



Minister Finansów i Gospodarki

Warszawa, 19 listopada 2025 roku

Sprawa: Odpowiedź na zapytanie nr 2876
Znak sprawy: FN6.054.41.2025
Kontakt: Kancelaria MF
tel.: +48 22 694 55 55
e-mail: kancelaria@mf.gov.pl

Pan Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na zapytanie nr 2876 Pana Posła Michała Kowalskiego na wstępie pragnę wskazać, że kwestie poruszone w zapytaniu stanowiły już przedmiot kilkukrotnych odpowiedzi ze strony Ministra Finansów i Gospodarki. Informacje dotyczące kwestii poruszonych w niniejszym zapytaniu zostały przekazane przez Ministra Finansów i Gospodarki w odpowiedzi m.in. na interpelację nr 12472. Niezależnie od powyższego uprzejmie proszę o ponowne przyjęcie poniższych wyjaśnień.

I. Odnosząc się do kwestii monitorowania działań towarzystw ubezpieczeniowych w zakresie terminowości likwidacji szkód i wypłaty odszkodowań oraz obecnie stosowanych mechanizmów kontrolnych wobec ubezpieczycieli w zakresie przejrzystości procedur likwidacyjnych i wyceny szkód na wstępie pragnę wskazać na aktualnie funkcjonujący nadzór nad zakładami ubezpieczeń. Nadzór ten realizowany jest przez Komisję Nadzoru Finansowego (KNF / organ nadzoru) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Obejmuje on m.in. ochronę interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia (art. 329 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹), a celem nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia (z art. 3 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym²). Jednocześnie zgodnie z art. 330 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹, nadzór nad zakładem ubezpieczeń opiera się na podejściu perspektywnym i bazującym na ocenie ryzyka i obejmuje bieżącą weryfikację przestrzegania przez zakłady ubezpieczeń przepisów prawa, określających wymogi związane z działalnością ubezpieczeniową, ma jednakże charakter systemowy i nie

jest nastawiony na interwencję w każdym indywidualnym przypadku naruszenia prawa.

W ramach nadzoru przedmiotem szczególnego zainteresowania są praktyki zakładów ubezpieczeń w zakresie obsługi umów ubezpieczenia, szkód oraz reklamacji. Podlegają one stałemu monitoringowi przez KNF na podstawie informacji uzyskanych w ramach nadzoru bieżącego (na bazie kwartalnych danych sprawozdawczych dotyczących skarg, reklamacji na obsługę umów, szkód oraz spraw sądowych, zgłoszeń oraz uzyskiwanych od zakładów wyjaśnień), jak i w trybie kontroli oraz wizyt nadzorczych. W przypadku zidentyfikowania nieprawidłowości, zakłady ubezpieczeń wzywane są do przekazania odpowiednich wyjaśnień, regulacji wewnętrznych, wyników przeprowadzonych kontroli i audytów wewnętrznych, a organ nadzoru, w zależności od wyników analizy zgromadzonych informacji oraz skali zauważonych nieprawidłowości i ich charakteru stosuje środki o charakterze kontrolnym (kontrole, wizyty nadzorcze), korekcyjnym (zalecenia), albo o charakterze sankcyjnym (m.in. kary pieniężne, zakazy prowadzenia działalności).

Niezależnie od powyższego pragnę wskazać, że także Rzecznik Finansowy (RF / Rzecznik) monitoruje działania towarzystw ubezpieczeniowych w zakresie terminowości likwidacji szkód i wypłat odszkodowań głównie na podstawie wniosków interwencyjnych klientów kierowanych do Biura Rzecznika Finansowego. W obecnym stanie prawnym RF posiada uprawnienia do nakładania kar na podmioty rynku finansowego (PRF), w tym na zakłady ubezpieczeń, w przypadkach enumeratywnie wymienionych w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji³. Należy zwrócić uwagę, że kary nakładane przez Rzecznika dotyczą naruszeń obowiązków związanych z rozpatrywaniem reklamacji lub udzielaniem odpowiedzi przez PRF na wezwania Rzecznika. Na podstawie art. 32. ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³ Rzecznik Finansowy może nakładać kary pieniężne w przypadku naruszeń przepisów ustawy dotyczących:

- 1) braku zawarcia w umowie informacji dotyczącej procedury reklamacyjnej (art. 4 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),
- 2) nieudzielenia odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni (art. 6 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),
- 3) uchybienia dotyczącego obowiązku przekazania informacji o opóźnieniu w odpowiedzi na reklamację (art. 7 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),
- 4) nieudzielenia odpowiedzi na reklamację w terminie 60 dni (art. 7 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),
- 5) braku realizacji roszczenia mimo niedotrzymania terminu odpowiedzi na reklamację (art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),
- 6) braku zawarcia w odpowiedzi na reklamację: uzasadnienia faktycznego i prawnego (art. 9 pkt 1 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³), wyczerpującej informacji dot. stanowiska PRF (art. 9 pkt 2 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³), imienia i nazwiska lub stanowiska służbowego (art. 9 pkt 32 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³), określania terminu realizacji uznanego roszczenia (art. 9 pkt 4 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),
- 7) braku należytego pouczenia klienta o: trybie odwoławczym, mediacji i sądzie polubownym, możliwości złożenia wniosku do RF, możliwości skierowania powództwa do sądu, wskazania podmiotu, który należy pozwać, wskazania miejscowo właściwego sądu (art. 10 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),

8) nieprzekazanie żadanego przez RF wzorca/dokumentu/formularza (art. 30 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³),

9) nieterminowa odpowiedź na wniosek RF o informacje/dokumenty (art. 31 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji³).

Rzecznik Finansowy nie jest organem nadzoru nad zakładami ubezpieczeń, lecz pełni w systemie rynku ubezpieczeniowego funkcję ombudsmana tj. rzecznika praw, który staje po stronie strony słabszej – obywatela w sporze z podmiotem silniejszym. Co do zasady Rzecznik nie pełni w systemie funkcji organu kontrolującego, lecz co najwyżej wspierającego organ nadzorczy.

Z informacji przekazanych przez RF wynika, że w pierwszych trzech kwartałach 2025 r. do Biura Rzecznika Finansowego w sprawach ubezpieczeniowych wpłynęły 503 wnioski o interwencję Rzecznika Finansowego, których główną przyczyną była opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym, co stanowiło 5,5% wniosków o interwencje w sprawach ubezpieczeniowych w tym okresie.

II. Odnosząc się do kwestii ewentualnych działań legislacyjnych lub nadzorczych, które zmniejszyłyby skalę zaniżania odszkodowań wydaje się, że do największej poprawy sytuacji poszkodowanych doprowadziłoby przyspieszenie procedowania spraw spornych w ramach wymiaru sprawiedliwości. Bowiem to możliwość wydania wyroku w krótkim czasie oraz poniesienia kosztów procesu dalece motywowałyby ubezpieczycieli do terminowej i rzetelnej wypłaty świadczenia. Jednocześnie w ramach sankcji cywilnoprawnej zakład ubezpieczeń ponosi negatywne konsekwencje zaniżenia odszkodowania poprzez konieczność zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie oraz kosztów postępowania sądowego. Jednocześnie zakład ubezpieczeń ponosi negatywne konsekwencje zaniżenia odszkodowania poprzez konieczność zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie oraz kosztów postępowania sądowego.

III. Odpowiadając na pytanie o dane dotyczące liczby reklamacji oraz skarg w związku z praktykami ubezpieczycieli pragnę wskazać, że zgodnie z obowiązującymi przepisami wszystkie krajowe zakłady ubezpieczeń, w tym także PZU S.A, są zobowiązane do kwartalnego raportowania do organu nadzoru danych o skargach, reklamacjach oraz sprawach sądowych wniesionych przeciwko tym zakładom w związku z zawartymi umowami ubezpieczenia. Z aktualnych danych przekazanych przez UKNF wynika, że krajowe zakłady ubezpieczeń, posiadające zezwolenie na wykonywanie działalności w grupach wymienionych w Dziale II zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej⁴, czyli oferujące pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe, w tym ubezpieczenia komunikacyjne, obsłużyły w 2024 roku - 60 mln umów ubezpieczenia (w 2023 - 61 mln; w 2022 - 61 mln) oraz zlikwidowały 10 mln szkód (w 2023 - 9 mln; w 2022 - 8 mln). W 2024 roku zgłoszono do zakładów ubezpieczeń 270 tys. skarg lub reklamacji (w 2023 - 255 tys, w 2022 - 266 tys.), a liczba toczących się spraw sądowych, skierowanych przeciwko zakładom ubezpieczeń, wyniosła około 248 tys. Gros z tych skarg, reklamacji (około 50%) i spraw sądowych dotyczy ubezpieczeń komunikacyjnych (OC ppm i AC), z uwagi na znaczący udział tych ubezpieczeń w portfelu zakładów ubezpieczeń. Z danych tych wynika, że skala skarg lub reklamacji oscyluje pomiędzy 4 a 5, w przeliczeniu na 1 tys. zawartych umów ubezpieczenia, zaś wskaźnik skali spraw sądowych, dla roku 2024 wynosi około 4, w przeliczeniu na 1 tys. zawartych umów ubezpieczenia.

W świetle tych danych trudno zanegować fakt, iż jakkolwiek mamy do czynienia z nieprawidłowościami w procesach likwidacji szkód, jednakże odsetek osób niezadowolonych z procesu obsługi umowy lub likwidacji szkody, zgłaszających do zakładów skargi lub reklamacje albo wchodzących w spór sądowy nie jest, w analizowanych latach, znaczący w skali całego portfela umów ubezpieczenia obsługiwanych przez zakłady ubezpieczeń. Osoby niezadowolone ze sposobu obsługi umów lub szkód czy reklamacji kierują swoje zgłoszenia także do organu nadzoru. W 2024 roku do Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego (UKNF) wpłynęło 1711 zgłoszeń zawierających informacje o możliwych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu krajowych zakładów ubezpieczeń, które poddane zostały analizie, w celu identyfikacji potencjalnych problemów mogących rodzić negatywne konsekwencje dla odbiorców usług finansowych z uwagi na stosowanie praktyk naruszających przepisy prawa lub interesy klientów. Większość tych zgłoszeń dotyczy działalności zakładów ubezpieczeń Działu II, w tym oferujących ubezpieczenia komunikacyjne. Informacje o zgłoszeniach wpływających do UKNF, w tym ich liczbie w podziale na poszczególne zakłady ubezpieczeń oraz charakterze zgłaszanych przez klientów nieprawidłowości były prezentowane w cyklicznych raportach przekazywanych członkom KNF, wśród których jest przedstawiciel Ministra Finansów. Informacje o zgłoszeniach kierowanych do organu nadzoru są prezentowane także w rocznych sprawozdaniach z działalności KNF i UKNF, z uwzględnieniem zasad wynikających z konieczności zachowania tajemnicy zawodowej (art. 372 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹), zgodnie z którą nie mogą być ujawniane dane dotyczące poszczególnych zakładów ubezpieczeń ze względu na wymóg zachowania tajemnicy zawodowej, za wyjątkiem informacji publikowanych w odpowiednich komunikatach organu nadzoru, np. dotyczących sankcji zastosowanych wobec zakładów ubezpieczeń. W przypadku zidentyfikowania nieprawidłowych praktyk rynkowych po stronie zakładów ubezpieczeń organ nadzoru, zgodnie ze swoimi kompetencjami i w ramach realizowanych zadań, wydaje stosowne zalecenia, zobowiązujące do zaniechania naruszania przepisów prawa lub interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, a w przypadku naruszenia ustawowych terminów dotyczących likwidacji szkód komunikacyjnych, wydaje decyzje o nałożeniu kar pieniężnych.

Także RF publikuje informacje dotyczące liczby skarg i wniosków w rocznych sprawozdaniach ze swojej z działalności składanych Prezesowi Rady Ministrów oraz ministrowi właściwemu do spraw instytucji finansowych. Sprawozdania są jawne i dostępne do pobrania również na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem: <https://rf.gov.pl/o-nas/sprawozdania>. Z danych przekazanych przez RF wynika, że w pierwszych trzech kwartałach roku 2025 r., tj. w okresie 01.01-30.09.2025 r. do Biura Rzecznika Finansowego wpłynęło 9 159 wniosków o wszczęcie interwencji przez Rzecznika Finansowego w sprawach ubezpieczeniowych, z czego 1448 wniosków dotyczyło ubezpieczeń Działu I ubezpieczeń według Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹ (tj. ubezpieczeń na życie), zaś 7589 wniosków dotyczyło ubezpieczeń z Działu II tj. pozostałych ubezpieczeń osobowe oraz ubezpieczenia majątków (w tym ubezpieczeń komunikacyjnych).

IV. Odnosząc się do działań mających na celu poprawę standardów obsługi poszkodowanych przez firmy ubezpieczeniowe pragnę wskazać, że wnioski z analiz dotyczących procesu obsługi umów, szkód, reklamacji są wykorzystywane w cyklicznej ocenie BION (Badanie i Ocena Nadzorcza) poszczególnych zakładów ubezpieczeń. Obejmuje ona zarówno kwestie dotyczące systemu zarządzania zakładów ubezpieczeń (tj. jakość procesów, sposobu zarządzania, kontroli i audytu wewnętrznego), jak i relacji z klientami (jakość procesów likwidacji szkód, rozpatrywania skarg i reklamacji). Dane udostępnione przez KNF wskazują, że udział tego obszaru w ogólnej ocenie BION danego zakładu wynosi obecnie 25% i został zwiększony na przestrzeni ostatnich lat. W ramach tego obszaru oceniane są m.in. wskaźniki dotyczące terminowości likwidacji szkód i rozpatrywania reklamacji, skali skarg, reklamacji czy spraw sądowych, skali szkód odrzuconych. Dokonywana jest także ocena jakościowa procesów obsługi klientów, bazująca na analizie regulacji wewnętrznych i mechanizmów kontrolnych wprowadzonych w zakładach ubezpieczeń oraz wynikach kontroli przeprowadzonych przez organ nadzoru. Ocena BION dokonana przez KNF przekłada się też na wysokość dywidend jakie zakłady ubezpieczeń mogą wypłacić, jak również – ze względu na zasady wewnętrzne przyjęte przez wiele zakładów – na systemy premiowe dla kadry menadżerskiej i członków zarządów zakładów ubezpieczeń. Ocena BION może powodować konieczność podjęcia przez zakład ubezpieczeń działań naprawczych, których realizacja jest następnie monitorowana przez organ nadzoru. Ma więc istotny wpływ na podejście zakładów ubezpieczeń do sposobu organizacji ich procesów wewnętrznych, w tym procesów obsługi klientów, ich jakości i efektywności mechanizmów kontrolnych.

Kwestie o charakterze systemowym, nie wynikające wprost z przepisów prawa, a bazujące na ugruntowanym orzecznictwie i dobrych praktykach są też przedmiotem wydawanych przez organ nadzoru rekomendacji lub stanowisk. W związku z zaobserwowanymi w wyniku analizy zgłoszeń i przeprowadzonych kontroli negatywnymi zjawiskami na rynku ubezpieczeniowym w zakresie likwidacji szkód komunikacyjnych i w celu zwiększenia transparentności tego procesu, KNF wydała najpierw Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych (w 2014 r.), a następnie Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów (w 2016 r.) oraz Rekomendacje dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych (w 2022 r.), które odnoszą się m.in. właśnie do ochrony interesów poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Regulacje te wprowadziły szereg oczekiwań nadzorczych, mających na celu zwiększenie transparentności procesu likwidacji szkód. KNF, w ramach dostępnych uprawnień nadzorczych, weryfikowała poziom zaimplementowania zarówno Wytycznych, jak i Rekomendacji (w tym w zakresie organizacji procesu likwidacji, w szczególności przeprowadzając kontrole krajowych i zagranicznych zakładów ubezpieczeń, działających na terytorium RP), oferujących w ramach swojej działalności obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Z danych przekazanych przez organ nadzoru wynika, że od 2022 r., w powyższym zakresie, KNF przeprowadziła kontrole 10 zakładów ubezpieczeń (krajowych i zagranicznych). Podczas tych kontroli badano, na wybranych próbach szkód, czy poszczególne zakłady ubezpieczeń nie naruszają przepisów prawa, interesów osób

uprawnionych oraz czy nie dopuszczają się innych nieprawidłowości w zakresie tego procesu, a także weryfikowano prawidłowość złożonych przez zakłady ubezpieczeń oświadczeń o stosowaniu Rekomendacji dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych. W uzasadnionych przypadkach wydawane były zakładom zalecenia, których realizacja także podlegała późniejszej weryfikacji. Działania dyscyplinujące zakłady, np. wydawane zalecenia lub nakładane kary pieniężne są skuteczne, doprowadziły bowiem na przestrzeni lat do istotnego ograniczenia lub wyeliminowania nieprawidłowych praktyk w procesie likwidacji szkód.

Także Rzecznik Finansowy, w celu wspierania poszkodowanych w ich indywidualnych sprawach podejmuje działania przewidziane w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji³ oraz podejmuje kroki służące zmianom systemowym. RF rozpatruje wnioski w indywidualnych sprawach, wniesionych na skutek nieuwzględnienia roszczeń klienta przez podmiot rynku finansowego w trybie rozpatrywania reklamacji. W indywidualnych sprawach Rzecznik udziela również poszkodowanym bezpłatnych porad prawnych drogą mailową i telefoniczną, prowadzi postępowania polubowne, a w toczących się postępowaniach sądowych wydaje istotne poglądy na korzyść poszkodowanych, a także wszczyna na ich rzecz postępowania lub do nich przystępuje. Prowadzi także działania o charakterze systemowym, służące poprawie sytuacji poszkodowanych, zawiadamiając organy nadzoru o dostrzeżonych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu zakładów ubezpieczeń oraz występując do Sądu Najwyższego z wnioskami o podjęcie uchwał, mających na celu wyeliminowanie występujących w orzecznictwie sądowym rozbieżności na korzyść poszkodowanych. Ponadto Biuro Rzecznika Finansowego prowadzi działania informacyjne oraz edukacyjne, których celem jest zwiększanie świadomości finansowej społeczeństwa m.in. poprzez komunikację w sferze internetowej, współpracę z instytucjami partnerskimi i mediami, organizację i udział w konferencjach, organizowanie webinarów i lekcji w szkołach.

Podstawa Prawna

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1526);
2. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 583, z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1109 z późn. zm.).

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia Ministra Finansów i Gospodarki

Jarosław Neneman
Podsekretarz Stanu

w Ministerstwie Finansów