większy niż w firmie prowadzącej podobną działalność w mniejszym rozmiarze. Dlatego też **od wielu lat przyjęło się szacowanie ryzyka OC w oparciu o obroty firmy i tabele rodzajów działalności, a także ich zasięg terytorialny** (Polska/Europa/Swiat z lub bez USA i Kanady). Jak pokazują jednak nawet te powyżej opisane, proste przykłady – takie schematy czasem zawodzi. Opisana w pierwszym przykładzie garbarnia, przy obrotach rzędu ok. 15–20 mln zł, nie jest biznesem ogromnym. Rodzaj prowadzonej działalności wskazuje raczej na większe ryzyko w obszarze zanieczyszczeń środowiska (łatwo sobie wyobrazić trujące chemikalia używane w procesie produkcyjnym, które w niekontrolowany sposób „opuszczają” system oczyszczania ścieków), ale jak duże może być ryzyko związane z niewłaściwą, wadliwą skórą? Dopóki nie prześledzi się dalszych losów produktu, o pełnej identyfikacji ryzyka nie może być mowy. Kiedy zauważymy, że odbiorca naszego ubezpieczonego dostarcza produkty do jednej z najbardziej ekskluzywnych marek modowych w swojej branży, możemy sobie dopiero uświadomić, jak duże jest ryzyko w tym przypadku. Oczywiście prawdopodobieństwo wystąpienia szkody nie rośnie znacząco, bo dla takich klientów procedury kontroli jakości są naprawdę bardzo ostre, ale kiedy coś pójdzie nie tak, skutki finansowe mogą być ogromne. Marki ekskluzywne bazują na renomie, opinii – nadszarpnięcie tej opinii przez wadę sprzedawanego produktu może

oznaczać straty wizerunkowe, które mogą skutkować stratami finansowymi w ogromnych rozmiarach. W efekcie – ze „zwykłej garbarni” robi się naprawdę duże ryzyko. Likwidacja takiej potencjalnej szkody również nie należy do najłatwiejszych – roszczenie z zagranicy jest dość kosztowne w obsłudze, a prawidłowe przeprowadzenie procesu likwidacji wymaga uczestnictwa w spotkaniach, w czasie których zapadają decyzje najważniejsze dla procesu likwidacji szkody.

Tu wkraczamy w obszar, gdzie nie tylko rozmiar potencjalnie wyrządzonej szkody w mieniu ma znaczenie, a o wielkości szkody decyduje również miejsce jej fizycznego powstania. Oczywiście znacznie większy potencjał mają pod tym względem szkody transgraniczne, czyli takie, które angażują różne systemy prawne i mają większy zakres terytorialny. Często bowiem naprawienie szkody wyrządzonej w Polsce przez polskiego ubezpieczonego lokalnemu kontrahentowi tego ubezpieczonego jest łatwiejsze i kosztuje mniej niż naprawienie podobnej szkody wyrządzonej za granicą. Wpływ zasięgu terytorialnego na wielkość ryzyka jest widoczny zwłaszcza w przypadku kosztów wycofania produktu z rynku.

W opisanym przykładzie „motoryzacyjnym” duża część wadliwych elementów znajdowała się jeszcze w Polsce u bezpośredniego odbiorcy (producenta zbiorników paliwa), a także u producenta aut za granicą, ale w jednej lokalizacji, jeszcze poza rynkiem detalicznym. Tym, czego obawiano się w procesie likwidacji tej szkody najbardziej, była możliwość pęknięcia podtrzymującego zbiornik paska w czasie użytkowania samochodu przez końcowego klienta. Zławsza, gdyby takich przypadków pojawiło się więcej niż jeden. Nie spodziewano się wprawdzie, by taki wypadek bezpośrednio spowodował dużą szkodę (zbiornik podtrzymywany jest przez dwa pasy, pęknięcie jednego nie powoduje jeszcze odpadnięcia zbiornika, a jedynie nieznaczne obniżenie go z jednej strony), ale obawiano się konieczności przeprowadzenia akcji serwisowej połączonej z wezwaniem wszystkich potencjalnie zagrożonych aut do natychmiastowej wymiany wadliwego elementu i kosztów z tym związanych. Nie bez znaczenia były też potencjalne straty wizerunkowe popularnej marki samochodów. Ponieważ taki wypadek nie wystąpił, wymiana pasków była dokonywana w trakcie planowych przeglądów serwisowych.

DUŻE RYZYKO

Co więc należy rozumieć jako „duże ryzyko OC za produkt”? Czy decyduje wielkość obrotu firmy? Owszem, może mieć wpływ na potencjał szkód, ale czy w takim razie firma o niewielkim obrocie jest ryzykiem mniejszym? Jeśli wytwarza produkty „ryzykowne” lub skierowane do „ryzykownych” klientów, wysokość obrotów może nie mieć żadnego znaczenia. Bardzo ważne jest to, jakie potencjalne szkody mogą powstać, gdy coś pójdzie źle, gdy produkt nie będzie odpowiadał standardom, gdy będzie niezgodny z parametrami określonymi w umowie między stronami. To zaś w najmniejszym stopniu zależy od samego obrotu czy wielkości firmy ubezpieczonego. Wiele jest innych czynników, na które należy zwrócić uwagę przy identyfikacji ryzyka OC za produkt, przy czym te najłatwiej identyfikowalne i najczęściej definiowane, jak obrót czy rodzaj prowadzonej działalności, nie zawsze właściwie opisują to ryzyko. Dlatego tak w sprzedaży czy ocenie ryzyka, jak i w likwidacji szkód, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej stanowią odrębny, nie dla każdego łatwy, temat. □

Ryzyko w wiertnictwie i kosztowne szkody

Biorąc pod uwagę technologię wierceń lądowych, morskich i podziemnych, rozróżnić należy przede wszystkim znaczenie pojęcia komplikacji wiertniczej i awarii wiertniczej. Pierwsze z nich odnosi się do sytuacji, która utrudnia i zakłóca harmonogram wykonywanych prac. Z kolei awaria wiertnicza stanowi przeszkodę w dalszym wykonywaniu otworu wiertniczego, dopóki przeszkoda ta nie zostanie usunięta. – **ŁUKASZ GOŁĘBIEWSKI**



Łukasz Gołębiewski

jest kierownikiem Działu Likwidacji Szkód w Ekspersi NEMU.
W ubezpieczeniach od 8 lat.

W ostatnich czasach w Polsce z pasją śledziliśmy postęp w badaniu możliwości wykorzystania tzw. gazu łupkowego. Wydobycie gazu z tzw. łupków wiązało się z wykorzystaniem technologii wiertniczej. Na chwilę obecną możemy określić, że powyższe przedsięwzięcie, z uwagi na występowanie polskich złóż gazu na większej głębokości niż np. na terenie Stanów Zjednoczonych, zakończyło się niepowodzeniem. Powyższe nie oznacza jednak, że z terenu naszego kraju całkowicie znikną wiertnicy. Technologia wiertnicza wciąż ma zastosowanie przy okazji wydobywania np. gazu z tzw. tradycyjnych źródeł czy chociażby w zakresie pozyskiwania energii ze złóż geotermalnych.

Ta specyficzna gałąź ludzkiej aktywności niesie ze sobą charakterystyczne postacie ryzyk. Oczywiście błąd ludzki, awaria sprzętu czy ryzyka naturalne możemy przypisać do wielu innych rodzajów działalności. W przypadku wiertnictwa mają one jednak swoiste cechy, zwłaszcza gdy patrzy się na nie z ubezpieczeniowego punktu widzenia.

KOMPLIKACJE I AWARIE

Biorąc pod uwagę technologię wierceń lądowych, morskich i podziemnych, rozróżnić przede wszystkim należy znaczenie pojęcia komplikacji wiertniczej i awarii wiertniczej. Pierwsze z nich odnosi się do sytuacji, która utrudnia i zakłóca harmonogram wykonywanych prac, przy czym wiercenie otworu może być kontynuowane z mniejszym postępowaniem. Z kolei awaria wiertnicza stanowi przeszkodę w dalszym wykonywaniu otworu wiertniczego, dopóki przeszkoda ta nie zostanie usunięta. Niejako niezależnie od powyższych pojęć należy wspomnieć o awariach maszynowych dotyczących urządzeń wiertniczych (stanowiących skomplikowany zespół maszyn w postaci napędu, pomp, wyciągu i stołu wiertniczego oraz/lub głowicy napędowej).

Wystąpienie zarówno komplikacji wiertniczej, jak również awarii wiertniczej, co do zasady generuje znaczne straty czasu oraz koszty związane z jej usunięciem. Możliwe koszty z tym związane zwiększają się wraz ze wzrostem głębokości, na której w tym momencie operuje prowadzący prace.

Dr Stanisław Bednarz w swym artykule *Awarie i komplikacje w przemyśle wiertniczym* („Ryzyko szkody”, nr 4 październik – grudzień 2014 r., wyd. przez Ekspersi NEMU), wymienia nastę-

pujące rodzaje najbardziej niebezpiecznych ryzyk komplikacji i awarii wiertniczych:

- uszkodzenie i zerwanie/ukręcenie elementów przewodu wiertniczego i pozostawienie ich w otworze,
- przychwycenie przewodu wiertniczego,
- uszkodzenia narzędzi wiertniczych,
- uszkodzenia rur okładzinowych i komplikacje związane z rurowaniem i cementowaniem,
- upadek drobnych przedmiotów do otworu wiertniczego,
- przeszkody w czasie wykonywania pomiarów i badań w otworze wiertniczym.

Do innych niebezpiecznych komplikacji w czasie wiercenia zalicza natomiast wynikające z uwarunkowań danego otworu i panujących warunków geologicznych:

- erupcje płynu złożowego w otworach głębokich,
- ucieczki i utraty krążenia płuczki,
- niezamierzone skrzywienie otworu wiertniczego,
- obwały i zasypy wskutek skawernowania skał stanowiących ścianę otworu wiertniczego,
- zmiany pola powierzchni przekroju poprzecznego otworu wiertniczego,
- nieskuteczne rdzeniowanie w postaci pokruszenia rdzenia, utraty części luźnego materiału skalnego z przewiercaną i rdzeniowaną warstwą skalną.

Najczęstszym obrazem awarii wiertniczej jest tzw. przychwycenie przewodu wiertniczego (kolumna rur wywierająca nacisk

osiowy na narzędzie wierzące, przenosi moment obrotowy ze stołu wiertniczego lub głowicy napędowej, ewentualnie moment oporowy w przypadku wiercenia silnikiem wgłębnym i stanowi kanał dla przetłaczania płuczki do narzędzia), które może wynikać z wielu wymienionych wyżej czynników. Przechwycenie przewodu oznacza brak możliwości swobodnego manewrowania nim w otworze i powoduje zatrzymanie wiercenia, a w niektórych przypadkach także brak możliwości ukończenia wiercenia na zaplanowanej głębokości.

Co dzieje się na terenie wiertni po wystąpieniu awarii wiertniczej? Zasadniczo podejmowane są tzw. prace ratunkowe, w wiertnictwie określane mianem prac instrumentacyjnych w otworze. Nieprzypadkowo w języku angielskim określane są jako *fishing job*. Bezpośrednio rzecz ujmując, są to bowiem wszelkie czynności mające na celu wydobyć z otworu niepożądanego obiektu, jakim może być kawałek narzędzia wierzącego, urwana lina, narzędzie warsztatowe, urwana część kolumny przewodu wiertniczego lub cała kolumna uwolnionego z przechwycenia przewodu wiertniczego itp. Celem tych operacji jest przywrócenie drożności w otworze, zapewnienie integralności otworu wiertniczego.

Dlaczego w tym miejscu wspomina się o pracach ratunkowych? Dlatego, że koszty prac ratunkowych standardowo obejmowane są roszczeniem ubezpieczonego/poszkodowanego w przypadku zgłoszeń rozpatrywanych z ubezpieczeń branżowych. Dotyczy to zarówno ubezpieczeń kontraktu, odpowiedzialności cywilnej czy też awarii maszyn i urządzeń. Jednocześnie też prace te generują co do zasady bardzo wysokie koszty, co wynika nie tylko z dodatkowych prac podmiotu prowadzącego wiercenie. Bardzo kosztowne okazuje się dopasowanie technologii usunięcia z otworu niepożądanego obiektu. Często instrumentacja w otworze wymaga sprzętu specjalistycznego oraz doświadczenia, co nierzadko pociąga za sobą konieczność zaangażowania serwisu zewnętrznego. Każda sytuacja ma swój indywidualny, unikatowy charakter. Często dorabia się lub ściąga z zagranicy w trybie pilnym (przesyłką lotniczą) specjalistyczne narzędzia, dopasowane do charakteru awarii, średnicy obiektu pozostawionego w otworze.

POKRYWANIE KOSZTÓW

W praktyce, na tle powyższego, ciekawą kwestią z ubezpieczeniowego punktu widzenia okazuje się rozróżnienie awarii wiertniczej od komplikacji wiertniczej. **Niekiedy problematyczne jest bowiem ustalenie, czy dane zdarzenie miało charakter przeszkody o przemijającym charakterze, której wystąpienie wykonawca winien brać pod uwagę podczas realizacji przedsięwzięcia, czy też było już na tyle poważne i niespodziewane, że spełnia cechy wypadku ubezpieczeniowego.** Sprawa komplikuje się dodatkowo, jeśli – patrząc przez pryzmat np. zapisów umowy ubezpieczenia kontraktu – w odwiercie doszło jedynie do zatrzymania prac, np. z powodu awarii urządzenia, czy też przyklejenia przewodu do ścian otworu, a więc w przypadku gdy sam przedmiot prac nie został fizycznie uszkodzony. Z tym zagadnieniem wiąże się problem kwalifikacji kosztów podejmowanych działań ratowniczych, których pokrycie przewiduje art. 826 k.c. W praktyce możemy spotkać się z koniecznością rozróżnienia i oceny, czy podejmowana aktywność i koszty, które wygenerowała, ukiepunkowane były na ratowanie narzędzi czy ratowanie otworu. W zależności od rodzaju umowy ubezpieczenia zgłaszający roszczenie może nam podawać różne argumenty. W przypadku ubezpieczenia narzędzi czy odpowiedzialności cywilnej może

przedstawić uzasadnienie dla kosztów prac instrumentacyjnych, informując, że musiał je wykonać, aby „wyciągnąć” z otworu nierzadko bardzo drogi osprzęt, najczęściej pochodzący z najmu. W sytuacji, gdy ubezpieczenie obejmuje prace kontraktowe, roszczący może argumentować, że konieczność poniesienia kosztów wynika z dążenia do ukończenia ubezpieczonego przedsięwzięcia. Wydaje się, że w tych przypadkach uzasadnienie znajduje proporcjonalne rozdzielenie kosztów ratownictwa na poszczególne cele, jakim służą, bądź ewentualnie pokrycie kosztów w pełnej wysokości, aby następnie wystąpić z odpowiednim roszczeniem regresowym.

Równie ciekawym, co skomplikowanym zagadnieniem wydaje się analiza pokrycia kosztów prac instrumentacyjnych oraz wartości utraconych urządzeń w otworze wiertniczym na tle ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. W praktyce ubezpieczenie takie zawiera inwestor, który co do zasady bierze na siebie ryzyko całej inwestycji. Przejawia się to m.in. w tym, że to nie podmiot wykonujący prace wiertnicze, ale właśnie inwestor zawiera umowy najmu specjalistycznego sprzętu wykorzystywanego przez wykonawcę w celu wykonania przedsięwzięcia. Zawarte umowy przewidują sytuację utraty urządzenia w otworze (*lost in hole* – w skrócie LiH) podczas prac wiertniczych. **Katalog sytuacji, w których inwestor ponosi odpowiedzialność cywilną za utratę urządzenia, jest bardzo szeroki i w gruncie rzeczy sprowadza się do odpowiedzialności niemalże absolutnej, wykraczającej zdecydowanie poza zasadę winy (415 k.c., 471 k.c.), a nawet ryzyka (435 k.c.).** W tym momencie powstaje pytanie, jak przełożyć tę odpowiedzialność na objęcie ochroną powstałych kosztów w kontekście standardowego wyłączenia w ubezpieczeniach OC, mówiącego, że ubezpieczyciel nie jest zobowiązany w przypadku, gdy odpowiedzialność ubezpieczonego wykracza swym zakresem poza granice odpowiedzialności wynikającej z powszechnie obowiązujących przepisów prawa (np. Kodeksu cywilnego). Wydaje się, że ubezpieczyciel może nie przyjąć odpowiedzialności w takim przypadku, ale wtedy ze strony inwestora powstaje pytanie o sens zawarcia takiego ubezpieczenia. Aby zaradzić wątpliwościom w tym zakresie, za uzasadnione należy uznać wprowadzanie do umowy ubezpieczenia zapisów rozstrzygających te wątpliwości.

Z ustaleniem objęcia ochroną ubezpieczeniową zdarzeń LiH wiąże się również problem ustalenia wartości szkody. W umowach najmu urządzeń określa się dla takich wypadków umowną wartość urządzenia, która powinna odpowiadać cenom rynkowym. Niekiedy problem, jaki może się tu pojawić, dotyczy możliwości zweryfikowania wartości takiego urządzenia. Jednostkowość urządzeń wiertniczych powoduje, że na rynku występuje bardzo ograniczona podaż podobnych urządzeń bądź takie urządzenia w ogóle nie występują na rynku wtórnym. W takim wypadku nieocenione wydaje się doświadczenie i rozeznanie technika przygotowującego weryfikację wartości. Często pomocna może się okazać także analiza porównawcza.

Ryzyka związane z wiertnictwem są ciekawym i ambitnym tematem z zakresu likwidacji szkód. Z uwagi na małą liczbę branżowców, w praktyce temat ten okazuje się dość elitarny. Od strony ubezpieczeniowej obserwujemy, że metody podejścia do procesu zawierania umów ubezpieczenia, ich interpretacji, nadal się kształtują. Na proces ten mają wpływ m.in. doświadczenia zdobywane w rozwiązywaniu poszczególnych problemów z obszaru likwidacji szkód. □

Mondial Assistance – nasze usługi **nie znają granic**



44 mln

Klientów
obsłużonych
na całym świecie



40 mln

odebranych
telefonów



600 tys.

wypożyczonych
samochodów



70 tys.

usługodawców
świadczących
usługi medyczne

W Polsce z naszych usług korzystają
Klienci **36 firm z branży finansowej.**



MONDIAL
ASSISTANCE



ANNA GROSZYK JAKUB SAJKOWSKI MACIEJ TYMUSZ KATARZYNA GRYSIŃSKA JANUSZ ZIELIŃSKI

Twój partner w biznesie

Jesteśmy liderem na rynku ubezpieczeń podmiotów gospodarczych w Polsce.

- Pion Klienta Korporacyjnego PZU SA byłby samodzielnie trzecim największym pod względem przypisu składki i rentowności ubezpieczycielem majątkowym w kraju.*
- W 2017 r. odpowiedzieliśmy na ponad 41 tysięcy zapytań ofertowych.
- W 2017 r. weszliśmy na londyński rynek Lloyd's, zdobywając tytuł „Member of Lloyd's”.
- Za pośrednictwem PZU LAB wdrażamy najnowocześniejsze rozwiązania dla przemysłu wykorzystujące m.in. elementy sztucznej inteligencji (AI).

To był bardzo udany rok.

Dziękujemy wszystkim brokerom ubezpieczeniowym, z którymi pracowaliśmy w 2017 roku oraz życzymy wielu udanych kontraktów także w 2018 roku.

*ranking nie uwzględnia PZU SA; został opracowany przez PZU SA na podstawie „Sprawozdania Finansowego Działu II za rok 2017” Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Skontaktuj się z nami

☎ **+48 22 582 23 30** **s-bks@pzu.pl**

