

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Wydział Prawa i Administracji
Katedra Prawa Finansowego i Prawa Podatkowego

Richard Lemonnier

ROZPRAWA DOKTORSKA
Model ubezpieczeń na francuskim rynku finansowym

Promotor: dr hab. Michał Mariański, prof. UWM

Olsztyn 2024

Spis treści	
Wstęp.....	7
Rozdział 1. Rys historyczny ubezpieczeń we Francji	16
1.1 Uwagi wprowadzające.....	16
1.2 Geneza ubezpieczeń	19
1.2.1. Wczesny rozwój ubezpieczeń sektorowych.....	23
1.2.2 Pierwsze podmioty ubezpieczeniowe: między ścisłą kontrolą państwa a prywatnym ryzykiem.....	28
1.2.3 Renesans ubezpieczeń poprzez działania osób indywidualnych.....	29
1.3 Instytucjonalizacja ubezpieczeń we Francji	34
1.3.1 Końcowy etap indywidualizacji francuskich ubezpieczeń	36
1.3.2 Ubezpieczenia po 1945 roku.....	39
1.3.3 Rozwój towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.....	43
1.3.4 Jednolity europejski rynek ubezpieczeń	45
1.3.5. Reasekuracja	47
1.3.6. Nowoczesny rynek ubezpieczeń	50
1.4 Podsumowanie.....	52
Rozdział 2. Ramy prawne regulacji działalności ubezpieczeniowej we Francji.....	53
2.1 Zagadnienia ogólne.....	53
2.2. Źródła prawa ubezpieczeń we Francji	55
2.2.1 Zakres i struktura Kodeksu Ubezpieczeń.....	56
2.2.2 Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych	59
2.2.3. Kodeks Ubezpieczeń Społecznych.....	61
2.2.4 Kodeks Monetarny i Finansowy - w zakresie ubezpieczeń	63
2.3 Wpływ prawa europejskiego w prawie ubezpieczeń.....	66
2.4 Orzecznictwo, praktyka i jej uniformizacja, zasady etyki w zakresie ubezpieczeń .	73
2.5 Konstytucjonalizacja prawa ubezpieczeń	74
2.6. Praktyka i jej uniformizacja.....	74
2.6.1. Dobre praktyki w ubezpieczeniach.	76
2.7 Podsumowanie.....	77
Rozdział 3. Kontrola i nadzór ubezpieczeniowy we Francji.....	79
3.1 Ujęcie historyczne kontroli nad ubezpieczeniami we Francji	79
3.2 ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution- Urząd ds. Restrukturyzacji i Uporządkowanej Likwidacji jako organ regulacji i kontroli na rynku ubezpieczeń.....	82
3.2.1 Rola, misja i sposób funkcjonowania ACPR	82
3.2.2 Zakres działania ACPR.....	83

3.2.3 Sposób działania ACPR.....	86
3.2.4 Uprawnienia kontrolne.....	88
3.2.5 Uprawnienia o charakterze nadzorczym i sankcyjnym.....	91
3.2.6 Wydawanie zezwoleń przez ACPR – do uprawnień szczególnych.....	94
3.2.7. Organizacja ACPR.....	96
3.2.8. ACPR na arenie międzynarodowej.....	99
3.3. Autorité des marchés financiers - AMF - Urząd ds. Rynków Finansowych.....	100
3.4 Podmioty o charakterze konsultacyjnym w zakresie ubezpieczeń.....	104
3.5 Inne podmioty niespecyficzne dla ubezpieczeń, które mają wpływ na kształt regulacji rynku finansowego we Francji	107
3.6 Podsumowanie.....	108
Rozdział 4. Ryzyko a ubezpieczenia.....	108
4.1 Ryzyko w ogólności	109
4.1.1 Historyczne, etymologiczne i interdyscyplinarne znaczenie ryzyka	110
4.1.2. Zakres i klasyfikacja ryzyka	112
4.1.3 Rodzaje ryzyka.....	118
4.1.4 Ryzyko a aleatoryjność zdarzeń w ubezpieczeniach francuskich	123
4.1.5 Zasada gwarantowania ochrony ubezpieczeniowej	128
4.1.6 Zasada ostrożności	130
4. 2. Technika ubezpieczeń- wybrane zasady techniczne ubezpieczeń związane z ryzykiem	131
4.2.1 Sposób obliczania ryzyka w ubezpieczeniach	131
4.2.2. Wycena ryzyka.....	133
4.2.3. Deklaracja czy kwestionariusz dotyczący ryzyka.....	136
4.3 Podsumowanie.....	140
Rozdział 5. Rodzaje ryzyka w ubezpieczeniach a rodzaje ubezpieczeń	142
5.1. Umowa ubezpieczenia i jej najważniejsze elementy.....	143
5.2 Interes stron w umowie ubezpieczenia.....	145
5.2.1 Cechy interesu stron w umowie ubezpieczenia we francuskim ujęciu orzeczniczym	147
5.3. Rodzaje ubezpieczeń – rodzaje ryzyka.....	151
5.3.2 Ryzyka indywidualne, ubezpieczenia multi-risk, nowe ryzyka.....	152
5.3.3 Ryzyko ubezpieczane.....	154
5.4 Podstawowe rodzaje ubezpieczenia.....	156
5.5 Ryzyka specyficzne	159
5.5.1. Ryzyko domniemane.....	159

5.6	Specyficzne rodzaje ubezpieczeń	164
5.6.1	Ubezpieczenie na życie i przeżycie	165
5.6.2	Ryzyka związane z katastrofami naturalnymi	170
5.6.3	Ryzyka technologiczne – cyberprzestrzeń.....	173
5.6.4	Ryzyko kredytowe	176
5.6.5	Ubezpieczenia przeciwko zamachom i aktom terrorystycznym.....	177
5.7	Podsumowanie.....	178
Rozdział 6. Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach.....		179
6.1	Socjalizacja ryzyka i współdzielenie ryzyka	179
6.1.1	Techniczne aspekty ubezpieczeń	179
6.2	Zarządzanie ryzykiem na rynku ubezpieczeniowym.....	187
6.2.1	Koasekuracja (Coassurance)	188
6.2.2	Bancassurance we Francji	191
6.2.3	Captive assurance – samoubezpieczenie, autoubezpieczenie	193
6.3	Reasekuracja ryzyka	197
6.3.1	Geneza, cele i funkcje reasekuracji.....	198
6.3.2	Ubezpieczenia a reasekuracja	200
6.3.3	Rodzaje reasekuracji	205
6.4	Zarządzanie ryzykiem poprzez cybertechnologie	206
6.5	Sekurytyzacja w ubezpieczeniach	209
6.5.1	Rodzaje sekurytyzacji	213
6.5.2	Ubezpieczenie ryzyka w ramach sekurytyzacji	216
6.6	Transfer ryzyka ubezpieczeń na rynek finansowy przez instrumenty finansowe	218
6.7	Podsumowanie.....	223
Wnioski		224

Streszczenie

Niniejsza dysertacja opiera się na analizie francuskiego modelu ubezpieczeń na rynku finansowym. Analiza została przeprowadzona w oparciu historię ubezpieczeń francuskich od wczesnego rozwoju ubezpieczeń sektorowych, przez ich renesans, rozwój ubezpieczeń wzajemnych aż po nowoczesny rynek ubezpieczeń. Kolejno w pracy omówiono ramy prawne regulacji działalności ubezpieczeniowej, w tym najważniejsze źródła prawa ubezpieczeń we Francji, tj. Kodeks Ubezpieczeń, Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych, Kodeks Ubezpieczeń Społecznych oraz Kodeks Monetarny i Finansowy w tym zakresie. W pracy omówiono również wpływ prawa europejskiego oraz orzecznictwo, odniesiono się do kwestii konstytucjonalizacji prawa ubezpieczeń oraz dobrych praktyk. Jako następne zagadnienie autor wskazuje na kontrolę i nadzór we Francji, które to sprawowane są odpowiednio przez dwa urzędy – AMF i ACPR. W ramach tych instytucji wskazano na zakres i sposób ich działania oraz najważniejsze uprawnienia w zakresie części rynku finansowego jakim jest rynek ubezpieczeniowy, zwracając uwagę na uprawnienia nadzorcze, kontrolne i sankcyjne. W pracy zwrócono również uwagę na inne podmioty niespecyficzne dla ubezpieczeń, które mają wpływ na kształt regulacji rynku finansowego we Francji. Następnie autor w kolejnym rozdziale omawia kwestię ryzyka, które wydaje się być najważniejszym elementem funkcjonowania ubezpieczeń we Francji. W rozdziale tym wskazano m.in. na najważniejsze rodzaje i elementy ryzyka oraz omówiono sposoby obliczania i wyceny ryzyka w ubezpieczeniach, nie zapominając o historycznych, etymologicznych i interdyscyplinarnych znaczeniach ryzyka. Następny rozdział niniejszej pracy doktorskiej został poświęcony rodzajom ubezpieczeń w nawiązaniu do pojęcia ryzyka. Omówiono w nim najważniejsze elementy umowy ubezpieczenia oraz podstawowe i specyficzne rodzaje ubezpieczeń, takie jak ubezpieczenie na życie i przeżycie, ubezpieczenia przed katastrofami naturalnymi, ubezpieczenia w zakresie odnoszącym się do cyberprzestrzeni czy ubezpieczenia przeciwko zamachom terrorystycznym. Ostatni rozdział w pracy został poświęcony zarządzaniu ryzykiem w ubezpieczeniach. W tym rozdziale autor wskazuje na różne rodzaje reasekuracji i sekurytyzacji, zwracając również uwagę na zagadnienia związane z koasekuracją, bancassurance oraz captive assurance, jak również na transfer ryzyka ubezpieczeń na rynek finansowy przez instrumenty finansowe.

Streszczenie (eng)

The dissertation is based on the analysis of the French insurance model on the financial market. The analysis was carried out based on the history of French insurance from the early development of sectoral insurance, through its renaissance, the development of mutual insurance to the modern insurance market. The work then discusses the legal framework for regulating insurance activities, including the most important sources of insurance law in France, i.e. the Insurance Code, the Mutual Insurance Code, the Social Security Code and the Monetary and Financial Code in this respect. The work also discusses the impact of European law and case law, and addresses the issue of constitutionalization of insurance law and good practices. The next issue the author points to is control and supervision in France, which is exercised by two offices, respectively - AMF and ACPR. Within these institutions, the scope and method of their operation as well as the most important powers in the scope of a part of the financial market, such as the insurance market, were indicated, paying attention to supervisory, control and sanctioning powers. The work also draws attention to other entities not specific to insurance, which influence the shape of financial market regulation in France. Then, in the next chapter, the author discusses the issue of risk, which seems to be the most important element of insurance functioning in France. This chapter includes, among others: the most important types and elements of risk and discussed the methods of calculating and valuing risk in insurance, not forgetting the historical, etymological and interdisciplinary meanings of risk. The next chapter of this doctoral thesis is devoted to types of insurance in relation to the concept of risk. It discusses the most important elements of the insurance contract and basic and specific types of insurance, such as life and survival insurance, insurance against natural disasters, insurance in the field of cyberspace and insurance against terrorist attacks. The last chapter of the work is devoted to risk management in insurance. In this chapter, the author points out various types of reinsurance and securitization, also paying attention to issues related to co-insurance, bancassurance and captive assurance, as well as the transfer of insurance risk to the financial market through financial instruments.

Wstęp

Potrzeba ubezpieczenia jest rosnącą funkcją ponoszonego ryzyka. Historia ubezpieczeń jest skorelowana z geografią ryzyka i jej hierarchią w ludzkim doświadczeniu. To, co czyni prawo ubezpieczeniowe ciekawym, to jego wielofunkcyjność, adaptowalność na przestrzeni dziejów gospodarki, a także szeroki **zakres zastosowania**. Prawo ubezpieczeń interweniuje w wielu dziedzinach, ponieważ jest związane z działalnością człowieka.

Ubezpieczenie jest coraz bardziej obecne w naszym życiu prywatnym, jak dla przykładu obowiązkowe ubezpieczenie posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie na życie czy ubezpieczenie mieszkania. Często jest to jednocześnie instrument inwestycyjny, który wspomaga finansowanie projektów. Jesteśmy otoczeni ubezpieczeniem i często odnosimy wrażenie, że można się zabezpieczyć przed wszelkimi zagrożeniami. Tysiąc jeden aspektów przypadkowości wydaje się ogólnie dość trudne do skojarzenia z podstawową formą pewności jaką oferuje prawo, które najpierw „buntuje się” przeciwko arbitralności zmiennej, mnożąc przedsięwzięcia racjonalizacji i matematyzacji oraz regulując operacje spekulatywne. Ubezpieczenie próbuje ujarzmić przypadek poprzez odpowiednie podejście do siły wyższej. Mimo to prawo „przyjmuje postawę” elastyczną w obliczu nieprzewidywalności, a następnie odrzuca błąd poprzez dążenie do naukowości dowodów, przez wyznaczanie celów w zakresie zrozumiałości i dostępności przepisów prawnych lub nakładanie obowiązków informacyjnych przed zawarciem umowy. Finalnie w ubezpieczeniach przywiązuje się coraz większą wagę do prawdopodobieństwa, biorąc pod uwagę utratę szansy lub systematyzując ryzyko w jego różnorodności.

Zagadnienie ubezpieczeń na rynku finansowym obejmuje bardzo szeroki zakres podmiotów, zajmuje się techniką ubezpieczeń, organizacją i środkami nadzoru na rynku.

W rozwoju myśli na temat usług ubezpieczeniowych na rynku finansowym jest wiele zagadnień **regulowanych prawem europejskim**, natomiast transpozycja do prawa krajowego **bywa odmienna w poszczególnych państwach członkowskich. Doświadczenia innych krajów** stanowią podstawę do rozważań i **postulatów de lege ferenda** ujętych w pracy. Dzisiaj prawodawca, który chce wprowadzać nowe rozwiązania rynkowe musi prowadzić badania porównawcze, historyczne, dogmatyczne, systemowe, badania orzecznictwa i jego stosowania, nie zapominając o zasadach i przepisach prawa a także wartościach na rynku finansowym.

Zagadnienie ubezpieczeń na rynku finansowym w niniejszej pracy jest przedmiotem **prawa finansowego**, prawa rynku finansowego (Zob. więcej Jurkowska-Zeidler, Maśniak, Mroczkowski, 2018, 92-205), zagadnienia **usług finansowych**, a także wiąże się z rynkiem

kapitałowym i szeroko rozumianymi inwestycjami finansowymi. Omawiane zagadnienia dotyczą również prawa gospodarczego, **choć nie jest to przedmiotem niniejszej pracy**, ponieważ centrum rozważań autora znajduje się w **mechanizmach rynku finansowego** i w przedstawieniu rozwiązań prawnych w kraju kultury prawa stanowionego jakim jest Francja. W dysertacji nie jest także szeroko analizowana umowa ubezpieczeniowa, pomimo, że stała się swoistego rodzaju wehikułem inwestycyjnym na nowoczesnych rynkach. (Chłopecki, 10/2022, 4-9) W pracy został uwzględniony rynek ubezpieczeń wzajemnych, który jednak nie stanowił podstawowego wyróżnienia wśród elementów podmiotowości na rynku ubezpieczeń. Zresztą nie taki był zamysł pracy, ponieważ celowo zostały z niej wyłączone formy prawne podmiotów ubezpieczeniowych, sposoby uregulowania pośrednictwa ubezpieczeniowego, z powodów zbyt silnego związku z prawem gospodarczym.

Wybór Francji do porównania rozwiązań szczegółowych, które są przedmiotem rozprawy jest nieprzypadkowy. Na początku drugiej dekady XXI wieku Francja zajmowała **czwarte miejsce** na świecie, w pierwszej dziesiątce krajów klasyfikowanych pod względem wolumenu ubezpieczeń. Ubezpieczenia francuskie stanowią 6,5% całkowitego obrotu składek na życie i ubezpieczenia majątkowego na świecie. W Europie tylko Wielka Brytania radzi sobie lepiej, ponieważ zajmuje trzecie miejsce na świecie (7,1% całkowitego wolumenu składki stanowiące 233,8 mld euro). Z kolei Azja wyprzedziła Amerykę Północną obecnie i stała się drugim po Europie **regionem działalności francuskich ubezpieczycieli i reasekuratorów**. Pojawienie się Francji jako światowej klasy **ubezpieczyciela i reasekuratora** nie jest niespodzianką. **Kraj ten nie tylko dogonił światowych liderów, ale nadal wykazuje innowacje w tej dziedzinie.**

Francja odegrała **pionierską rolę w rozwoju europejskich i światowych rynków finansowych** w finansowaniu infrastruktury, a także usług. Ważne jest poznanie genezy sukcesu i sposobu na korzystanie z efektu skali w ubezpieczeniach, jak też zbudować system regulacyjny, który faworyzuje wzrost ubezpieczeń i ich rolę we wzroście inwestycji kapitałowych, zachowując przy tym bezpieczeństwo uczestników rynku ubezpieczeniowego. W pracy zostały wybrane elementy najważniejsze w budowie modelu i czynniki, które determinują sprawne funkcjonowanie systemu ubezpieczeń.

Od prawie 300 lat temu Francja była i jest jednym z **najbardziej zróżnicowanych i nowoczesnych rynków ubezpieczeniowych na świecie**, na którym **ubezpieczyciele o stałej składce finansują straty a priori, a nie a posteriori, jak wiele towarzystw ubezpieczeń wzajemnych**. Skąd zrodziło się pytanie jak uregulować rynek finansowy aby kapitał własny był źródłem eksportowych dochodów finansowych. Jest to jedno z pytań, które stanowiło

przyczynę do zainteresowania się tematem ubezpieczeń francuskich. Odpowiedź na nie jest także ważna dla polskiego prawodawcy.

Pod koniec XIX wieku francuscy ubezpieczyciele byli obecni w 16 krajach, podążając ścieżką wyznaczoną przez europejskich finansistów. Także ruch praw pracowniczych zyskał na popularności wraz z postępem rewolucji przemysłowej, by pod koniec XIX wieku Francja stała się pierwszym krajem, który **zmusił pracodawców do wypłacania odszkodowania pracownikom poszkodowanym podczas pracy.**

Ubezpieczenia powstały i rozwinęły się na skutek łącznego działania kilku czynników rozwoju w naukach o ryzyku - **postępu w naukach matematycznych i obliczania prawdopodobieństwa, a także odkrycia prawa wielkich liczb.**

Cechy charakterystyczne ubezpieczeń francuskich to między innymi ich związek z historycznym modelem, w którym socjalizacja poprzez wymienialność ryzyka, stała się fundamentem.

Aby móc zapewnić bezpieczeństwo wypłaty odszkodowania ubezpieczający musi odwzajemniać ryzyko, to znaczy wymagać takich stawek składki od wszystkich swoich ubezpieczonych łącznie, aby mógł pokryć szkody, które osiągną tylko niektórych. Operacja wzajemności jest liczona przez prawa matematyczne – obliczenia ryzyka przez zasadę ekonomiczną zgodnie, z którą ryzyka są niezależne, jednorodne i mają tę samą wariancję, podczas gdy koszty wypłaty ubezpieczonemu są w przybliżeniu symetryczne.

W ubezpieczeniach przy ryzykach najbardziej powszechnych, wyliczenie ryzyka polega na danych częstotliwości ich występowania w rzeczywistości w oparciu o dane statystyczne. Trudność polega na zdefiniowaniu ryzyka. Chodzi o ryzyko **jednorodne, co do wartości i natury.** Ubezpieczyciel musi dokonać podziału ryzyka na rodzaje, które ubezpiecza, zanim określi je jako ryzyka jednorodne, aby móc zastosować do nich adekwatne procedury biorąc pod uwagę cechy specyficzne ryzyka.

Drugim prawem ekonomicznym w działalności ubezpieczeniowej jest prawo **wielkich liczb.** Zgodnie z tym prawem, wprowadzonym przez Jacoba Bernoulliego, prawdopodobieństwo, że różnica między średnim kosztem (jednego kontraktu), a składką netto jest mniejsza niż jakakolwiek arbitralna stała, zmierzająca do liczby 1 (zdarzenie pewne), w sytuacji w której wielkość portfela rośnie do nieskończoności. Rzucając wielokrotnie monetą, istnieje co do zasady 50% szans, że spadnie ona na stronę verso i tyle samo, że spadnie na stronę recto. **W ubezpieczeniach prawo wielkich liczb umożliwiło twierdzenie, że im większy portfel ryzyka, tym bardziej pewna losowa kwota roszczeń podlegających odszkodowaniu.** Działalność ubezpieczyciela opiera się zatem na tej samej zasadzie jak

podmiotów z rynku gier hazardowych. Im więcej jest graczy, stołów do gry, czy automatów, tym mniejsze jest ryzyko straty po stronie kasyna. Im więcej jest samych kasyn, tym również bardziej przewidywalna liczba wygranych i przegranych. Dla ograniczenia tego ryzyka kasyna grupują się w wielkie korporacje, a zakłady ubezpieczeń reasekurują ryzyko.

We Francji nowoczesny rynek ubezpieczeniowy powstał między połową lat 80, a końcem lat 90, przeżywając jednocześnie fale **prywatyzacji ubezpieczycieli** publicznych. Ponadto grupy ubezpieczeniowe powstałe na skutek konsolidacji zyskały solidną międzynarodową renomę. Istotne byłoby prześledzenie jak wyglądały etapy **nacjonalizacji i prywatyzacji** sektora ubezpieczeniowego we Francji, jednak szczegółowe ich omówienie przekraczałoby racjonalne rozmiary dysertacji. Ogólnie można zauważyć że od 1946 r. nastąpiła we Francji nacjonalizacja grup ubezpieczeniowych ale już w latach osiemdziesiątych miała miejsce prywatyzacja grup ubezpieczeniowych, co pociągało za sobą ich przegrupowanie. W Polsce podobne zjawisko miało miejsce dziesięć lat później. Raczej nie brano wtedy pod uwagę w Polsce metody i sposobów prywatyzacji francuskiej. Obecnie we Francji nie planuje się nacjonalizacji ale obecny wielki kryzys gospodarczy, sanitarny i klimatyczny może przynieść nowe zagrożenia dla sektora ubezpieczeniowego i może się okazać, że sytuacja wymaga zmian. Przykładem innowacyjności sektora ubezpieczeń we Francji może być spółka ubezpieczeniowa AXA była pierwszą na świecie, która **sekurytyzowała ryzyko**, związane ze znacznym odchyleniem w zakresie strat portfela ubezpieczeń komunikacyjnych, którego wielkość składki wynosiła 1 miliard euro. Ważne jest zatem przeanalizowanie jak taki istotny rynek uniknął poważnych strat konsumentów usług ubezpieczeń z funduszem kapitałowym.

Prawo ubezpieczeń podobnie jak inne gałęzie prawa związane z gospodarką i finansami ulega koniecznej adaptacji czy ewolucji. Można powiedzieć, że prawo ubezpieczeń korzysta z dorobku prawa umów, odpowiedzialności cywilnej, ponieważ dotyczy roszczeń, odszkodowań i odpowiedzialności. Jest także przedmiotem nauk ekonomicznych i zarządzania, nie zapominając o matematykach i adeptach finansów, którzy odgrywają w niej istotną rolę.

Działalność ubezpieczeniowa w prawie francuskim jest uregulowana w księdze **III Kodeksu ubezpieczeń oraz w księdze II Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych**. W księdze **IX Kodeksu ubezpieczenia społecznego** obowiązują także przepisy administracyjne i finansowe dla zakładów ubezpieczeń i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

Źródłem trudności, które napotyka prawo francuskie jest istota umowy ubezpieczenia, który to problem dotyczy wszystkich rodzajów ubezpieczenia. **Podstawowe elementy ubezpieczenia stanowią ryzyko, składka i świadczenie ubezpieczenia – są to elementy**

brane łącznie pod uwagę. Przy ryzyku musi chodzić o zdarzenie przyszłe, niepewne i niezależne od woli stron (fr. „futur et incertain et indépendant de la volonté des parties”). Składka może być stała lub zmienna.

Przedmiotem rozprawy jest system ubezpieczeń na francuskim rynku finansowym i próba standaryzacji jego elementów. Główną tezą pracy jest założenie, iż **fundamentalnym elementem modelu ubezpieczeń we Francji jest bardzo rozbudowane i wielopłaszczyznowo traktowane ryzyko.**

Jednym z celów pracy jest także dokonanie ustaleń **w jakim stopniu możemy korzystać z wzorców regulacyjnych, nadzorczych czy orzeczniczych w prawie ubezpieczeń** kraju prawa stanowionego takiego jak Francja. Celem pracy jest również odczytanie **technik ubezpieczeniowych** i sposobów przeniesienia ich dla lepszej analizy rozwiązań praktycznych i przepisów prawa. Należy także porównać produkty finansowe sektora ubezpieczeń i wskazać na jakim etapie rozwoju tych produktów jest rynek francuski. Istotne jest także czy praktyki rynku ubezpieczeń są homogeniczne, czy istnieją duże różnice systemowe i nadzorcze. Celem rozprawy także jest zbadanie **sposobu nadzoru nad rynkiem ubezpieczeń.**

Badania zjawisk rynku ubezpieczeń skłoniły autora do wyodrębnienia **kilku założeń badawczych.** Współczesny rynek finansowy w Polsce zmierza do rynku zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym i poszukuje rynku finansowania. Jest to ważne zagadnienie poznawcze, ponieważ należy zastanowić się w jakim kierunku powinna **zmierzać polityka regulacyjna i orzecznictwo.** Jaki model ubezpieczeń powinien się rozwijać w Polsce, czy socjalizacji ryzyka czy podejścia indywidualnego?

Zbadanie sposobu podejścia do rynku ubezpieczeń **przez nadzór** pozwala na stworzenie **wspólnych cech nadzoru nad rynkiem** ubezpieczeń, można zatem wnioskować o podejściu horyzontalnym czy wertykalnym nadzoru do ubezpieczeń. Inną kwestią jest badanie sposobu **harmonizacji prawa** sektora ubezpieczeń, wspólnych problemów czy specyficznych rozwiązań, **realizacji celów** w dyrektywach europejskich przez przepisy krajowe i wnioski z tego wynikające.

Głównym celem badawczym rozprawy jest znalezienie obiektywnych elementów modelu funkcjonowania ubezpieczeń we Francji, zważywszy na miejsce ubezpieczeń francuskich na rynku światowym.

Jedną z **hipotez badawczych** jest próba stworzenia podstaw teoretycznych ryzyka w ujęciu różnych dyscyplin naukowych i zasadniczych czynników wpływających na model ubezpieczeń we Francji. Następnie należało zbadać czy zbudowany rynek ubezpieczeń we

Francji jest to rynek uregulowany przez prawo pozytywne, a jeśli tak, należało się zastanowić nad jakością jego regulacji. Następnym badawczym problemem szczegółowym, któremu należało poświęcić miejsce w dysertacji, jest sposób kontroli ubezpieczeń we Francji, jaka jest metoda, cechy, funkcje nadzoru i co decyduje o skuteczności, bądź jego braku, nadzoru francuskiego nad ubezpieczeniami. Inne problemy badawcze dotyczą regulacji i podejścia do ryzyka jako podstawowego elementu struktury rynku ubezpieczeń, jego instytucjonalizacja a także podejście funkcjonalne, z podziałem na problematykę teoretyczną i empiryczną wynikającą z funkcjonowania rynku.

Główną hipotezą badawczą stało się uznanie, iż sposób podejścia do ryzyka jest zasadniczym elementem rynku ubezpieczeń i do tego podstawowego elementu należało się odnieść w pracy aby lepiej zrozumieć mechanizmy teoretyczne i praktyczne ubezpieczeń we Francji.

Kilka naukowych pytań badawczych, szczegółowych, towarzyszyło powstawaniu dysertacji. Po pierwsze jaki wpływ na aktualną pozycję ubezpieczeń francuskich miała historyczna przeszłość z uwzględnieniem powstawania w czasie towarzyszących aktów prawnych? Jak do pojęcia ekonomicznego jakim jest ryzyko odnoszą się przepisy prawa francuskiego? Czy rodzaj ryzyka determinuje sposób jego funkcjonowania na rynku i czy mechanizmy rynkowe są wystarczająco skuteczne dla jego ochrony jaką są ubezpieczenia? Na koniec warto zadać pytanie jakie są rynkowe metody zarządzania ryzykiem ubezpieczonych poprzez rynek finansowy, jeśli uzna się element ryzyka za podstawę modelu ubezpieczeń.

W dysertacji głównie jest stosowana metoda dogmatycznoprawna, w której poprzez metodę językowo-logiczną dokonano analizy aktów prawnych i orzeczeń, koniecznych do poznania i wskazania stanowiska przedstawicieli nauki prawa. Istotną częścią pracy jest **korzystanie ze źródeł zagranicznych, zarówno kodeksowych, opracowań naukowych i komentarzy oraz orzecznictwa**. Największy wpływ na treść pracy wywarły informacje pochodzące ze źródeł oficjalnych i aktualizowanych okresowo jak Legifrance, Jurisclasseur Periodique oraz raportów Senatu Republiki Francuskiej czy organizacji międzynarodowych. Badano także czy rzeczywiście istnieje zbieżność rozwiązań w danej kwestii w różnych źródłach doktrynalnych, a z drugiej strony podkreślano krytyczny stosunek do źródeł jako fragmentarycznych i pozostawiających dość duży margines swobody, nie zawsze doprowadzając do standaryzacji praktyk czy eliminacji konfliktów.

Istotną **metodą** jest metoda **historyczna**, także w przypadku prawa obcego, która pozwala na spojrzenie retrospektywne, na rozwiązania z przeszłości w sektorze ubezpieczeń i wyciąganie wniosków służących do wypracowania nowych rozwiązań regulacyjnych

spójnych z zasadami i wartościami na rynku finansowym. Rynek finansowy można traktować jak dobro wspólne, które powinniśmy chronić, a dzięki rozwiązaniom z przeszłości innych krajów, jesteśmy w stanie zauważyć niebezpieczeństwa tkwiące w niektórych krajowych rozwiązaniach.

W wypracowaniu modelu ujęcia prawa obcego należy poznać ewolucję badanej przez siebie instytucji prawnej, przedstawić okoliczności, które zadecydowały o narodzinach tej instytucji oraz zjawiska, które przyczyniły się do modyfikacji instytucji, aż do chwili, gdy instytucja ta przyjęła swój obecny kształt. W pracy przeanalizowano instytucję ubezpieczeń w różnych aspektach. Z jednej strony należało znaleźć wskazówki, dotyczące przeszłości, jednakże z drugiej, opis instytucjonalny musiał ograniczać się do poziomu technicznego. W pracy został zbadany system ubezpieczeń, co narzuciło konieczność eliminacji zagadnień, które są rozwijane przez inne niż prawo finansowe, gałęzie prawa. Oczywiście nie można było pominąć w pracy aspektów związanych z umową ubezpieczenia ale jednocześnie nie pozostawiono tego zagadnienia w centrum rozważań.

W pracy w celu realizacji problemów badawczych zastosowano metody, które pozwoliły na opracowanie zagadnienia, a sposób postrzegania pracy badawczej został skorelowany z narzędziami badawczymi w ramach odpowiednich czynności. Zastosowane metody badawcze zostały podporządkowane celom jakie przyświecają dysertacji.

Dokonano analizy i omówienia krytycznych stanowisk w podstawowym piśmiennictwie, które wykazały celowość wyodrębnienia podjętego do badań problemu badawczego. Posłużono się w przypadku kwestii najważniejszych metodą pojęciową, czyli podejściem opartym na pojęciach prawnych (ryzyko). Zastosowano także podejście „zorientowane na problem”, ponieważ z wyłonionego najważniejszego dla prawa finansowego ryzyka w różnych konfiguracjach prawno-ekonomicznych i społecznych, przeprowadzono analizę podstawowych problemów badawczych. Tak stosowana metoda prowadzi do przyznania istotnej roli analizowanych przepisów prawnych. Ten rodzaj podejścia podkreśla kontekst ubezpieczeń, który należy także wyjaśniać w kategoriach czynników otoczenia, ponieważ prawa nie można już rozumieć wyłącznie jako konsekwencji czy przyczyny zjawisk społecznych, choć jest ono także sposobem konstruowania doświadczenia społecznego.

Struktura dysertacji została uzasadniona, pokazuje analizę i syntezę prawa obcego, zróżnicowaną terminologię przenosząc pewne koncepcje, pojęcia czy określenia z innej tradycji prawnej do terminologii polskiej. Wiele pytań dotyczy klasyfikacji, systemu funkcjonowania rynku ubezpieczeń, czy opisu praktyki działania.

Praca składa się z sześciu rozdziałów, wstępu i zakończenia, wykazu cytowanej literatury i źródeł prawa. Rozdział pierwszy przedstawia genezę ubezpieczenia, ubezpieczenia jako praktyki od czasów kultury greckiej i rzymskiej, po średniowieczne próby ubezpieczenia, wpływ Rewolucji Francuskiej i następnie historyczny przegląd praktyki ubezpieczeń po czasy dzisiejsze epoki rewolucji cyfrowej. Rozdział zawiera odwołania do słynnych postaci historycznych, wskazuje na najsilniejsze działania francuskie, którym do czasów obecnych pozostaje reasekuracja i przedstawia rolę państwa w rozwoju ubezpieczeń na rynku światowym. Ważnym aspektem jest poruszenie zagadnień indywidualizacji ubezpieczeń jako trendu rozwoju wobec społecznego podejścia do ryzyka omawianego w rozdziale piątym.

Rozdział drugi obejmuje przedstawienie podstawowych źródeł prawa ubezpieczeń we Francji, również w ujęciu historycznym. Przedstawiono prawo ujęte w kodeksach i dość szczegółowo omówiono treść tych aktów prawnych, które mają największe znaczenie dla ubezpieczeń. Pokazano także istotny wpływ prawa Unii Europejskiej na kształt prawa ubezpieczeń we Francji i stymulującą rolę tego prawa. W rozdziale nie zabrakło omówienia standardów dobrych praktyk, czyli *soft law*. Orzecznictwo w pracy jest prezentowane w całości pracy przy konkretnych zagadnieniach wymagających wskazania podstaw czy ewolucji orzecznictwa.

Trzeci rozdział opisuje kwestie kontroli i nadzoru nad ubezpieczeniami w Francji, jako specyficzny dychotomiczny rozdział instytucji kontrolujących rynek ale też będących nadzorcami stabilności finansowej sektora. Omówiono w nim organizację organów w ujęciu historycznym, zakres ich działania, zasady, formy współdziałania między organami, ewolucję podziału kompetencji i oddziaływania na rynek.

Rozdział czwarty jest rozdziałem, który jest kontynuacją drugiego rozdziału pracy, w której zasadniczym obiektem zainteresowań jest ryzyko jako podstawowy nieodzowny fundament ubezpieczenia. W tym rozdziale jest mowa o aspektach technicznych ryzyka, pojęciu, zasadach wyceny, a także związku obliczenia ryzyka z systemami pozyskiwania i opracowywania danych.

W rozdziale piątym ryzyko jest już ujęte w ramach prawa i determinuje rodzaje ubezpieczeń. Rozważania czy uspołecznienie ryzyka jest warunkiem lepszego zorganizowania ubezpieczeń zostały przedstawione dość obszernie. Podobny stosunek do tego problemu mają przedstawiciele doktryny prawa ubezpieczeń we Francji. W tym rozdziale jest mowa nie tylko o procedurach ale także o różnych ryzykach specyficznych zarówno ze względu na stosunek do ryzyka jak i dzisiaj już niepostrzeganych jako rzadkie – ryzykach katastrof naturalnych. Nie sposób nie odnieść się także do ryzyka cyberprzestrzeni, która stała się codziennością.

Ostatni rozdział jest poświęcony ryzyku jako przedmiocie zarządzania, zarówno w kontekście makroekonomicznym jak i mikroekonomicznym. Chodzi o przenoszenie ryzyka, dywersyfikację, łączenie, a nawet unikanie ryzyka. W tej części pracy omówiono różne sposoby organizacji zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym przez zakłady ubezpieczeń we Francji, od koasekuracji, reasekuracji, samoubezpieczenia, sekurytyzacji i niektórych instrumentów finansowych w ubezpieczeniach. Ważnym elementem jest także omówione zarządzanie informacjami ubezpieczeń przez technikę cyfrową.

Zakończenie i wnioski stanowią odniesienie do problemów i hipotez badawczych, wskazując na potrzebę spojrzenia na prawo ubezpieczeń od strony ujęcia modelowego, wystandardyzowanego, w którym zasadniczym elementem jest stosunek ubezpieczonych i ubezpieczycieli do ryzyka, które jednocześnie podlega współczesnym technikom cyfrowym.

Rozdział 1. Rys historyczny ubezpieczeń we Francji

1.1 Uwagi wprowadzające

Ubezpieczenie jako zjawisko społeczne i gospodarcze pojawiło się we Francji w ujęciu prawnym w XII wieku i dotyczyło różnych obszarów działalności człowieka. Pierwszym obszarem zastosowania ubezpieczeń we Francji był transport morski¹. Cel ubezpieczeń wyjaśnia powszechność ubezpieczeń oraz pokazuje ujęcie etymologiczne ubezpieczenia. Cel ubezpieczenia skoncentrowany jest na pewności, gwarancji, ochrony, bezpieczeństwa – z tego powodu odnosi się on do podstawowych potrzeb społeczeństwa w taki sposób aby zapewnić przetrwanie poprzez zapewnienie zarówno poczucia bezpieczeństwa sensu stricto. Jedną z podstawowych potrzeb człowieka (wymieniona już w drugiej kolejności po potrzebach fizjologicznych) jest potrzeba bezpieczeństwa, która może być realizowana przez współczesne społeczeństwo m.in. dzięki ubezpieczeniu.

W odniesieniu do prawnego ujęcia ubezpieczenia należy podnieść, iż nie zawsze było ono definiowane jako pojęcie. Dzisiaj pojęcie ubezpieczenia jest zinstytucjonalizowane i uregulowane, pełni istotną rolę zarówno na rynku finansowym jak w codziennym życiu nowoczesnego społeczeństwa.

W niniejszym rozdziale przedstawiono specyficzne cechy, którymi charakteryzują się ubezpieczenia francuskie. Należy zwrócić uwagę na rolę państwa, które zaczęło wcześniej wywierać wpływ na rynek ubezpieczeń we Francji dość, chociaż ze zmiennym, na przestrzeni czasu, zaangażowaniem. Wśród cech charakterystycznych ubezpieczenia we Francji znajduje się długi okres początkowego rozwoju tego sektora w porównaniu do innych krajów, z istotną rolą państwa posiadającego funkcję regulacyjną i organizacyjną w tym zakresie. Początkowo państwo w ubezpieczeniach było zastępowane opieką Kościoła katolickiego i wzajemną pomocą rodzinną. W przedstawionej poniżej analizie widać specyfikę lokalną oraz krajową, która czerpie niekiedy wzorce z praktyki światowej, a czasem, jak w czasie Rewolucji Francuskiej i epoce Kodeksu Cywilnego i Kodeksu Handlowego, nieoczekiwanie zatrzymuje rozwój praktyki we Francji.

We francuskiej historii ubezpieczeń jako bardzo istotne należy podkreślić również przejście od nacjonalizacji powojennej rynku ubezpieczeń do przejścia rynku ubezpieczeń w ręce prywatne w późniejszym okresie. Statystyki wskazują, iż w okresie od 1950 r. do 1968

¹ Pierwsza francuska ustawa morska z 1150 roku, tzw. *Rôles d'Oléron*, nazywana też *Jugements d'Oléron* ujmowała ubezpieczenie morskie.

r. udział ubezpieczeń państwowych na rynku francuskim spadł z 50% do 38% (Venard, 2013, 97). W kolejnym przedziale czasowym przeplatają się natomiast zarówno okresy nacjonalizacji (1982 r.) jak i prywatyzacji (1986 r.)². Fala współczesnej harmonizacji europejskiej spowodowała we Francji również istotne zmiany w funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego. Charakteryzuje się od początkowego uproszczenia prawa ubezpieczeń, po inflację przepisów regulujących ten sektor do dnia dzisiejszego.

Określenie ubezpieczenie w języku francuskim – „assurance”, nawiązuje do średniowiecznego określenia w języku łacińskim „*assecurare*”, wtedy rozumiane jako intencja związana z przedrostkiem *as / ad* – wzmocnienia, wyprostowania, naprawienia. W Europie wywodzimy słowo ubezpieczenie z wcześniejszego terminu „*assecuratio*” / „*assicuratio*” (Venard, 2013, 97). w tym samym czasie we Francji nazywanej „*assëurance*” (Venard, 2013, 97).

Ogólna historia ubezpieczeń zaczęła się jednak ponad trzy tysiące lat temu. Ubezpieczenie narodziło się z idei wzajemnej pomocy międzyludzkiej czy szukania ochrony u innych osób, które istniało już w czasach starożytnych. Ślady praktyk ubezpieczeniowych odnalezione zostały m.in. w Mezopotamii, gdy koszty powstałe na skutek grabieży karawan dzielono pomiędzy kupców. W czasach współczesnych powyższy podział kosztów powielają i odzwierciedlają ubezpieczenia wzajemne. Inne przykłady odnoszące się do wczesnych form pewnego rodzaju zabezpieczenia przed zdarzeniem posiadającym w dużej mierze charakter losowy można znaleźć również w Egipcie i starożytnym Rzymie. Wczesne formy ubezpieczenia pojawiły się już w 1700 r. p.n.e. Jako pierwsze wzmianki w przedmiocie ubezpieczenia należy wskazać te, które pojawiły się w Babilonii, w kodeksie Hammurabiego. Zostały w nim określone m.in. warunki podzielenia strat w transporcie towarów. Jako przykład można wskazać przepis, w którym agent handlowy nie odpowiadał za stratę ładunku w przypadku kradzieży³. Strata była dzielona pomiędzy wszystkich kupców karawany⁴. Powyższy przykład można uznać za pierwszą regulację prawną, która określała kryteria odpowiedzialności wzajemnej „ubezpieczonych” (kupców karawany), które to kryteria odnosiły się do poszczególnego zdarzenia losowego. Istotą takiego rodzaju odpowiedzialności było to, iż wszyscy kupcy pilnowali swoich towarów, ponieważ byli oni (choć nie we wszystkich przypadkach) współodpowiedzialni za straty. Dopiero tysiąc lat później na greckiej

³ M. Stępień, *Kodeks Hammurabiego*, Warszawa, 1996, s. 36 – „§ 103 Jeżeli w podróży na drodze jego nieprzyjaciel wszystko, co niósł, odbierze mu, agent handlowy przysięgę na boga wypowie i odejdzie wolny.”

⁴ Ibidem, s. 35 – „Jeśli obywatel obywatelowi srebro na wspólny interes dał, zyski i straty, które będą przed bogiem po równo podzielą.”

wyspie Rodos narodziło się pojęcie tzw. „uwspólnienia straty”. Na podstawie umów, kupcy, których towary dotarły do miejsca przeznaczenia, zwracali pieniądze tym, których towary zostały zniszczone (Płodzień, 2011, 95-116). Kolejnym ciekawym sposobem na zapewnienie ochrony przed piratami i złodziejami w transporcie było rozwiązanie, które stosowali kupcy włoscy oraz angielscy. Przy każdej udanej podróży odkładali oni pewną kwotę, będącą odpowiednikiem dzisiejszej składki ubezpieczeniowej, tworząc w ten sposób fundusz, który pozwolił im zrekompensować sobie stratę w dniu, w którym transport zostałyby zakończony niepowodzeniem (Chevreau, 2005, 67-80). Tworzenie takiego rodzaju funduszy można uznać za próbę szacowania adekwatności składki ubezpieczeniowej (kwoty pieniędzy odkładanej przez kupców) do potencjalnego ryzyka. Kupcy szacowali bowiem „szansę” na to, iż ich towary zostaną zawłaszczone lub zniszczone w odniesieniu np. do częstotliwości takiego rodzaju zdarzeń w danym okresie czy zwiększonej aktywności piratów na danym terytorium i przypisywali do oszacowanego w taki sposób ryzyka określoną kwotę pieniężną jaką należy odłożyć jako zabezpieczenie przed tego rodzaju zagrożeniem. Rozwiązanie zapewniało poczucie bezpieczeństwa kupców z tego okresu, co sprawiło, iż dla tych będących „członkami” funduszu wymiana handlowa stawała się mniej ryzykownym zajęciem niż dla do tych, którzy postanawiali działać w sposób indywidualny. W VIII wieku bizantyjski kodeks prawa morskiego kontynuował logikę udziału w stratach, zakładając, że wynikała ona ze społecznego, kolektywnego podziału ryzyka pomiędzy kupcami (Chevreau, 2005, 67-80).

Ubezpieczenia były praktykowane również przez Greków⁵ i Rzymian (<https://leboncourtier.fr>)
W średniowieczu ubezpieczenie na życie zaczęło przybierać formę, którą znamy dzisiaj (<https://leboncourtier.fr>). W tym okresie czasu spotykać można było się także z operacjami umożliwiającymi realizację wzajemnej pomocy w ramach cechów, korporacji i bractw. Ryzyka majątkowe objęte w ich ramach były co do zasady profesjonalne, jak na czasy średniowiecza. Niektóre z cechów koncentrowały się także na społecznych i osobistych tragediach swoich członków. We Francji tego rodzaju związki, choć pierwotnie były wynikiem indywidualnych inicjatyw, stopniowo przeszły pod kontrolę króla. Tego rodzaju organizacja społeczeństwa korporacyjnego, pozwalała na uwspólnienie (mutualisation) ryzyka zawodowego i osobistego i była w stanie zapewnić społeczeństwu poczucie bezpieczeństwa.

Ubezpieczenia powstały i rozwinęły się na skutek łącznego działania różnych czynników ale szczególne znaczenie w tym zakresie miał postęp w naukach matematycznych, w dziedzinach, które umożliwiły uzyskanie odpowiedzi na np. obliczanie

⁵ Grecy umożliwili ubezpieczenie towaru na statku z tzw. *Nauticum Phoenus*, chociaż było to raczej zabezpieczenie z zyskiem dla armatora niż klasyczne ubezpieczenie.

prawdopodobieństwa⁶. Natomiast rozwój społeczny i gospodarczy społeczeństwa umożliwił tworzenie niezbędnego kapitału dla ubezpieczeń. Z biegiem czasu, a co za tym idzie – za zmieniającym się zapotrzebowaniem na produkty ubezpieczeniowe oraz potrzebą określenia pewnych standardów konieczne było opracowanie wielu zagadnień technicznych w ubezpieczeniach. Zagadnienia dotyczyły m.in. tego jak obliczyć składkę, gdy ryzyko rozkłada się w długim czasie, gdzie jest granica między ubezpieczeniem a hazardem, jak ubezpieczyciel powinien gromadzić niezbędny kapitał, aby móc zrekompensować szkody itp.

Prof. Joseph Hémard, profesor prawa paryskiej Sorbony, napisał w 1924 r. w odniesieniu do rozwijającego się w tym okresie sektora ubezpieczeń. *„Istnieje realne zainteresowanie wykazaniem, kiedy i jak powstało ubezpieczenie, jakie potrzeby musiały one spełnić, w jaki sposób wyłoniły się z sąsiednich instytucji, z którymi pierwotnie się myliły. Historia pokaże ubezpieczenie jako nowoczesną instytucję, ponieważ jej istnienie zakłada zaawansowany etap cywilizacji: nawet kosztem pracochłonnego uczenia się. Ubezpieczenia często reagowały na wydarzenia, aby doprowadzić do poprawy stanu materialnego i moralnego jednostek. Działalność ubezpieczeniowa stopniowo oddzielała się od innych operacji podejmowanych przez grupy zapewniające lub wspierające na tyle, że instytucje gry i zakładu już dawno narażały na niebezpieczeństwo jej rozwój”⁷.*

1.2 Geneza ubezpieczeń

Potrzeba bezpieczeństwa, jako jedna z najważniejszych podstawowych potrzeb społeczeństwa, jest motorem napędowym rozwoju ubezpieczeń na świecie – podobnie jak system bankowy jest zabezpieczeniem dla bezpiecznych finansów każdego państwa (*fr. si le besoin de sécurité constitue le fil directeur de l’histoire de l’assurance*)⁸. Wspólne ponoszenie kosztów (w postaci np. składek ubezpieczeniowych) poczynionych rozmyślnie w celu

⁶ Należy wskazać, że prawdopodobieństwo odkryto już w 1700 r. (patrz Jaques Bernoulli), a w 1733 r. Abraham de Moivre, odkrywa koncepcję odchylenia standardowego.

⁷ J. Hémard, *Théorie et pratique des assurances terrestres, tome I: la notion, l’évolution, la science de l’assurance terrestre*, Paris, 1924, s. 164, „Il y a un intérêt réel à montrer quand et comment l’assurance est née, à quels besoins elle a dû répondre, comment elle s’est dégagée des institutions voisines avec lesquelles, à l’origine, on l’avait confondue. L’histoire montrera l’assurance terrestre comme une institution moderne, parce que son existence suppose un stade déjà avancé de la civilisation: même au prix d’une laborieuse érudition, on n’a pu en trouver trace dans l’Antiquité. Elle révélera combien cette institution a subi l’influence des événements économiques, politiques et sociaux, parce qu’elle a dû sans cesse s’adapter aux besoins de la pratique: l’assurance a du reste souvent réagi sur ces événements pour aboutir à une amélioration de la condition matérielle et morale des individus. Nous y verrons que l’assurance ne s’est que peu à peu séparée des autres opérations entreprises par des groupements de prévoyance ou d’assistance, que longtemps le jeu et le pari lui ont fait tort et ont risqué de compromettre son essor.”

⁸ Y. Lambert-Faivre et L. Leveneur, *Droit des assurances*, Paris, 2005, s. 1, w tłum „Jeśli potrzeba bezpieczeństwa stanowi myśl przewodnią historii ubezpieczeń”.

uniknięcia wspólnego dla całej sprawy niebezpieczeństwa, przypomina zachowaną do dzisiaj koncepcję awarii wspólnej, opartej od dawna na zasadzie solidarności interesów uczestników morskich wypraw handlowych i chęci przyczyniania się do ochrony tych interesów. Najstarszy przepis dokumentujący istnienie awarii wspólnej pochodzi z tzw. prawa rodyjskiego (Lex Rhodia de iactu) i zawarty jest w IV księdze Kodeksu Justyniana. Akt awarii wspólnej jest szczególną formą stosunku ekonomicznego zachodzącego w obliczu niebezpieczeństwa między uczestnikami morskiej wyprawy handlowej (Płodzień, 2011, 5-13).

Podobnie jak w innych krajach, ubezpieczenie we Francji narodziło się w celu zaspokojenia potrzeb pierwszych kupców morskich. W XV wieku bogaci ludzie mieszkający we francuskich portach oferowali podstawową ochronę dla statków lub ładunków. Bardzo szybko, pod koniec wieku, operacje te zostały pogrupowane na części, aby dzielić się podejmowaniem poszczególnymi częściami ryzyka (<https://www.senat.fr>).

Współczesne ubezpieczenia wywodzą się głównie z „wielkiej pożyczki przygodowej” – wielkiego ryzyka. Kupiec, który zaciągał dług na sfinansowanie transportu miał możliwość zapłacenia dodatkowej kwoty w ramach ubezpieczenia, które nie wymagało spłaty w przypadku kradzieży czy wypadku. Na początku był to odpowiedni procent wartości ładunku, potem z czasem ustalono stałą składkę odnoszącą się do rodzaju ubezpieczenia. Pożyczkodawca finansował przesyłkę, a jeśli usługa zakończyła się powodzeniem, oprócz zwrotu pożyczki otrzymywał odsetki. Wznowiona od XII wieku, pożyczka „à la gros” doświadczała jednak często lichwiarskich stóp procentowych, co skłoniło papieża Grzegorza IX do zakazu lichwiarskich pożyczek w 1234 r. (<https://www.index-assurance.fr>). Odtąd należało znaleźć system, który zapewniłby pożyczkodawcy pewność spłaty jego pożyczki przeznaczonej na transport. Bankierzy i handlowcy zgodzili się zagwarantować wartość statku i jego towarów w zamian za sumę pieniędzy podaną z góry. Przełom w tym zakresie można uznać za narodziny ubezpieczeń morskich, które rozwijały się w portach Morza Śródziemnego, a następnie Atlantyku. W Genui w 1424 r. powstało pierwsze towarzystwo ubezpieczeń morskich. Najstarsze zachowane umowy ubezpieczenia morskiego pochodzą z 1347 r. z Genui, z 1384 r. z Pizy i z 1397 r. z Florencji.

Popularnym jest stwierdzenie że ubezpieczenie „narodziło się z morza” – było ono w przeszłości prawie jedyną wyłączną drogą wielkiego handlu i kojarzono je z wieloma niebezpieczeństwami. Kupcy natomiast musieli szukać i znaleźć sposób, aby ochronić się przed tym zagrożeniem. Nadto należy wskazać na ogromne koszty ponoszone w tamtym czasie w ramach morskiej wymiany handlowej – czarter statku był drogi, a pomimo tego nie było pewności, że towary dotrą bezpiecznie do celu. Aby sfinansować handel morski, kupcy

wymyślili m.in., wspomnianą już wcześniej „pożyczkę na wielkie ryzyko” (*le prêt à la grosse aventure*). Przez pewien czas transakcje pożyczki morskiej zastępowano umową fikcyjnego kupna czy sprzedaży. Na mocy takiej umowy osoba (bankier) przyjmująca na siebie niebezpieczeństwo (ryzyko) związane z podróżą morską nabywała zagrożone przedmioty, z tym że wypłata sumy kupna była odroczone. Jednocześnie była zawierana dodatkowa umowa która przewidywała, że w razie pomyślnego wyniku podróży umowa staje się nieważna. Wypłata sumy kupna następowała tylko wówczas, gdy przedmioty objęte umową zostałyby w czasie podróży zniszczone bądź utracone. Wynagrodzenie za ponoszenie ryzyka przez fikcyjnego nabywcę było osobno ustalane i zazwyczaj z góry opłacane (Bellenger, 2011, 15).

Umowy pożyczki morskiej i fikcyjnej umowy kupna czy sprzedaży zawierane były w formie aktów notarialnych. Były to dokumenty, które wystawiane były na dowód zawarcia umowy. Dokumenty otrzymały nazwę polis od włoskiego słowa *polizza*, pierwotnie znaczącego pokwitowanie. W przypadku kiedy pożyczkodawca w wyniku utraty statku tracił „zainwestowane” pieniądze, tracił on także dochód pozyskany z wysokiej stopy procentowej udzielonej pożyczki, która była odpowiednikiem ryzyka określonego w pieniądzu i podejmowanego przez pożyczkodawcę. Pożyczka „na wielkie ryzyko” praktykowana była od bardzo dawna i zwykle zawierana była pomiędzy osobami fizycznymi w postaci umowy pisemnej. System ten rozwijał się w dużych portach śródziemnomorskich aż do średniowiecza. Kościół, sprzeciwiający się lichwie, zabronił tego rodzaju pożyczek⁹. Aby obejść zakaz, handlowcy dzielili umowę na dwie części: w pierwszej zawierano umowę pożyczki, w drugiej natomiast określano premię w zamian za poniesione ryzyko – taki rodzaj umowy z tego okresu można uznać za pierwowzór współczesnej umowy ubezpieczenia. Pierwszą taką umowę ubezpieczenia morskiego z 1347 r. znaleziono w Genui¹⁰, była ona zawarta na piśmie i zarejestrowana przez notariusza.¹¹ Na koniec czternastego wieku ubezpieczenia morskie stały

¹⁰ E. Bensa, *Histoire du contrat d'assurance au Moyen Âge*, (tłum. M. Jules Valery), Paris, 1897, s. 20, E. Bensa publikuje listę tych umów w załączniku do swojej pracy.

¹¹ E. Bensa, *Historie du...op.cit.*, (tłum. własne), s. 47, „Częstotliwość aktów tego rodzaju uwidacznia się w tym prostym fakcie, że w ciągu zaledwie kilku dni, od 21 sierpnia do 15 września 1393 r., znajdujemy ponad osiemdziesiąt umów otrzymanych przez jednego notariusza z Genui, *Theramus de Majolo*. Akty te stanowią również dowód na to, że strony, które odgrywały tam rolę ubezpieczycieli, nie angażowały się w przypadkowe spekulacje, ale wręcz przeciwnie, było to dla nich wykonywanie prawdziwego zawodu, ponieważ nazwiska tych samych osób bardzo często pojawiają się w umowach ubezpieczenia zawieranych w krótkich odstępach czasu. W aktach notariusza *Thesaurus de Majolo* widać, że pewien Bartoloméo Delfino da Passano zgadza się samodzielnie, w tym krótkim okresie, na szesnaście ubezpieczeń, których łączna kwota wynosi 1500 złotych guldenów”.

się powszechne i profesjonalne, a ślady prawa ubezpieczeniowego znaleziono nie tylko w Genui i Florencji¹².

Pierwsza francuska firma ubezpieczeń morskich *Compagnie des assurances de Bordeaux* została założona w Bordeaux w 1665 r. Paryż miał pierwszą izbę ubezpieczeniową dopiero trzy lata później (w 1668 r.), a pierwszą firmę ubezpieczeniową, *Compagnie générale des assurances et grosses aventures* (General Company for Insurance and Big Adventures of France), założono w Paryżu 20 lat później. Wszystkie wyżej wymienione kompanie ubezpieczeniowe zaprzestały działalności po kilkunastu latach, ze względu na preferencje właścicieli i klientów w zakresie ochrony indywidualnej ryzyka¹³.

Rozporządzenie Ludwika XIV w sprawie marynarki wojennej, ogłoszone w 1681 r. przez ministra finansów Jeana-Baptiste Colbert, regulowało marynarkę handlową i po raz pierwszy nadało konkretny kształt sektorowi ubezpieczeń¹⁴. Nowoczesność powyższego rozporządzenia potwierdziło się, ponieważ zostało prawie w całości uwzględnione we francuskim Kodeksie handlowym z 1807 r. Należy podkreślić, iż ubezpieczenia morskie nie stwarzały takich samych problemów, jak ubezpieczenia gruntów, ponieważ były one ściśle ograniczone do trasy podróży¹⁵. Ryzyko było zatem ograniczone w czasie i łatwiejsze do oceny.

Historycznie od XV wieku ubezpieczenie morskie było przedmiotem ważnych przepisów prawnych, w szczególności tzw. rozporządzeń barcelońskich (zob. dalej: <https://www.index-assurance>). Pierwsze rozporządzenie sędziów z Barcelony w sprawie ubezpieczenia datuje się na 1435 r., następnie cztery inne rozporządzenia dotyczące tego samego tematu powstały w 1436 r., 1443 r., 1458 r. i 1461 r. Zostały one ostatecznie przekształcone na podstawie nowego zarządzenia z 1484 r. (Pardessus, 1824, 176).

¹² E. Bensa, *Historie du...*, (tłum. własne), s. 51 i 52, „Pierwszym prawem, które naprawę miało regulować tę kwestię, jest rozdział *De assecuramentis contra contenta in presenti regla non faciendis*, który jest wymieniony wśród zasad *uffizio di Mercanzia* z Genui pod koniec XIV wieku.

¹³ *Index Assurance, Guide de référence de l'assurance auto pour les particuliers. Histoire de l'assurance*, <https://www.index-assurance.fr/histoire-assurance>, dostępne dnia 07.05.2022. „Powszechne Towarzystwo Ubezpieczeń od Wielkich Przygód zostało utworzone na mocy edyktu Ludwika XIV w 1686 roku, a w 1786 roku powstało Generalne Towarzystwo Ubezpieczeń Ognioowych braci Périer i Towarzystwo Ubezpieczeń Ognioowych w Claviere i Batz.”

¹⁴ Rozporządzenie wyraźnie zabraniało ubezpieczenia na życie, które uważano za niemoralne. Pierwsze towarzystwo ubezpieczeń na życie powstało dopiero sto lat później, tuż przed Rewolucją Francuską.

¹⁵ Najbardziej typowym przykładem ubezpieczyciela był Edward Lloyd, który na początku był właścicielem tawerny. Zaczął on publikować informacje handlowe, tym samym dostarczył swoim czytelnikom pismo zawierające informacje o transakcjach morskich i wydarzeniach będących przedmiotem zainteresowania armatorów i handlowców. Jego tawerna stała się naturalnie miejscem spotkań armatorów i marynarzy, a także osób zainteresowanych finansowaniem rejsu. Każda osoba ubezpieczała część ryzyka, rejestrując swoje nazwisko na liście i procent swojego udziału w ryzyku. Karta Królewska z 1720 r. potwierdziła sukces przedsiębiorstwa, uznając Lloyds za korporację ubezpieczeniową.

1.2.1. Wczesny rozwój ubezpieczeń sektorowych

Średniowieczna gospodarka charakteryzowała się rozwojem systemu własności ziemi, niewielkim obrotem ruchomościami, niepewną sytuacją towarów w transporcie a w naukach ścisłych brakiem obliczania prawdopodobieństwa zdarzenia objętego ryzykiem. Pomoc państwa była postrzegana jako obowiązek i zastępowała braki w sektorze ubezpieczeń. Społeczności chroniły swoich obywateli przed różnymi szkodami, na które mogli się oni narażać. Szeroki zakres ryzyk powodował, że osoby poszkodowane nie musiały uciekać się do instytucji ubezpieczenia, zwłaszcza gdy w społeczeństwie brakowało jeszcze ducha przedsiębiorczości.

Idea pomocy potrzebującym we Francji, przejawiała się w związkach czy korporacjach, organizacjach charytatywnych, a później pomocy ze strony państwa. Powstawała idea wzajemności, łączenia ryzyka, ale w odróżnieniu od ubezpieczeń, działała na dalszych etapach, występując po szkodzie, czy katastrofie. Koncepcja ochrony prewencyjnej była w tamtym okresie prawie całkowicie nieobecna. Aby zrozumieć ewolucję ubezpieczeń we Francji, przed pojawieniem się instytucji ubezpieczenia, należałoby wyjaśnić instytucję pomocy państwa. Na przykładzie rozwiązania zaoferowanego ofiarom pożaru lub innych katastrof¹⁶, warto zastanowić się jakie rozwiązania, w kolejnych epokach historycznych, służyły Francuzom w celu zapobiegania skutkom nieszczęśliwych zdarzeń, aby w ten sposób poszkodowani nie pozostali „bez grosza”.

W 1686 r. Ludwik XIV wydał edykt dotyczący założenia pierwszej firmy ubezpieczeniowej wielkich ryzyk (Bellenger, 2011, 61). W 1753 r. kupiec C-H. de Maison Neuve złożył statut i regulamin towarzystwa ubezpieczeniowego przed notariuszem w miejscowości Châtelet. Oprócz ubezpieczenia morskiego zaproponował w statucie również ubezpieczenie domów na wypadek pożaru. Była to niewątpliwie pierwsza forma ubezpieczeń przeciwpożarowych, utworzona we Francji. Procedura ubezpieczenia nieruchomości natomiast składała się z kilku etapów. W przypadku ubezpieczenia domu należało oszacować wartość przez wyznaczonych ekspertów, które to oszacowania wykorzystywano do ustalenia kwoty kapitału do ubezpieczenia. Gwarancja firmy nie mogła objąć ruchomości, a w celu

¹⁶ W 1666 r., w następstwie szkód spowodowanych przez wielki pożar w Londynie, zawarto pierwszą umowę ubezpieczenia od ognia. W 1732 r. w Stanach Zjednoczonych powstała pierwsza firma ubezpieczeniowa. W Anglii w 1684 r. narodziła się pierwsza firma ubezpieczeń przeciwpożarowych - *Friendly Society Fire Office*. Było to bezpośrednią konsekwencją wielkiego pożaru, który zniszczył centrum Londynu w 1666 r. – zniszczonych zostało ponad 13 tysięcy domów, katedrę św. Pawła i osiemdziesiąt dziewięć kościołów.

zobowiązania ubezpieczonego do konserwacji domu, jedna piąta faktycznej wartości budynku musiała zostać wyłączona z jego oszacowanej wartości. Składka musiała zostać zapłacona gotówką po dostarczeniu polisy, która określała ogólne warunki umowy (Bellenger, 2011, 62 i nast.). Po ustaleniu i rozliczeniu strat w przypadku pożaru ubezpieczyciel musiał niezwłocznie wypłacić kwotę do wysokości sumy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie oferował ochrony przed pożarami spowodowanymi wojnami, inwazją lub okupacją wojskową. W przypadku roszczenia powstałego w tych warunkach, ubezpieczonemu zwracano sumę opłaconych przez niego składek. Gdy powstawał spór, spółka ubezpieczeniowa zwracała się do dwóch arbitrów wybranych na miejscu, jednego przez ubezpieczyciela, drugiego przez ubezpieczonego, o rozstrzygnięcie. Należy podkreślić, iż w wielu krajach jak i w polskim porządku prawnym wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczającego w przypadku szkody powstałej w wyniku wojny jest stosowane do dnia dzisiejszego (Haueter, 2013/2017, 8). Praktyka współczesnych ubezpieczycieli w konstruowaniu umowy ubezpieczenia nie wskazuje jednak na praktykowanie klauzul w umowach zawierających zobowiązanie ubezpieczającego do zwrotu wpłaconych przez ubezpieczonego składek w przypadku powstania szkody w tego rodzaju sytuacji.

W 1786 r. paryskie przedsiębiorstwo wodne braci Périer, które znajdowało się w trudnej sytuacji, zostało upoważnione do dywersyfikacji warunków ubezpieczenia i wprowadziło ubezpieczenie od pożarów. Trzy miesiące później szwajcarski przedsiębiorca Étienne Clavière, który później został ministrem finansów Republiki Francuskiej, otworzył towarzystwo ubezpieczeń przeciwpożarowych. Rok później Étienne Clavière uzyskał zgodę króla na utworzenie towarzystwa ubezpieczeń na życie. Państwo zezwoliło na utworzenie dwóch spółek ubezpieczeniowych (jedną przez Compagnie des Eaux, drugą przez Etienne Clavière) przy jednoczesnym objęciu ich działalności ścisłym nadzorem państwowym. (Haueter, 2013/2017, 8).

Rewolucja Francuska kończy pewien etap narodzin francuskiego sektora ubezpieczeń. W sierpniu 1792 r. uchwalono ustawę podatkową o utrzymywaniu udziałów w celu ograniczenia przepływu akcji. Wywołało to efekt ograniczenia atrakcyjności spółek dla inwestorów. W następnym roku kolejny rewolucyjny dekret uznał za nielegalne niektóre podmioty finansowe, w tym ubezpieczycieli na życie i ubezpieczeniowe spółki akcyjne, także te zajmujące się ubezpieczeniem przeciwpożarowym. Ten krok, najwyraźniej mający na celu stłumienie korupcji, nastąpił w czasie gdy zrujnowany i wydatkujący rząd obawiał się finansistów, którzy podejrzewani byli o przenoszenie swoich funduszy poza Francję. Étienne Clavière, pionier ubezpieczeń we Francji, również padł ofiarą Rewolucji – popełnił samobójstwo w więzieniu w 1793 r. gdy do władzy doszła frakcja rewolucjonistów, która

wcześniej w 1792 r. mianowała go na stanowisko ministra finansów. Ubezpieczenie we Francji stało się nielegalne na mocy dekretu Cambon z dnia 24 sierpnia 1793 roku. Warto również podkreślić, iż we Francji ubezpieczenie od szkód, pojawiło się późno i trudno było je odróżnić od pomocy państwa (Haueter, 2013/2017, 8).

Kolejną ofiarą Rewolucji stało się ubezpieczenie przeciwpożarowe. Zakazując działania podmiotom finansowym Konwent chciał walczyć z korupcją oraz uzupełnić finanse państwa. Upadająca monarchia była na skraju bankructwa, którego uniknięto jedynie poprzez zaciąganie nowych pożyczek. Członkowie Konwentu odziedziczyli długi monarchicznego państwa, (Haueter, 2013/2017, 8), a także musieli zmierzyć się z powstałymi konfliktami: wojną domową i wojną zewnętrzną. Wielcy finansisci byli podejrzewani o przekazywanie pieniędzy za granicę, zwłaszcza do Anglii. Już w grudniu 1791 r. Delaunay d'Angers potępił wielki spisek przeciwko kredytowi cesjonariuszy i nienasyconą chciwość akcjonariuszy, którzy go faworyzują. Według niego pomiędzy emigrantami a finansistami, którzy pozostali we Francji, istniało tajne porozumienie (Haueter, 2013/2017, 8). Ekonomiści twierdzą, że istnieją dwa sposoby absorpcji długów państwowych jakimi są wojna i inflacja. Rewolucjoniści francuscy poznali jedno i drugie. Rewolucyjne zgromadzenia propagowały pożyczki państwowe, co zwielokrotniało powstały problem, ponieważ pieniądze, ze względu na bardzo wysoki poziom inflacji, nie miały już żadnej rzeczywistej siły nabywczej.

Wszystkie podmioty ubezpieczeniowe zostały zlikwidowane zgodnie z dekretem z dnia 24 sierpnia 1793 r. Ponadto trzeba wskazać na pewien paradoks historii gdyż w 1787 r. utworzono Królewskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie, a w 1788 r. edykt z 27 lipca nakazał podzielenie Towarzystwa Ubezpieczeń Pożarowych na dwa wydziały: jeden ubezpieczeń od ognia, drugi od ubezpieczeń na życie. Wszystko się zmieniło po dekreście z 1793 roku.

Nawiązując do historii ubezpieczeń we Francji nie sposób nie wspomnieć okresie zawierania transakcji tzw. „*tontin*”, nazwanych tak od ich twórcy Lorenza Tonti, (<https://www.index-assurance.fr>), będących pierwowzorem współczesnej umowy ubezpieczenia na życie¹⁷. W transakcji „*tonti*” czyli subskrybenci nabywali udziały

¹⁷ Za pomocą *tontin* włoski finansista Lorenzo Tonti stworzył w 1652 r. formę umowy ubezpieczenia w trybie pracy zbliżonym do ubezpieczenia na życie. *Tontines* do dziś są zrzeszeniami ludzi utworzonymi na pewien czas i gromadzącymi fundusze. Pod koniec wcześniej określonego okresu stowarzyszenie zostaje rozwiązane, a fundusze są rozdzielane między ludzi. Pierwsze *tontin* królewskie we Francji zostały zatwierdzone pod koniec XVII wieku, a kilka pożyczek zostało uruchomionych w XVIII wieku. W 1770 roku, dekretem Rady Króla Francji (Rada Stanu), królewskie *tontin* zostały przekształcone w renty o stałym oprocentowaniu. W 1787 r. utworzono Królewskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie, a w 1788 r. edykt z 27 lipca nakazał podzielenie Towarzystwa Ubezpieczeń Pożarowych na dwa oddziały: jeden od ognia, drugi ubezpieczenia na życie.

dożywotniej renty opartej na śmiertelności zainteresowanych stron, które były pogrupowane według klasy wiekowej. Odsetki z udziałów były dzielone i wypłacane co roku subskrybentom. Po śmierci strony, udział w rencie powiązanego subskrybenta stawał się zerowy – pozostali abonenci tej grupy wiekowej korzystali wówczas ze zwiększonego udziału w odsetkach. Kiedy umierał ostatni członek grupy, kapitał wracał do państwa.

Francuski Skarb Państwa znajdując się w trudnej sytuacji finansowej, wprowadził pierwsze królewskie „tontin” w 1689r. Subskrypcja w tego rodzaju transakcjach okazała się jednak znacznie niższa niż zakładane w tym zakresie oczekiwania. Cztery inne „tontin” pojawiły się przed ich przekształceniem w renty dożywotnie w 1770 r. (Haueter, 2013/2017, 8). „Tontin” królewskie były przed Rewolucją Francuską w posiadaniu prywatnych przedsiębiorców, jednakże po ich przejęciu przez państwo ostatecznie okazały się nieopłacalne. Bankier Lorenzo de Tonti stał się niestety, z powyższej przyczyny, niesławny we Francji¹⁸. Nawiązując do ubezpieczeń warto również wspomnieć o popularnych w tamtym okresie loteriach, organizowanych przez władzę królewską, którymi pasjonowały się niektóre istotne postacie w tym okresie, takie jak regent Filip Orleański. Loterie organizowane były w oczach opinii publicznej w znacznym stopniu przedmiotem negatywnej krytyki. Ponadto Philippe Orleański doprowadził do postawienia przed sądem szkockiego bankiera John’a Law, uznawanego za twórcę Kompanii Indyjskiej i posiadającego istotną wiedzę w przedmiocie gier hazardowych oraz posiadającego niezwykle dobrą znajomość systemu giełdowego i rynków kontraktów terminowych. John Law próbował wprowadzić we Francji proces finansowy działający zgodnie z logiką powierniczą, która dowiodła swojej wartości w Anglii. Praktyki zastosowane przez niego na terenie Francji, na ogół niezbyt zaznajomionej z technikami ich stosowania, pozwalały początkowo na znaczne dofinansowanie państwowej kasy. Finalnie John Law zamierzał zbudować znaczny kapitał dla Mississippi Company, w której utworzeniu uczestniczył. Niestety projekt został zakończony niepowodzeniem ze względu na nieumiejętność zastosowania technik angielskich na terenie Francji, a sam John Law popadł w długi i został finansowym bankrutem (Bellenger, 2011, 311-312).

W czasie Rewolucji Francuskiej zdelegalizowano działalność krajowych ubezpieczycieli przeciwpożarowych, a Napoleon Bonaparte ten zakaz utrzymał. W czasie Rewolucji Francuskiej na wysoką skalę rozwinęły się pierwowzory obecnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, z których część swoje korzenie miała już w XVIII wieku, (np. Caisse des incendiés de la Marne). W momencie kulminacyjnym w czasie Rewolucji Francuskiej

¹⁸ Ibidem.

działało około 200 firm specjalizujących się w ubezpieczeniach wzajemnych. Powyższa liczba zmniejszała się jednak z powodu bankructw i silnej konkurencji, pozostawiając na obecnie działającym rynku około pięćdziesięciu tego rodzaju przedsiębiorstw do końca XIX wieku (Bellenger, 2011, 311-312).

Historyczne źródła wskazują, iż Napoleon Bonaparte nie przykładał istotnej wagi do sektora ubezpieczeniowego – wskazują na to przepisy Kodeksu cywilnego z 1804 r. (fr. *Code Napoléon, Code civil des Français*), który w bardzo szczątkowym zakresie odnosił się do działalności ubezpieczeniowej (Leveneur, *Code civil, Code de commerce et Code de la consommation, Le Code de commerce 1807-2007*, 2007, 80). W praktyce pierwszeństwo przed ubezpieczeniem miała instytucja państwowej pomocy publicznej – Napoleon pozostał podejrzliwy wobec instytucji finansowych i nie zachęcał ich do działalności. Nie zapobiegło to jednak ponownemu otwarciu funduszy przeciwpożarowych, które stopniowo zamieniały się w towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W 1807 r. francuski Kodeks Handlowy (Klimaszewska, 2011, 63), którego tytuł poświęcony ubezpieczeniom zapożyczono w znacznej mierze z rozporządzenia z 1681 r., nie odtworzył jednak art. 10 tytułu ubezpieczenia z rozporządzenia (Klimaszewska, 2011, 146). Od momentu uchwalenia Kodeksu Handlowego w 1807 r. ubezpieczenie na wypadek śmierci osób nie było już wyraźnie zabronione. Ponadto ubezpieczenie na życie zostało unormowane w art. 6 Kodeksu Cywilnego¹⁹, oraz w art. 334 Kodeksu Handlowego²⁰.

Rewolucja Francuska spowolniła rozwój nowoczesnych ubezpieczeń we Francji. Jednak już w 1816 r. ordonans królewski zezwolił na ubezpieczenie od ognia, a w 1818 r. na ubezpieczenie na życie²¹ zezwoliła Rada Stanu²². Od tego czasu powstało kilku ubezpieczycieli, którzy prosperowali: Union Royale, Assurances Généraux i Phénix²³.

¹⁹ Art. 6 du Code Civil français, (tłum. własne), „*Nie można odstępować w drodze specjalnych konwencji od praw dotyczących porządku publicznego i dobrych obyczajów*”. Artykuł ten obejmuje zmieniające się rzeczywistości w zależności od czasu i zwyczajów. Ubezpieczenie na życie jest jednym z pierwszych przykładów takiej ewolucji dobrych obyczajów i porządku publicznego w rozumieniu francuskiego Kodeksu cywilnego.

²⁰ Art. 334 du Code de Commerce français, w wersji z dnia 1807 r.: „*l'assurance peut avoir pour objet, le corps et quille du vaisseau, vide ou chargé, armé ou non armé, seule ou accompagné ; les agrès et appareils ; les armements ; les victuailles ; les sommes prêtées à la grosse ; les marchandises du chargement, et toutes autres choses ou valeurs estimables à prix d'argent, sujettes aux risques de la navigation.*”, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006069441/1807-09-25, dostępne dnia 12.04.2024.

²¹ Statut Compagnie Française du Phénix autoryzowany rozporządzeniem królewskim z dnia 17 września 1819 r. stanowi, że: „*Za ryzyko odpowiada wyłącznie firma na czas wykupu polisy ubezpieczeniowej*”.

²² C. Bellenger, *Historie de...*, op.cit. s.159, „*La Compagnie Royale d'Assurances fondée le 6 novembre 1786 ne couvre que les risques terrestres. Il leur est d'abord autorisé de s'assurer contre l'incendie le 162, puis à partir de novembre 1787 d'y joindre l'assurance sur la vie et, enfin, dès janvier 1791 de créer deux tontines. Les procédés précédents sont perpétués dans cette compagnie dans laquelle le capital social de base est de huit millions de livres divisés en seize mille actions et dont les porteurs sont « responsables jusqu'à concurrence de leurs mises.*”

²³ Guide des sources sur l'histoire de l'assurance, Tableau synchronique des grandes dates de l'histoire de l'assurance.

Pod koniec XVIII wieku rodzący się francuski kapitalizm finansowy został napiętnowany przez Honoré Gabriel Riqueti de Mirabeau,²⁴ wpływowego polityka Rewolucji Francuskiej oraz Brissot de Warville, francuskiego polityka, prawnika i filozofa, którzy protestowali nie tylko przeciwko hazardowi, ale także przed samą ideą ubezpieczenia, które uznawano w najlepszym wypadku za bezużyteczne a w najgorszym za niebezpieczne i niemoralne. Zdaniem wyżej wymienionych ubezpieczenie mogło prowadzić do istotnych zaniedbań właścicieli mienia, którzy mając pewność otrzymania odszkodowania, mogliby zachęcać innych na przykład do podpalenia swojej fabryki w celu uzyskania odszkodowania²⁵. Ubezpieczenie było uznawane za niemoralne ze względu na to, iż mogło pozwolić ludziom na uwolnienie się spod władzy królewskiej – ich przyszłość nie zależałaby już wyłącznie od dobrej woli króla i jego pomocy w trudnych sytuacjach.

Rewolucja Francuska, jak wcześniej podkreślono, zatrzymała rozwój sektora ubezpieczeń w kraju, który pojawił się późno w porównaniu do innych podobnie rozwiniętych państw. Wpłynęły na to środki podjęte przeciwko ubezpieczycielom działającym na rynku finansowym, które spowodowały spadek poziomu rozwoju ubezpieczeń w czasie Rewolucji. W późniejszym okresie do francuskiego porządku prawnego powróci ubezpieczenie gruntów, a dzięki prawu spółek, ubezpieczyciele pojawiają się ponownie.

1.2.2 Pierwsze podmioty ubezpieczeniowe: między ścisłą kontrolą państwa a prywatnym ryzykiem

Francja pod koniec XVIII wieku znajdowała się w paradoksalnej sytuacji, kraj był na skraju bankructwa, a w obliczu długów spowodowanych licznymi wydatkami wojennymi i nadal zaciągano pożyczki. Z drugiej strony Francja była krajem ludzi bogatych, nadto należy wskazać na rozwój i nowoczesność francuskiej sieci drogowej w omawianym okresie, (Bellenger, 2011, 75). który korzystnie wpływał na rozwój wymiany handlowej. W gospodarce, z pewnym opóźnieniem w stosunku np. do Anglii, pojawiły się fabryki wełny, jedwabiu i bawełny. Rozwój handlu

²⁴ W swojej broszurze przeciwko Caisse d'Escompte Mirabeau oczernił działalność ubezpieczeniową zaplanowaną przez braci Périer.

²⁵ Dyrektorzy Compagnie des Eaux wystąpili przeciwko Mirabeau, którego opisują jako (tłum. własne) „*Isniące pióro w całości dostarczone graczom, o których wiadomo, że są bardzo zainteresowani zanikiem jego efektów*”. Choć reputacja firmy została nadszarpnięta, firma utrzymywała się co najmniej do 1789 r. Nie oznaczało to końca firm ubezpieczeniowych. Utrzymuje się jedna firma, która jest owocem zręcznych gier wpływów politycznych – Royal Fire and Human Life Insurance Company. Taki stan rzeczy powinien zatem przyczynić się do przetrwania sektora ubezpieczeń, pomimo politycznych zwrotów i chronicznych wojennych epizodów, które wywołał także okres Rewolucji Francuskiej.

i przemysłu spowodował zwiększony obieg pieniędzy, a tym samym doprowadził do rozwoju finansów i bankowości. Według Pierre Victor, barona de Besenval, dowódcy gwardii szwajcarskiej we Francji „*Było to niezwykle widzieć, jak król jest gotów zbankrutować w chwili, gdy Francja jest tak kwitnąca, populacja w najbardziej pożądanym stopniu rozwoju, rolnictwo i przemysł osiągnęły szczyt, a Paryż roi się od „pieniądza”*”²⁶.

Giełda w omawianym okresie zaczęła odgrywać coraz bardziej ważną rolę w historii gospodarki Francji. Idea kapitalizmu handlowego dała początek narodzin kapitalizmu finansowego (Calhoun and G. Derluguian, 2011, 57). Giełda papierów wartościowych przeżywała swoisty „boom”²⁷ a jej działalność była prowadzona m.in. na rynku walutowym oraz akcjach nowych spółek. W odniesieniu do sektora ubezpieczeniowego narodziny pierwszych francuskich towarzystw ubezpieczeniowych miały przynieść korzyści państwu.

Poszerzanie lub utrudnianie działalności ubezpieczeniowej było przeważnie wynikiem interwencji publicznej w tym zakresie. Imperium Napoleona zamierzało przywrócić porządek polityczny i gospodarczy – prawo spółek odegrało w tym aspekcie istotną rolę. Pomimo kontekstu bardziej ukierunkowanego na powrót do spokoju politycznego i społecznego, już wtedy pojawiły się głosy wzywające do reorganizacji spółek kapitałowych, która była niezbędna do ponownego wprowadzenia kapitału do sektora przemysłowego i handlowego. Praktyka w tym zakresie była jednak zupełnie inna, a nastroje gospodarcze nie pozwalały na oczywisty rozwój spółek.

Epoka napoleońska to okres kodyfikacji prawnych, a zwłaszcza kodyfikacji cywilnych. Z drugiej strony przesadą byłoby stwierdzenie, że oznaczało to renesans francuskiej gospodarki i ubezpieczeń w tamtym czasie. Tradycyjna mentalność społeczeństwa, będąca kontynuacją Rewolucji Francuskiej, była w omawianym okresie czasu skupiona bardziej na przetrwaniu niż na uzyskiwaniu zysków i wzbogacaniu społeczeństwa.

1.2.3 Renesans ubezpieczeń poprzez działania osób indywidualnych

W związku ze względną stabilnością polityczną za czasów Restauracji we Francji, sektor ubezpieczeń odnotował szybki rozwój zarówno w formie ubezpieczeń wzajemnych, jak i zwykłych zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczenia wzajemne dywersyfikowały swoją

²⁶ Bellenger, 2011, s. 76, „*Il était extraordinaire de voir le roi prêt à faire banqueroute, dans un instant où la France était si florissante, la population au degré le plus désirable, l’agriculture et l’industrie poussées à leur comble, et Paris regorgeant d’argent*”.

²⁷ Giełda Paryska została utworzona decyzją z 24 września 1724 r., próbując przywrócić porządek we francuskiej gospodarce po epoce bankructw.

działalność różnymi rodzajami ryzyka, podczas gdy ubezpieczyciele ryzyka pożaru (ubezpieczenia o stałej składce) pojawili się we Francji dopiero od 1819 r. przy wsparciu sektora bankowego i prywatnych przedsiębiorców. Stopniowo zaczęły pojawiać się we Francji małe prywatne lokalne podmioty oferujące ubezpieczenia wzajemne. W kontekście historycznym powyższy aspekt rozwoju sektora ubezpieczeniowego nawiązuje do pierwszych powiązań pomiędzy ubezpieczycielami morskimi a ubezpieczonymi. Te skojarzenia zapowiadają we Francji przewagę pomocy i solidarności ubezpieczeń nad czysto lukratywnymi i indywidualistycznymi interesami „towarzystw ubezpieczeniowych”.

Pierwsze towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych²⁸ od ryzyka pożaru w Paryżu utworzyli w 1816 r. bankierzy i zamożni obywatele. Paryskie towarzystwo ubezpieczeń przeciwpożarowych odnosiło sukcesy przez cały okres wieku XIX i było jedną z najstarszych spółek, z których wywodzi się obecna grupa ubezpieczeń AXA. Kilka innych regionalnych towarzystw wzajemnych utworzono poza Paryżem, ale nie wszystkie z nich odniosły sukcesy. Spośród 200 towarzystw ubezpieczeń wzajemnych założonych w latach 1816–1883, tylko około 50 nadal istniało w 1892 r., wśród nich warto jest wskazać Mutuelle de Poitiers założoną w 1838 r. (Bellenger, 2011, 318).

Ogólny zakaz funkcjonowania ubezpieczycieli w przeszłości spowodował rozwój instytucjonalnych publicznych funduszy pomocowych na wypadek pożaru. Ważnym aspektem rozwoju sektora ubezpieczeń było wtedy utworzenie zakładów ubezpieczeń wzajemnych. Jeden z pierwszych powstał w 1798 r., podczas drugiej fazy rządów rewolucyjnych. Zobowiązywał on wszystkich swoich członków do przyczynienia się do pokrycia szkody osób, które doznały obrażeń w wyniku pożaru. W 1802 r. Pierre-Bernard Barrau z Tuluzy utworzył towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, które miało zabezpieczać chłopów przed szkodami upraw wywołanymi przez grad. W 1805 r., za czasów Napoleona, Pierre Bernard Barrau założył inne wzajemne towarzystwa ubezpieczeniowe, które miały zabezpieczać chłopów przed śmiertelnością bydła oraz szkód domów miejskich i przedmieść Tuluzy w wyniku pożaru. Pierre-Bernard Barrau nie zebrał wystarczających środków na ryzyko, ani nie stworzył rezerw, aby zrekompensować chłopom straty w tych trudnych czasach²⁹. Borykał się również z problemami przepływów pieniężnych, ze względu na to, że rolnicy nie byli

²⁸ C. Bellenger, *Historie de...*, op.cit. s. 318. Plany tworzenia towarzystw ubezpieczeń wzajemnych istniały przed wprowadzeniem w życie Kodeksu Handlowego. W sierpniu 1798 r. obywatele Lacornée, Cottu-Mollin i Moreau zgodzili się utworzyć towarzystwo wzajemnej pomocy przeciw pożarom: administrację wzajemnych ubezpieczeń między nieruchomościami od pożarów. W jej ramach członkowie mieli wносить wkład proporcjonalny do wartości majątku, który pokrywali.

²⁹ Dzisiaj nazywalibyśmy taką sytuację nieadekwatnością wysokości składki ubezpieczeniowej do ryzyka.

w stanie zapłacić odpowiednich składek ubezpieczeniowych przed okresem zbiorów (Bellenger, 2011, 124). Prawdziwe trudności zaczęły się jednak gdy administracja Napoleona wykazała niewielkie zainteresowanie ubezpieczeniami (Broussy, 2016, 321) i nie udzieliła zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej dla spółek Barrau. Mimo znacznych wysiłków, z przyczyn formalno-administracyjnych nakazano mu zaprzestanie działalności w 1811 r. W czasie Restauracji proponowano, aby Barrau poprowadził nowe towarzystwa na poziomie krajowym. Propozycja nie została jednak zrealizowana, a sława Barrau jako pioniera ubezpieczeń wzajemnych, stopniowo zanikała. Wówczas dyrektorzy istniejących towarzystw ubezpieczeń wzajemnych zdecydowali o przyznaniu mu dożywotniej renty za dotychczasowe zasługi.

Inną istotną postacią, która wpłynęła na rozwój ubezpieczeń we Francji była pochodząca z bliskiego otoczenia Ludwika XVIII Marie Casimir Auguste de Gourcuff (<http://www.fundinguniverse.com>). W odniesieniu do sektora ubezpieczeń wzajemnych we Francji obawiano się wówczas, że ubezpieczani, nie mając wzajemnego interesu w ubezpieczeniu, będą składać fałszywe roszczenia lub nie podejmą też niezbędnych środków ostrożności w celu zapobiegania ewentualnym szkodom. De Gourcuff zarejestrowała w 1819 r. jako spółkę akcyjną *Société Anonyme des Assurances Générales*, która specjalizowała się w ubezpieczeniach od pożarów (Szramkiewicz, 2013, 315). Marie de Gourcuff po powrocie z Anglii wystąpiła o zezwolenie na utworzenie spółki ubezpieczeniowej oferującej ubezpieczenia ze składką stałą. Ostatecznie jej wytrwałość w dążeniu do tego celu została nagrodzona. Zarządzeniem królewskim z 22 kwietnia i 8 maja 1818 r. przyznano jej prawo do założenia *Société Anonyme des Assurances Générales - Towarzystwa Ubezpieczeń Ogólnych* w celu pokrycia ryzyk morskich, w tym ryzyk wojennych ubezpieczonych na czas wojny. *Société d'Assurances Générales contre l'Incendie* z 1819 r. posiadała kapitał zakładowy w wysokości dwóch milionów franków. Ponadto rozporządzenie królewskie z dnia 22 grudnia 1819 r. zatwierdziło utworzenie Powszechnego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie z kapitałem w wysokości trzech milionów franków. W tym samym czasie powstało kilka innych dużych podmiotów ubezpieczeniowych ze składką stałą. Jedynym z nich była *Compagnie Française du Phénix*, której ambicją było zgromadzenie kapitału w wysokości dwudziestu czterech milionów franków na walkę z ryzykiem pożaru na terytorium Francji, a następnie za granicą (Szramkiewicz, 2013, 315). Wpływ Marie Casimir Auguste de Gourcuff na rozwój sektora ubezpieczeniowego we Francji w tym okresie należy zatem uznać za znaczący.

Jako kolejne wybitne postacie, które przyczyniły się do renesansu sektora ubezpieczeniowego we Francji, wymienić należy założycieli Compagnie Française du Phoenix - Jacob Dupan oraz Charles Xavier Thomas (Broussy, 2016, 329).

W kolejnych latach we Francji utworzono kilka innych towarzystw ubezpieczeniowych specjalizujący się w ochronie mienia. W omawianym zakresie wymienić należy przede wszystkim L'Union-Incendie, firmę ubezpieczeniową założoną we Francji w 1828 r. Pierwszym francuskim ubezpieczycielem, odpowiedzialnym za likwidację poważnej szkody ubezpieczeniowej była francuska spółka Royal Company, która zrekompensowała ubezpieczonemu roszczenie o wartości szkody w wysokości 62 500 franków – szkoda ta polegała na zniszczeniu 700 butelek wina w wyniku pożaru magazynu wina w 1820 r. (Broussy, 2016, 330).

W 1829 r. francuscy ubezpieczyciele jako pierwsi na świecie zaoferowali ochronę przed szkodami powstałymi w wyniku zbitcia szyby w witrynach sklepowych. W odniesieniu do kolejnych pionierskich jak owe czasy rozwiązań, społeczeństwu zaoferowano również ubezpieczenie od wypadków transportowych, które zaczęto oferować już w 1830 r. oraz ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, oferowane od 1864 r. Ze względu m.in. na niemożność pokrycia szkód w związku z niedostatecznym kapitałem „mniejszych” spółek w 1882 r. we Francji ostało się tylko 30 firm ubezpieczeniowych oferujących ubezpieczenia ze stałymi składkami w porównaniu do 100 tego typu podmiotów utworzonych od czasu Restauracji. Pierwsza piątka ubezpieczycieli (General Fire Insurance Company, Phoenix, Royal Insurance Company, Union-Fire i Sun-Fire) urosła jednak w siłę. Ze względu na zgromadzenie większego kapitału mogli oni oferować szerszy zakres usług ubezpieczeniowych objętych ryzykiem (Broussy, 2016, 330).

W latach dwudziestych XIX wieku francuscy ubezpieczyciele mienia dokonali pierwszych prób reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego oferowanego dla podmiotów zagranicznych. Pierwsza znana umowa reasekuracji została zawarta w 1821 r., pomiędzy La Royale w Paryżu a właścicielami nieruchomości w Belgii. W omawianym okresie nastąpił również istotny rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego, zwłaszcza w zakresie reasekuracji ryzyka, oferowanego dla podmiotów zagranicznych, planujących wejść na rynek francuski. W 1842 r. Rotchildowie i bankierzy z Kolonii w Niemczech zaoferowali dokapitalizowanie ubezpieczycieli działających na rynku francuskim w zamian za udziały w Cologne Re, pierwszym profesjonalnym reasekuratorze założonym po katastrofalnym pożarze w Hamburgu. (Haueter, 2013/2017, 15). Pożar z 1863 r. w szwajcarskiej miejscowości Glaris,

który swoim zasięgiem objął wszystkie stare dzielnice szwajcarskiego miasta, stał się jednym z głównych powodów utworzenia zakładu reasekuracji Swiss Reinsurance Company (Swiss Re). Niniejszy podmiot powstał przy udziale dwóch szwajcarskich banków – Crédit Suisse i Commercial Bank z Bazylei, a także General Insurance Company Helvetia. Swiss Re szybko pozyskał klientów we Francji, która stała się dla niego głównym rynkiem zagranicznym, na którym oferowano swoje produkty. Swiss Re w 1865 r. otworzył w Paryżu i swoje pierwsze biuro zagraniczne oferujące francuskiemu społeczeństwu możliwość reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego (Haueter, 2013/2017, 15).

W 1914 r. funkcjonowało tylko pięciu francuskich reasekuratorów, z subskrybowanym kapitałem w wysokości 31 milionów franków i opłaconym w wysokości 15 milionów franków. Podczas depresji gospodarczej we Francji, która trwała od 1870 r. do 1890 r., ubezpieczyciele coraz częściej próbowali „sięgnąć” po ryzyko przemysłowe. W wyniku uchwalenia ustawy z dnia 1898 r. o odszkodowaniach za wypadki przemysłowe Francja jako pierwsza na świecie zaoferowała profesjonalne ubezpieczenie od wypadków przy pracy dla poszkodowanych pracowników (Haueter, 2013/2017, 15). Paryscy przedstawiciele banków jako pierwsi wpadli na pomysł ubezpieczenia kredytu. Od tego czasu pojawiło się we Francji wiele spółek, które niestety na przestrzeni 1850 do 1890 r. nie osiągały zbyt dużych sukcesów w tym przedmiocie i dość szybko zbankrutowały. Ubezpieczenie kredytów eksportowych rozszerzyło natomiast oferty dopiero po pierwszej wojnie światowej.

Po okresie pierwszej wojny światowej należało starannie przywrócić ideę ubezpieczenia mienia we Francji. Przed powstaniem ubezpieczeń nieruchomości ubezpieczano mienie za pośrednictwem mieszanych towarzystw ubezpieczeniowych. Towarzystwa ubezpieczeniowe mieszane miały cechy spółek akcyjnych regulowanych przez francuski Kodeks Handlowy (Klimaszewska, 2011, 143), choć faktycznie oferowały produkty ubezpieczeniowe. Teoretycznie natomiast wykazywały, że prowadzona przez nie działalność jest wykonywana w ramach solidarności i pomocy dla innych.

Rozwinięta zasada wzajemności, jako charakterystyczna we Francji dla zakładów wzajemnych, pozwoliła na szybki rozwój podmiotów finansowych zarówno tych z sektora bankowego jak i tych prowadzących działalność w ramach rynku ubezpieczeń. Do 1835 r. we Francji istniało nie mniej niż czterdzieści pięć towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Przy tym można było zaobserwować specyficzną zmianę w charakterze prawnym umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia „łączyła się” z umową o partnerstwo. Ograniczony potencjał kapitałowy podmiotów, choć pozwalał na ożywienie francuskich ubezpieczeń, nie gwarantował ich rozwoju. Należy również wskazać, iż w okresie Restauracji we Francji, pojawiły się

ubezpieczenia ze stałą składką. Początkowo było ich mniej niż towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, nie wpłynęły one jednak na ogólny rozwój ubezpieczeń w tamtym czasie (Bellenger, 2011, 194).

Pomysł „uniwersalnego” ubezpieczenia, dzięki któremu każdy właściciel domu mógłby pokryć koszty szkody w nieruchomości, a nawet ubezpieczyć ryzyka w ramach ubezpieczenia na życie, zaczął zyskiwać stopniowo na popularności. Państwo jako obrońca jednostki, działające co do zasady w imię dobra publicznego, było najlepiej przygotowane do zadbania o ubezpieczenie, m.in. dzięki posiadaniu przez państwo odpowiedniego kapitału. W 1848 r. za czasów II Republiki we Francji pojawił się pierwszy poważny plan przejęcia ubezpieczeń przez państwo (Klimaszewska, 2011, 143). W tym okresie ponownie pojawiały się transakcje typu „tontin”, a ubezpieczenie na życie stało się bardziej popularne niż kiedykolwiek. W 1876 r. najczęściej (w porównaniu do innych produktów około ubezpieczeniowych) zawierano właśnie transakcji „tontin”. W przedmiotowym przedziale czasowym czasie francuskie społeczeństwo uznało, że tymczasowa ochrona „tontin’a” stanowi atrakcyjną, oszczędną inwestycję. W tym samym czasie nasiliła się konkurencja ze strony zagranicznych ubezpieczycieli mających siedzibę we Francji. W 1896 r. w Paryżu utworzono kilka „oddziałów” ubezpieczycieli brytyjskich, amerykańskich, belgijskich i szwajcarskich. W 1914 r. udział zagranicznych ubezpieczycieli na francuskim rynku ubezpieczeń mienia wynosił już 15%. Po ożywieniu gospodarczym we Francji w latach 1907-1913 kapitał wypłacany co roku przez francuskich ubezpieczycieli na życie wzrósł o 35%, pomimo tego, że ryzyko związane z pożarem rosło w tym okresie jeszcze szybciej (<https://www.cambridge.org/>).

1.3 Instytucjonalizacja ubezpieczeń we Francji

Industrializacja i urbanizacja francuskiego społeczeństwa w XIX wieku spowodowały koncentrację ryzyk, które zmusiły ubezpieczycieli do dywersyfikacji portfeli i podziału ryzyka na części. W przedmiotowym okresie we Francji istniało realne zapotrzebowanie na niezależnych reasekuratorów, którzy mogliby w ramach prowadzonej przez siebie działalności przejmować i dzielić ryzyko, jakim objęci byli ubezpieczyciele.

Przejęcie ryzyk ubezpieczeniowych przez reasekuratorów umożliwia zaznajomienie się z informacjami handlowymi konkurencji. Jednym z rozwiązań tego problemu stała się transgraniczna ochrona reasekuracyjna, w znacznym stopniu niwelująca ryzyko, że kapitał podmiotów ubezpieczeniowych opuści krajowe gospodarki. Pierwsze wyspecjalizowane podmioty reasekuracyjne powstały właśnie po to, aby zapobiec ucieczce kapitału z gospodarki

krajowej. Jednocześnie poważne katastrofy, takie jak pożar w Hamburgu i pożar w szwajcarskim mieście Glaris, powodowały zmianę nastrojów społecznych w przedmiocie konieczności rozszerzenia podziału ryzyka na innych graczy niż lokalnych ubezpieczycieli (Haueter, 2013/2017, 15).

Spółeczeństwo francuskie XIX wieku charakteryzowało się szybkimi zmianami. Z jednej strony należy wskazać na istotne w tym okresie rewolucje polityczne. Z drugiej strony, w omawianym przedziale czasowym miała miejsce rewolucja techniczna oraz przemysłowa, która w znacznym stopniu zmieniła zasady funkcjonowania ówczesnego społeczeństwa. Prawo ubezpieczeniowe, przed jego stabilizacją na początku XX wieku, przeżywało w tym czasie własne rewolucje.

Od czasu Rewolucji Francuskiej przez cały XIX wiek uznawano, że „działalność opatrnościowa” jest rolą państwa. W ten sposób obraz państwa opiekuńczego stawał się coraz bardziej wyraźny. Ubezpieczenie świadczy o zdolności do wypełnienia misji opatrnościowej, jest również uprzywilejowane w kontakcie ze światem pracy. W tym kontekście praktyka ubezpieczeniowa była zdominowana przez ogólne warunki polis ubezpieczeniowych, chociaż orzecznictwo i doktryna poprzez interpretacje określały wytyczne naznaczone (w większości) uczciwością. W XIX wieku interwencja państwa w umowę ubezpieczeniową była inwazyjna. Widać to też w sposobie tworzenia i nadzorowania firm ubezpieczeniowych, zwłaszcza ubezpieczeń na życie. Państwo przy spełnianiu funkcji opatrnościowej korzystało z różnych dostępnych instrumentów – takich jak fundusze pomocowe, które były częściowo finansowane właśnie przez państwo a częściowo prywatne. Tym samym państwo pomagało naprawiać szkody powstałe w wyniku wypadków przy pracy ale ten nieefektywny system był szczególnie niedoregulowany, dając dużą swobodę działania prywatnemu ubezpieczeniu szczególnie w sprawie wypadków przy pracy. Rewolucja ubezpieczeniowa zmaterializowała się wraz z pojawieniem się nowej formy umowy ubezpieczeniowej – umowy ubezpieczenia publicznego.

Rewolucja 1848 roku uczyniła plany nacjonalizacji ubezpieczeń bardziej konkretnymi ale nie zostały one jednak wdrożone. Od momentu powstania II Republiki kilkakrotnie domagano się nacjonalizacji ubezpieczeń. W 1894 r. złożono również propozycję obowiązkowego i monopolistycznego ubezpieczenia, ale tylko na wypadek pożaru. Zakład państwowy ubezpieczeń monitorowałby funkcjonowanie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych pod kątem obliczania okresowych składek i oceny roszczeń w tym zakresie. Inicjatywa, która została szczególnie źle przyjęta przez Zgromadzenie Narodowe, została jednak odrzucona dwukrotnie (w 1895 r., potem w 1896 r). W konsekwencji projekt porzucono.

1.3.1 Końcowy etap indywidualizacji francuskich ubezpieczeń

Początek XX wieku oraz lata 1909–1913 sprzyjał idei nacjonalizacji ubezpieczeń, co było ściśle związane z silną obecnością ideału radykalno-socjalistycznego w zgromadzeniach ustawodawczych. W przedmiotowym okresie próbowano nacjonalizować ubezpieczenia zarówno w zakresie ogólnym (nacjonalizacja wszystkich ubezpieczeń), jak również w ujęciu dotyczących poszczególnych zagrożeń/ryzyk, np. tylko ubezpieczeń związanych z rolnictwem. Większość z omawianych projektów zawodziła z powodu dwóch głównych przeszkód. Pierwsza dotyczy oczywiście problemu, jakim jest odrzucenie prywatnych ubezpieczycieli jako przeszkoda swobody prowadzenia działalności gospodarczej. Druga dotyczy konieczności pokrycia ogromnego kapitału wydanego na zakup ubezpieczycieli, co znacznie przekraczało możliwości finansowe ówczesnego państwa. Wraz z I wojną światową problemy społeczne jednak zeszyły na dalszy plan.

Pod koniec XIX stulecia i na początku następnego częściowo triumfował spór o ingerencję państwa w stosunkach ubezpieczeniowych. Realizując określone inicjatywy, państwo zainicjowało poważne zmiany w nowym i wciąż niepewnym prawie ubezpieczeń mienia.

Pomiędzy dwiema wojnami światowymi Francja przeżywała załamanie gospodarcze, a ubezpieczyciele walczyli z inflacją, która niszczyła ich aktywa. Frank francuski był w stanie upadku. Wzrost gospodarczy powrócił dopiero po stabilizacji monetarnej, ale na nowo został przerwany przez wpływ krachu na Wall Street w 1929 r. (Bellenger, 2011, 246).

Po wybuchu pierwszej wojny światowej rządy brytyjski i francuski anulowały wszystkie umowy ubezpieczeniowe zawarte z wrogiem. Niemieccy i austriaccy armatorzy stracili ochronę na rynku londyńskim, podobnie jak niemieccy przemysłowcy objęci angielskimi ubezpieczycielami mienia. Pograżony w konflikcie francuski rząd poszedł dalej, zabraniając jesienią 1917 r. wszelkiej działalności handlowej przedsiębiorstw niemieckich i austriackich na swoim terytorium oraz ustanawiając czarną listę z licznymi zagranicznymi ubezpieczycielami i reasekuratorami posiadającymi kapitał z krajów wroga. Z kolei rząd niemiecki w odwecie zabronił jakichkolwiek płatności do Francji. Wobec braku konkurencji niemieckiej wykorzystując sytuację w latach 1916–1921, założono we Francji dziesięć spółek francuskich reasekuratorów. Stopniowo firmy ubezpieczeniowe wykorzystywały do zakresu działalności inne potencjalne ryzyka -wypadki, grad, śmiertelność inwentarza żywego, kradzież, różne zobowiązania cywilne itp.

Po pierwszej wojnie Szwajcarzy, pochodzący z kraju neutralnego, wypełnili pustkę pozostawioną przez niemieckich reasekuratorów, którzy nadal nie mogli działać we Francji i których aktywa skonfiskowano na mocy Traktatu Wersalskiego. Rewolucja rosyjska z listopada 1917 r. jeszcze bardziej skomplikowała sytuację, ponieważ Związek Radziecki i jego bardzo aktywni reasekuratorzy wycofali się prawie całkowicie ze światowego rynku ubezpieczeń. Francuscy ubezpieczyciele, którzy zainwestowali w Rosji lub udzielili pożyczek na tym terenie, również ponieśli straty, ponieważ długi okazały się nieściągalne³⁰. W tym czasie we Francji wzmożił się sektor reasekuracji. W 1926 r. liczył czternaście firm, w porównaniu z pięcioma przed wojną. Inflacja nadal jednak niszczyła międzynarodowy charakter branży ubezpieczeniowej, a gospodarki były zdestabilizowane po przejściach wojennych (Bellenger, 2011, 246).

We Francji trudna sytuacja gospodarcza stwarzała problemy, szczególnie dla ubezpieczycieli na życie, ze względu na trudność w pobieraniu składek i preferencję dla płatności pieniężnych. Szesnaście najstarszych ubezpieczycieli na życie odnotowało gwałtowny spadek aktywów między 1913 a 1921 rokiem, podczas gdy ceny towarów na rynku zostały co najmniej pomnożone przez trzy. Połowa zagranicznych ubezpieczycieli na życie obecnych na rynku przed wojną wycofała się. W 1927 r. żadna z trzech głównych grup ubezpieczeń nie powróciła do poziomu sprzed wojny. Kapitał ubezpieczony wzrósł trzykrotnie, gdy frank francuski stracił cztery piąte swojej wartości. Francja szybko podjęła kroki w celu ustabilizowania inflacji i waluty, która wahała się istotnie od 1919 r. Pod rządami Raymonda Poincaré, frank skutecznie ustabilizował się w 1926 r., a parytet złota został formalnie przywrócony w 1928 r. W 1910 r. pojawiły się pierwsze ubezpieczenia od ryzyka bezrobocia. Z kolei boom w ubezpieczeniach kredytów który nastąpił oznaczał, że Francja wkracza w nowy okres prosperity. Oszczędności stały się korzyścią dla wszystkich graczy w tym sektorze, pojawiały się także jego nowe segmenty. W szczególności powojenna inflacja i gwałtowna industrializacja sprzyjały ubezpieczeniom kredytów, które Francja zaczęła oferować za granicą. Pierwszymi francuskimi ubezpieczycielami kredytów założonymi po pierwszej wojnie byli l'Assurance Française de Crédit w 1923 r., spółka ubezpieczeń wzajemnych mająca na celu zaspokojenie potrzeb przemysłu jedwabniczego w Lyonie, oraz L'Urbaine-Crédit w 1924 r., spółka akcyjna z siedzibą w Paryżu, która była częścią grupy L'Urbaine³¹. W 1929 r.

³¹ Ich konkurentami są Hermes, utworzony w 1917 r. w Niemczech oraz Trade Indemnity, utworzony w 1918 r. w Wielkiej Brytanii. Hermes i Trade Indemnity już w tamtym czasie wymieniały informacje handlowe i reasekuracyjne oraz oferowały eksporterom pokrycie strat handlowych spowodowanych niewypłacalnością importerów.

L'Urbaine, Hermes i Trade Indemnity założyły belgijską Belgian Credit Insurance Company. Rynek zaczął się rozwijać. Francuskie firmy kredytowe, które były pionierami w tym zakresie, uległy jednak kryzysowi gospodarczemu, który miał miejsce od 1929 r.

W 1927 r. ubezpieczyciele i reasekuratorzy pragnący zaoferować ubezpieczenie kredytu zebrali się w Société française d'assurances w celu promowania kredytu później nazwanym Société anonyme de réassurances i Compagnie française de réassurances générale. Pierwsze walne zgromadzenie odbyło się w marcu 1927 r. Następnie utworzono międzynarodowe stowarzyszenie w celu wymiany informacji handlowych i rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację. W tym czasie ma miejsce pierwszy kongres ubezpieczeń kredytu, w 1926 r. wybrano Londyn.

Gdy sektor ubezpieczeń wreszcie zaczął wychodzić z politycznych i gospodarczych konsekwencji I wojny światowej, giełda nowojorska załamała się w 1929 roku i straciła 89% wartości, z rekordowego poziomu 386,10 do niskiego poziomu 40,60 w 1932 r. Dzięki konserwatywnym inwestycjom, francuskim ubezpieczycielom udało się wyjść obronną ręką z kryzysu 1929 r. Liczba zatrudnionych w sektorze ubezpieczeń wzrosła nawet do 70 221 w 1936 r. wobec 51 609 w 1926 r. Wskaźnik odszkodowań / składek nie rósł, choć czasami, jak w 1934 r., korzystne zwroty z inwestycji zamaskowały niski poziom ubezpieczenia. Zanikła konkurencja zagraniczna, podobnie jak niektóre ubezpieczenia w sektorze za granicą. W miarę jak kraje stawały się coraz bardziej protekcjonistyczne, a Hiszpania stała się teatrem wojny domowej, francuskie ubezpieczenia miały już 500 zakładów zagranicznych w 40 krajach w 1938 r. W tym samym okresie na krótko przed II wojną światową we Francji działało 150 zagranicznych zakładów ubezpieczeniowych.

Pod rządami Vichy ustawa z dnia 16 sierpnia 1940 r. poddała wszystkie sektory francuskiej gospodarki, w tym ubezpieczenia, Komitetowi Organizacji Zawodowej, który nadzorował wszystkie francuskie i zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe w „niezajętej” Francji (Comité d'histoire de la Deuxième Guerre mondiale et fonds d'origine privée, 1979). Ustawodawstwo to zostało uchylone we wrześniu 1945 r. W pewnym sensie II wojna światowa w kontekście ubezpieczeń była powtórzeniem pierwszej wojny, ponieważ alianci ponownie umieścili na czarnej liście podmioty, które utrzymywały relacje biznesowe z ubezpieczycielami niemieckimi lub austriackimi lub posiadały ich udziały. W Grecji utworzono 35. małych ubezpieczycieli, aby pomóc dziesięciu istniejącym ubezpieczycielom krajowym w zarządzaniu portfelami 60. ubezpieczycieli francuskich, brytyjskich i północnoamerykańskich.

Efektom wojny jest segmentacja, która przyspiesza rozwój niektórych ubezpieczeń. Ponieważ ubezpieczyciele w różnych krajach nie mogli w pełni działać, inni zajmowali ich

miejsce. Wojna posłużyła również jako katalizator dla nowych działów gospodarki, m.in. lotnictwa, które u zarania konfliktu było postrzegane jako zabawa bogatych pasjonatów i cieszyło się ograniczonym ubezpieczeniem, a po wojnie dało narodziny sektorowi o silnej tradycji wojskowej.

Suma kapitału ubezpieczonego przez francuskie towarzystwa ubezpieczeń na życie wzrastała średnio o 35% w latach 1907–1913 w ujęciu rocznym. W 1939 r. zatrudnienie w ubezpieczeniach na życie wynosiło 90 000 w porównaniu z 42 200 w 1921 r. Francuscy ubezpieczyciele od tego czasu odgrywają kluczową rolę w rozwoju ochrony przed ryzykiem pochodzącym z transportu lotniczego (<http://www.senat.fr>). Tłumiona inflacja wojenna i inflacja powojenna spadła do prawie zera wartości kapitału na koniec umów ubezpieczenia na życie, co w dużej mierze wyjaśniało przedłużającą się nieufność Francuzów do tych ubezpieczeń. Turbulencje wojenne ostatecznie ustąpiły miejsca wzrostowi gospodarczemu nastąpił czas tzw. „trzydziestu chwalebnych lat”. Jednocześnie pojawiło się kilka międzywojennych regulacji sektora ubezpieczeń, który po raz pierwszy podlegał ścisłej regulacji.

Druga wojna światowa całkowicie zmieniła porządek świata, nie tylko politycznie, ale także w zakresie ubezpieczeń. Wojna była jednak katalizatorem nowych technologii, które wiążą się z nowymi zagrożeniami a zatem także nowymi ubezpieczeniami.

1.3.2 Ubezpieczenia po 1945 roku

Wiek XX był dla ubezpieczenia czasem dojrzałości. Firmy ubezpieczeniowe stały się kluczowymi graczami w życiu gospodarczym i finansowym. Postępy w statystyce, pojawienie się technologii informatycznych i reasekuracja umożliwiły ubezpieczycielom podejmowanie coraz poważniejszych ryzyk dotyczących zagrożeń przemysłowych czy naturalnych. Po II wojnie światowej boom gospodarczy i demograficzny ujawnił masowe zagrożenia, takie jak na przykład komunikacja samochodowa. Państwo, bardzo dyskretne w XIX wieku, musiało bardziej zainteresować się sektorem ubezpieczeń. Ochrona ubezpieczających i poszkodowanych pojawiła się w centrum uwagi. Najpierw ustanowiono prawo dotyczące umowy ubezpieczenia, nakładając na ubezpieczycieli pewne obowiązkowe klauzule, a następnie kontrolę finansową zakładów ubezpieczeń w celu zachowania ich stabilności. Wreszcie nałożono we Francji obowiązek ubezpieczenia niektórych rodzajów ryzyka masowego.

Rząd Wolnej Francji po drugiej wojnie światowej postrzegał nacjonalizację jako remedium na odbudowę gospodarki, która jak miano nadzieję, wkrótce doświadczy powojennego boomu (Straus, 2013, 55-79). Częściowo znacjonalizowany przemysł ubezpieczeniowy koncentrował swoją uwagę na byłym imperium kolonialnym, w którym utrzymywano wpływy francuskie. Ruchy niepodległościowe w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku zaczęły jednak zmniejszać francuską dominację i większość ubezpieczycieli wycofywała się do Francji (Straus, 2013, 55-79).

W centrum uwagi znalazł się rynek krajowy, na którym rosła sprzedaż samochodów i powstawały nowe segmenty przemysłu. Rozwój międzynarodowy sektora ubezpieczeń w połowie lat siedemdziesiątych oraz działania EWG, spowodowały rozszerzenie pola działania ubezpieczycieli. Pod koniec lat 80 upaństwowieni ubezpieczyciele zostali sprywatyzowani. Francja zyskała wówczas światową reputację w ubezpieczeniach, stała się trzecim głównym rynkiem w Europie i piątym na świecie.

Na początku 1945 r. produkcja przemysłowa stanowiła zaledwie 40% poziomu sprzed wojny. Narodowa Rada Oporu, zrzeszająca po wojnie odpowiednie ruchy społeczne, opracowała narodowy program odbudowy. Będąc pod silnym wpływem środowisk lewicowych oraz zachęconym obiecującymi zyskami z tego sektora, zaplanowała znacjonalizowanie kilku branż, w tym branży ubezpieczeniowej i opracowała projekt regulacji ubezpieczenia społecznego (<https://www.universalis.fr>). Powojenny rząd tymczasowy, kierowany przez Charlesa de Gaulle'a, rozpoczął realizację kilku fal nacjonalizacji począwszy od 1945 r. W kwietniu 1946 r. 34 ubezpieczycieli, których skumulowana wielkość składek odpowiadała ponad miliardowi starych franków rocznie oraz stanowiła 62% całkowitego portfela ubezpieczeniowego, zostało znacjonalizowanych. Nacjonalizacją objęto 25 głównych grup ubezpieczeniowych, takich jak L'Union, L'Urbaine, La Séquanaise, Compagnie d'assurances générale, L'Aigle, Compagnie du Soleil, Compagnie générale de réassurances, La Nationale, Le Phénix i Mutuelle Générale.

Nacjonalizacja nie dała jednak państwu francuskiemu niekwestionowanej kontroli. Wyżsi urzędnicy przejęli zarządy nowo znacjonalizowanych ubezpieczycieli, a dotychczasowi akcjonariusze otrzymali znaczne odszkodowania. Działalność nadzorowały dwa niezależne organy: Komitet Zakładów Ubezpieczeń który wydawał zezwolenia na działalność towarzystw i Organ ds. Ubezpieczeń i Wzajemnego Nadzoru, który czuwał nad przestrzeganiem odpowiednich przepisów (<https://www.senat.fr>).

Wszystkie zakłady ubezpieczeniowe podlegały ustawie z 1930 r. (La loi du 13 juillet 1930 relative au contrat d'assurance, JORF, 1930). Brak było w omawianym okresie

poważniejszych zakłóceń w świadczeniu usług przez ubezpieczycieli. Znacjonalizowane zakłady zwykle konkurowały z podmiotami prywatnymi, wszystkie miały jednak swobodę ustalania własnych stawek.

Utworzenie krajowego systemu ubezpieczenia społecznego po przejęciu kontroli przez państwo rozporządzeniem z września 1945 r. wzmocniło rolę Ministerstwa Finansów w tym sektorze. Administracja finansowa mogła zacząć sprzeciwić się ogólnym warunkom i taryfom, ustalić wynagrodzenie pośredników i zatwierdzić nowe rodzaje ochrony, a także zmiany w zarządzaniu zawodowym i finansowym zakładu ubezpieczeń. W październiku 1946 r. rząd francuski dokonał przeglądu ustawodawstwa w celu ujednoczenia i sformalizowania systemu ubezpieczenia społecznego, przejął zarządzanie odszkodowaniami pracowniczymi i wykluczył tradycyjnych ubezpieczycieli w tym segmencie. Inne segmenty ubezpieczeń również znajdowały się w trudnej sytuacji. Ubezpieczyciele na życie mieli problem z niestabilnością franka, która dewalutowała polisy i prowadziła do ogólnej utraty zaufania. Aby temu zaradzić, zaproponowano w tamtym okresie transakcje, których ostateczny zysk jest oparty na klauzulach rewaloryzacyjnych związanych z ogólnym rozwojem gospodarczym. Sektor skupiał się również na grupowych ubezpieczeniach na życie, które zaczynały się rozwijać (Haueter, 2013/2017, 47). W 1953 r. Ministerstwo Finansów umieściło na swojej liście 172. bezpośrednich zagranicznych ubezpieczycieli i 362. zagraniczne zakłady oferujące reasekurację. Większość z nich to firmy, którymi zarządzali Brytyjczycy, Belgowie, Szwajcarzy, Holendrzy, Włosi, Marokańczycy i Hindusi.

Powojenny świat podzielił się na dwa silne bloki polityczne. Również trudniej było utrzymać działalność w krajach, w których przed wojną dominowała Francja. Wiele francuskich spółek planowała rozwijać swoją działalność w państwach Unii Francuskiej, gdyż w 1946 roku Unia Francuska zastąpiła dawne imperium kolonialne. Przez pewien czas dochody ze składek rosły tam szybciej niż we Francji metropolitalnej. Na terytoriach zamorskich (z wyłączeniem Algierii) ubezpieczenia majątkowe rozwijały się szybko ze względu na popularne w tym okresie ubezpieczenia pojazdów mechanicznych. Popyt na ubezpieczenia na życie był jednak zbyt niski. We wczesnych latach pięćdziesiątych ruchy niepodległościowe zwielokrotniły się. „Francuskie Indochiny” (obecnie Wietnam, Laos i Kambodża) jako pierwsze uzyskały niepodległość w 1954 roku. Maroko, na terenie którego połowa zarejestrowanych ubezpieczycieli była w rękach francuskich, odzyskało niepodległość w 1956 r. Generał de Gaulle w 1958 r. zastąpił Unię Francuską Wspólnotą Francuską po referendum mającym na celu m.in. uzyskanie poparcia w byłych francuskich koloniach.

Pod koniec lat pięćdziesiątych główne francuskie spółki ubezpieczeniowe miały swoje interesy na terytoriach, które nadal były francuskie lub w nowych niepodległych krajach, ale ich dominacja słabła. Kongo, Wybrzeże Kości Słoniowej i inne państwa afrykańskie uzyskały niepodległość w latach 1960–1961, co oznaczało koniec Wspólnoty Francuskiej. Niepodległość Algierii w 1962 r. zakończyła straszliwą wojnę, większość francuskich osadników w pośpiechu opuściła kraj, zabierając ze sobą aktywa ubezpieczeniowe. Wśród byłych regionów imperium po uzyskaniu niepodległości, wpływy francuskie pozostały silne w Afryce Subsaharyjskiej. Z wyjątkiem Gwinei, Mali i Togo, większość krajów uważała za wskazane ustanowienie nadzoru rynku i zharmonizowanie go za przykładem Francji w celu stworzenia większego rynku ubezpieczeń. W przypadku spółek zarejestrowanych poza Francją w 1966 r. państwa te podpisały porozumienie z Francją i Madagaskarem o założeniu Międzynarodowej Konferencji Kontroli Ubezpieczeń. Sektor francuski nadal zapewniał bowiem reasekurację. Składki rejestrowane w strefie wolnej Sahary podwoiły się w latach 1958–1966, ale łączna wartość składek zarejestrowanych poza Francją zaczęła spadać. W 1966 r. poziom był o 7% poniżej poziomu składek z 1958 r. i wyniósł 420 mln franków (Straus, 2013, 55-79).

Rynek pojazdów mechanicznych napędzał wzrost składek ubezpieczeń ponieważ rodziny często inwestowały w swój pierwszy samochód. Po zdziesiątkowaniu podczas drugiej wojny światowej, francuski rynek samochodów nie wrócił do stanu sprzed konfliktu, czyli dwóch milionów pojazdów, aż do wczesnych lat 50tych (Straus, 2013, 55-79). Od tego czasu sprzedaż samochodów gwałtownie wzrosła. W skali międzynarodowej ilość pojazdów gwałtownie wzrosła w ciągu 30 lat, z 10 milionów pojazdów w 1945 r. do 300 milionów w 1975 r. W 1951 r. rząd utworzył Fundusz Gwarancji Samochodowych, aby wypłacać odszkodowania ofiarom wypadków drogowych, których sprawcy nie byli ubezpieczeni lub których nie zidentyfikowano. W 1958 r. wprowadzono we Francji obowiązkowe ubezpieczenie komunikacyjne. Osoby, które nie były ubezpieczone, mogły zostać skazane na karę pozbawienia wolności od 10 dni do 6 miesięcy i maksymalną grzywnę w wysokości 5 milionów franków. Po raz pierwszy obywatele byli zobowiązani do wykupienia ubezpieczenia. Jednocześnie branża ubezpieczeniowa przechodziła znaczące zmiany.

W 1968 roku główne nacjonalizowane firmy zostały złożone z trzech super asekuratorów: Union des assurances de Paris (Union, Séquanaise i Urbaine), General Insurance of France (General Insurance, Phénix) oraz National Insurance Group (Nationale, Aigle-Soleil i Caisse). Operacja ta wynikała z ogólnego osłabienia ich wyników, których udział w rynku spadł z imponującego 66% w 1946 r. do zaledwie 38% w 1968 r. (Haueter, 2013/2017, 49). Spadek ten tłumaczy się zarówno wysoką rotacją kadry kierowniczej, która składała się ze

starszych urzędników bez doświadczenia rynkowego, a także przez pojawienie się bardziej dynamicznych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, które zaczynały zdobywać coraz większy udział w rynku.

1.3.3 Rozwój towarzystw ubezpieczeń wzajemnych

Pierwsze towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych we Francji zostało utworzone w 1934 r. Było to stowarzyszenie dla osób rozczarowanych tradycyjnymi towarzystwami ubezpieczeniowymi. Oferowało ubezpieczenia komunikacyjne niezależne od dużych grup finansowych i pośredników oraz kierowało się filozofią opartą na wspólnej odpowiedzialności i solidarności pomiędzy członkami, bez korzyści finansowych dla uczestników. Pomysł został podjęty. W latach sześćdziesiątych XX wieku kilka towarzystw ubezpieczeń wzajemnych ubezpieczało już różne grupy społeczno-zawodowe – od pracowników handlu i przemysłu po motocyklistów. Bardziej agresywne towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych działały poza tradycyjnym sektorem i nie były częścią Francuskiej Federacji Towarzystw Ubezpieczeniowych (FFSA), preferując utworzenie własnej Grupy Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych (GEMA) w 1964 r.³².

W obliczu konkurencji ze strony uczestników rynku finansowego, takich jak towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, francuscy ubezpieczyciele komercyjni coraz częściej zwracali się za granicę, aby rozwijać swoją działalność. Wspólny rynek EWG w naturalny sposób zachęcał do operacji transgranicznych. Klienci francuscy robili coraz więcej interesów za granicą, również w zakresie sektora ubezpieczeniowego. W 1969 r. operacje ubezpieczeniowe za granicą przyniosły aż 11% całkowitego dochodu państwa. W 1980 r. stanowiły one 15% inwestycji o łącznej wysokości 231 mln. franków. Wraz ze wzrostem zysków francuskie zakłady coraz intensywniej wprowadzały innowacje, wspólnym wysiłkiem ubezpieczyciele i reasekuratorzy spowodowali, że Paryż został centrum ubezpieczeniowym, zwłaszcza w przypadku ryzyk takich jak aeronautyka, która obejmuje również lotnictwo. We Francji składki ubezpieczeń lotniczych wzrosły ponad dwukrotnie w latach 1975–1978, aż 60% ubezpieczonych w 1978 r. pochodziło z zagranicy (Deesombre, Duverne, de Montchalin, 2017, 51).

Znacionalizowane francuskie zakłady ubezpieczeniowe były w latach osiemdziesiątych XX wieku dość niestabilne. Ich struktura finansowa uniemożliwiała dokonywanie dużych

³² Odpowiednio- La Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), Groupement des sociétés mutuelles d'assurance (GEMA).

inwestycji kapitałowych niezbędnych do utrzymania się na rynku. W związku z tym traciły one udział w rynku w latach 70tych i 80tych. Coraz więcej spółek sięgało poza rynek krajowy, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zyskiwały na znaczeniu, a banki zwiększały kapitał.

W połowie lat 80tych rząd francuski podjął się reformy sektora ubezpieczeń. W dniu 2 lipca 1986 r. uchwalono ustawę prywatyzacyjną (Loi relative aux modalités d'application des privatisations décidées par la loi nr 86-793 du 2 juillet 1986 autorisant le Gouvernement à prendre diverses mesures d'ordre économique et social, JORF, 7.08.1986 z późn. zm.). Sytuacja szybko się zmieniła w bankowości, ale potrzeba było dodatkowych przepisów i czasu, aby wykupić cały system ubezpieczenia z sektora publicznego. Pod koniec lat 80tych francuski sektor ubezpieczeniowy, choć wciąż częściowo publiczny, był trzecim co do wielkości eksporterem ubezpieczeń na świecie. Pomimo trudnych początków rynek francuski był piątym co do wielkości na świecie i trzecim w Europie. W 1987 r. wyprzedził Wielką Brytanię w ubezpieczeniach majątkowych i podążył w rankingach tuż za nią w ubezpieczeniach na życie. Od lat 70tych XX wieku obrót ubezpieczeń rósł szybciej niż produkt krajowy brutto we Francji (Deesombre, Duverne, de Montchalin, 2017, 51). Sektor ten nie tylko dogonił świat, ale zyskał międzynarodową renomę w zakresie określonych rodzajów ryzyka.

Francuski nowoczesny rynek ubezpieczeniowy powstawał między połową lat 80tych, a końcem lat 90tych, podczas fali prywatyzacji ubezpieczycieli publicznych. Grupy ubezpieczeniowe powstałe w trakcie konsolidacji zyskały istotną międzynarodową renomę. Europejscy ubezpieczyciele szukali także nowych rozwijających się rynków. Otwierały się rynki Europy Środkowo-Wschodniej, liberalizowały rynki Europy Zachodniej, a pod koniec wieku XX Wspólnota Europejska przygotowała wspólną walutę.

Francja wydawała się ponosić nieproporcjonalne straty gospodarcze na przełomie XIX i XX wieku. Wydarzenia oddalone o tysiące kilometrów wpływały na jej rynek finansowy. Podobnie jak w innych krajach, francuski „przemysł ubezpieczeniowy” jednak zasadniczo się zmienił. Nie tylko wkraczał do ubezpieczeń ryzyk zagrożenia terrorystycznego, oferując ubezpieczenia z gwarancją rządową, ale również przechodził zmiany sektorowe – banki stały się ubezpieczycielami, a ubezpieczyciele zbliżyli się do zakresu działalności banków.

Ustawa z 19 lipca 1993 r. zapoczątkowała drugą falę prywatyzacji ubezpieczycieli pod rządami Édouard'a Balladur'a, a następnie Alain'a Juppé. Paris Insurance Union (UAP) został sprzedany w kwietniu 1994 r., a General Insurance of France (AGF) w maju 1996 r. National Insurance Group (GAN) została sprywatyzowana w 1997 r., natomiast w 1998 r. National Provident Fund, który w 1992 roku stał się CNP Assurances, wszedł na rynek paryskiej giełdy, pozostając spółką sektora publicznego ze względu na strukturę akcjonariatu.

Powstała także AXA, jedna z nowo sprywatyzowanych spółek ubezpieczeniowych, która potem połączyła się ze spółką ubezpieczeń wzajemnych, tworząc jednego z czołowych światowych ubezpieczycieli. W wyniku przejęcia Compagnie Parisienne de Garantie przez Ancienne Mutuelle w 1978 r. powstała AXA. Następnie doszło do przejęcia grupy Drouot w 1982 r., potem Secours i La Providence w 1986 r. Po wejściu na giełdę w 1985 r. AXA połączyła swoją działalność ubezpieczeniową z działalnością Du Midi w 1988 r., której stery przejęła w 1989 r. W 1991 r. AXA, której celem było wejście na rynek amerykański, nabyła udziały w spółce Equitable Life Assurance Company. Następnie grupa przejęła Boréal Assurances w Kanadzie i Victoire Belgium w 1994 r. w Belgii, dokapitalizowała drugiego co do wielkości australijskiego ubezpieczyciela na życie, National Mutual Life Insurance Company, który otworzył AXA-ie drzwi do Nowej Zelandii i Hongkongu.

Inny poważny uczestnik rynku ubezpieczeń we Francji - UAP prowadził własną ekspansję międzynarodową. W 1985 roku ubezpieczyciel utworzył UAP International, którego rozwój był tak solidny, że w 1989 r. postanowił podwoić swój udział w rynku europejskim do 1995 roku. UAP zawarł kilka umów kupna udziałów w Belgii w latach 1977-1988, zwiększając w ten sposób swój udział w rynku do 17%. W tym okresie spółka posiadała również 20% kapitału Sun Life w Wielkiej Brytanii, którą przejęła w 1995 r. UAP rozwijała się także we Włoszech, Hiszpanii i Portugalii, a jej portfolio obejmowało również niemieckiego ubezpieczyciela Colonia. W 1996 roku, kiedy AXA została spółką giełdową na Wall Street, sprywatyzowane UAP i AXA połączyły się.

1.3.4 Jednolity europejski rynek ubezpieczeń

Od 1 lipca 1994 r. w krajach Unii Europejskiej istniał prawdziwy jednolity rynek ubezpieczeń, a każdy konsument (zob. więcej Jurkowska-Zeidler, 2016, 193-209) miał możliwość skontaktowania się z dowolnym ubezpieczycielem zatwierdzonym w jednym z państw członkowskich. Integracja ubezpieczeń z konstrukcją europejską miała miejsce przez długi czas, ponieważ minęło prawie dwadzieścia lat między pierwszymi europejskimi dyrektywami dotyczącymi przedsiębiorczości (Fisinger, 1989, 251 i nast.). W przypadku ubezpieczeń innych niż na życie, pierwszy etap dotyczył wprowadzenia „swobody przedsiębiorczości”, która umożliwiała zakładowi ubezpieczeń mającemu siedzibę na terytorium państwa członkowskiego otwarcie zakładu (agencji lub oddziału) w innym państwie członkowskim na warunkach równoważnych tym które były oferowane przez państwo przyjmujące, przedsiębiorstwom krajowym. Pierwsze wytyczne zakładowe zostały

opublikowane w dniu 24 lipca 1973 r. W przypadku ubezpieczeń innych niż ubezpieczenie na życie – w dniu 5 marca 1979 r. (<http://www.senat.fr>)

Podobnie jak w sektorze bankowym, należy mówić o trzech zestawach dyrektyw europejskich w dziedzinie ubezpieczeń (<http://www.senat.fr>) Podwójną serię trzech dyrektyw poprzedziła dyrektywa 64/225 CEE z dnia 25 lutego 1964 r. mająca na celu zniesienie, w sprawach reasekuracji i retrocesji, ograniczeń swobody przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (Dyrektywa Rady z dnia 25 lutego 1964 r. w sprawie zniesienia ograniczeń swobody przedsiębiorczości i świadczenia usług w dziedzinie reasekuracji i retrocesji (64/225/EWG) (Dz. U. UE OJ56), 1964, 878-883). Określała ona swobodę działalności podmiotu reasekuracyjnego. Dyrektywa została uzupełniona w grudniu 1976 r. przez dyrektywę następczą ustanawiającą swobodę przedsiębiorczości i świadczenia usług dla pośredników ubezpieczeniowych, brokerów i agentów ogólnych w zakresie reasekuracji (Dyrektywa Rady z dnia 13 grudnia 1976 r. w sprawie środków mających ułatwić skuteczne osiągnięcie swobody przedsiębiorczości oraz swobody świadczenia usług w odniesieniu do działalności agentów i brokerów ubezpieczeniowych (ex grupa ISIC 630) oraz, w szczególności, środków przejściowych dotyczących tych działalności (77/92/EWG) (Dz. U. UE OJ L 26), 1977, 14–19).

W 1973 r. Pierwsza dyrektywa 73/239/EWG w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie zezwoliła na otwarcie filii lub oddziału w kraju Wspólnoty Europejskiej w przypadku zatwierdzenia takiej możliwości z zastosowaniem wymogów przepisów prawa państwa przyjmującego (Pierwsza Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (73/239/EWG) (Dz.U. UE OJ L 228, 1973, 3-19). Przedmiotowa dyrektywa zaczęła być stosowana w prawie francuskim od dnia 31 grudnia 1975 r.

Kolejno należy wspomnieć o drugiej dyrektywie w sprawie ubezpieczeń innych niż na życie z dnia 22 czerwca 1988 r. (Druga Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 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 (88/357/EWG) (Dz. U. UE OJ L 172), 1988, 1–2). Ten akt prawny wprowadził swobodę świadczenia usług „pasywnych”, tj. umożliwiających konsumentowi poszukiwanie ubezpieczyciela poza granicami kraju. Dzięki dyrektywie ubezpieczyciele krajowi uzyskali możliwość pozyskiwania klientów niebędących rezydentami danego państwa.

Trzecia dyrektywa ustanawiała jednolity „paszport ubezpieczeniowy” poprzez odwołanie poprzedniej zasady i przyjęcie zasady pojedynczej zgody przez kraj pochodzenia. Pozwoliło to na wzajemne uznawanie działalności ubezpieczeniowej i kontrolę kraju pochodzenia (Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE OJ L 228), 1992, 1–23). Transpozycja do prawa francuskiego nastąpiła ustawą 94-5 z 4 stycznia 1994 r. (Loi nr 94-5 du 4 janvier 1994 modifiant le code des assurances (partie Législative), en vue notamment de la transposition des directives nr 92-49 et nr 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes, JORF, 1994 z późn. zm.).

Formalne przyjęcie trzeciej dyrektywy ubezpieczeniowej z 1992 r., która weszła w życie 1 lipca 1994 r., oznaczało koniec prac legislacyjnych niezbędnych do utworzenia jednolitego rynku ubezpieczeń.

Pod koniec europejskiego rozwoju regulacyjnego każdy zakład ubezpieczeń miał dostęp - poprzez otwarcie biur lub poprzez swobodę świadczenia usług - do całego rynku europejskiego bez uprzedniego konieczności uzyskania zezwolenia w każdym z poszczególnych państw, pod warunkiem uprzedniego poinformowania o tym właściwego organu krajowego kraju pochodzenia. I odwrotnie, system co do zasady upoważnia każdego ubezpieczającego do złożenia wniosku, w obrębie Europejskiego Obszaru Gospodarczego, do wybranego przez siebie zakładu ubezpieczeń, akceptując, że zobowiązanie podlega przepisom finansowym i jurysdykcji z kraju pochodzenia (Giarni, 1989, 276).

Wszystkie wymienione wyżej dyrektywy wpłynęły najpierw na uproszczenie prawa ubezpieczeń we Francji, by potem znacząco go skomplikować.

Obecnie obowiązujący stan prawny zostanie omówiony w rozdziale drugim poświęconym regulacjom ubezpieczeń we Francji.

1.3.5. Reasekuracja

Francuski rynek reasekuracji (por. szerzej, Beignier, 2011) również przechodził okres konsolidacji. Société commerciale de réassurance (SCOR) od początku swojego istnienia od 1970 r. chciała zostać francuskim reasekuratorem o zasięgu międzynarodowym.

We Francji po II wojnie brakowało reasekuratora na skalę podobną do tej na rynku szwajcarskim, brytyjskim czy niemieckim. Powstanie Krajowej Kasy Reasekuracji (Caisse

Centrale de Réassurance -CCR) w 1946 roku, które było wynikiem częściowej nacjonalizacji sektora, miało zaradzić tej sytuacji (<https://www.ccr.fr>). Uprawnienia tej instytucji były trojaki: po pierwsze, mogła korzystać z przymusowego transferu 4% składek zebranych przez przedsiębiorstwa nieznacjonalizowane, co pozwalało zyskać informacje z pierwszej ręki na temat rozwoju sytuacji na rynku oraz zestawiać statystyki dotyczące składek, odszkodowań i wyników ubezpieczeniowych. Po drugie, CCR był również publicznym reasekuratorem, odpowiadał za rozwój pewnych rodzajów ryzyka gospodarczego i społecznego Francji. Odpowiadał za zarządzanie kilkoma gwarancjami państwowymi. Po trzecie, CCR mógł swobodnie prowadzić działalność reasekuracyjną z ubezpieczycielami francuskimi i zagranicznymi (zob. Peugeot, 1989, 196). CCR rozwinął działalność reasekuracji, która stanowiła 39% jej całkowitego obrotu już w 1967 r. W 1970 r. z inicjatywy władz publicznych utworzono Société commerciale de réassurance (SCOR), a obowiązkowe transfery do CCR, zostały zniesione. Nadal nie było silnego międzynarodowego reasekuratora. Po utworzeniu SCOR przejął on cały portfel komercyjny CCR i Nationale Réassurance, spółki zależnej La Nationale. Mając 77,8% udziałów w SCOR, CCR koncentrował się na zarządzaniu różnymi funduszami gwarancyjnymi, w szczególności na wypadek katastrof rolniczych i zagrożeń jądrowych.

Francuskie grupy ubezpieczeniowe posiadały 5% udziałów na rynku europejskim w 2004 r., z naciskiem na rynki średnich i dużych krajów europejskich. Zmieniła się również struktura rynku, ponieważ bancassurance, którego historia we Francji sięga początku lat 70, stała się rosnącym zagrożeniem dla tradycyjnych ubezpieczycieli na życie. Do 1995 r. produkty ubezpieczenia na życie we Francji korzystały z ulg podatkowych, takich jak maksymalna możliwość odliczenia w wysokości 25% składek, zwolnienie z podatku od zysków kapitałowych po 8 latach oraz zwolnienie z podatku od spadków w niektórych przypadkach. Ubezpieczyciele bankowi wykorzystali te zalety, aby oferować proste i korzystne produkty długoterminowego oszczędzania. Po zniesieniu ulg podatkowych francuskim ubezpieczycielom oferującym bancassurance udało się utrzymać swój udział w rynku w sektorze ubezpieczeń na życie, z 60% w 2001 r. do 64% w 2006 r., a następnie do 54% w 2011 r. W segmencie majątkowym ich udział w rynku w 2011 r. wyniósł 14% (wobec 4% w 1994 roku), głównie dzięki ubezpieczeniom majątkowym (Haueter, 2013/2017, 63).

W ostatnim czasie francuski rynek ubezpieczeń znajduje się pod wpływem dwóch głównych zjawisk: konsolidacji rynku i skutków ostatniego kryzysu finansowego, a obecnie kryzysu pandemii Covid-19. Od końca lat 90tych liczba działających na rynku reasekuratorów francuskich spadła do 30%. Nowa fala konsolidacji rozpoczęła się w drugiej połowie kolejnej

dekady. Niemiecka spółka Allianz wykupiła mniejszościowe udziały w AGF w 2007 r., a kilka lat później przejęła majątek i działalność maklerską prowadzoną przez Gan Eurocourtage.

Ostatni kryzys finansowy z 2008 r. we Francji objawił się później niż w innych gospodarkach europejskich. Chociaż był on we Francji był łagodniejszy, jego skutki nie oszczędzały francuskich banków i ubezpieczycieli. W szczególności dotknęły one podmioty prowadzące bankowość inwestycyjną lub odpowiedzialnych za operacje finansowe w południowych krajach strefy euro. Należy jednak wskazać, iż branża ubezpieczeniowa okazała się znacznie bardziej odporna niż sektor bankowy. W wielu przypadkach ostrożne strategie inwestycyjne i brak ryzyka masowego wycofywania składek, umożliwiły sektorowi skuteczniejsze oparcie się kryzysowi. Nie można powiedzieć tego o bankach, które w odróżnieniu od zakładów ubezpieczeń, były narażone na panikę i masowe wycofywanie kapitału.

Na początku drugiej dekady XXI wieku Francja zajmowała czwarte miejsce wśród dziesięciu głównych krajów pod względem rozwoju sektora ubezpieczeń. Kapitał francuski stanowi 6,5% całkowitego wolumenu składek na życie i ubezpieczenia majątkowe na całym świecie, czyli 211,2 miliarda euro. Tylko Wielka Brytania radzi sobie lepiej, ponieważ zajmuje trzecie miejsce na świecie (7,1% całkowitego wolumenu składki – 233,8 mld euro). W 2010 r. Azja stała się drugim po Europie regionem działalności francuskich ubezpieczycieli i reasekuratorów. Francuska działalność ubezpieczeniowa w Kanadzie, napędzana przez segment ubezpieczeń majątkowych, wzrosła w 2010 r. o 21,7%.

Ubezpieczenie jest dziś integralną częścią naszego życia. Prawie nikt nie buduje już domu bez ubezpieczenia, nie wprowadza na rynek produktu bez ubezpieczenia, nie zasiada za kierownicą pojazdu bez ubezpieczenia OC. Z drugiej strony reasekuracja pozostaje praktycznie nieznaną ogółowi społeczeństwa. Odgrywa jednak niezwykle ważną rolę, nie tylko w przejmowaniu odpowiedzialności za ryzyko, ale także jako motor wzrostu gospodarczego i postępu. Zasada ubezpieczalności implikuje dużą dywersyfikację ryzyka, im szerzej są one rozpowszechniane, tym korzystniej można je ubezpieczać. Od początku reasekuracja miała wymiar międzynarodowy. Dzięki niemu klienci mogli łatwiej lokować ryzyka. Reasekuratorzy byli również reprezentowani w wielu obszarach ubezpieczeń na życie i ubezpieczeniach majątkowych – dlatego oferowali szeroką dywersyfikację specjalistycznym ubezpieczycielom. Dzięki długotrwałym relacjom z klientami, w wielu przypadkach trwających kilka dziesięcioleci, czasem licząc nawet od XIX wieku - reasekuratorzy stworzyli trzeci ważny element techniki ubezpieczenia - teoretyczny rozkład ryzyka w długim okresie.

Prawie wszystkie kategorie ryzyka są pokrywane przez reasekuratorów. Katastrofy naturalne, ryzyka związane ze zwiększoną śmiertelnością, ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenie OC statku powietrznego itd. Ubezpieczyciele bezpośredni przenoszą te ryzyka na reasekuratorów. Pozwala im to wiązać mniejsze ilości kapitału podwyższonego ryzyka, a co za tym idzie, podejmować więcej transakcji. Składki zapłacone z tytułu reasekuracji są następnie inwestowane na rynkach finansowych.

Ubezpieczyciele i reasekuratorzy odgrywają ważną rolę we wspieraniu gospodarki. Reasekuracja bardziej niż jakakolwiek inna działalność finansowa skłania do refleksji nad pojęciem ryzyka i naturą ryzyka. Sektor reasekuracji dysponuje wiedzą gromadzoną przez stulecia, która jest obecnie wykorzystywana w metodach statystycznych i nowoczesnych modelach, aby lepiej zrozumieć zagrożenia XXI wieku (Haueter, 2013/2017, 45).

Spółeczeństwa odnoszą z tego powodu bezpośrednie korzyści. Reasekuratorzy biorą aktywny udział w publicznej debacie na temat ryzyk, ponieważ reasekuracja stała się istotną częścią wszystkich głównych problemów naszych czasów, niezależnie od tego, czy są to zagrożenia naturalne, czy epidemie, pokrycie finansowania dużych projektów i produktów konsumenckich, czy po prostu nasze codzienne bezpieczeństwo.

1.3.6. Nowoczesny rynek ubezpieczeń

W ciągu ostatnich trzydziestu lat wszystkie straty gospodarcze spowodowane przez klęski żywiołowe rosły szybciej niż światowe bogactwo. (Goussebaile, 2016, 2). Rozwój ten tłumaczy wzrost liczby ludności w regionach narażonych na klęski żywiołowe, a także słabość działań prewencyjnych realizowanych w tych regionach. Zmiana klimatu sugeruje przyspieszenie tych zmian, m.in. zwiększając ryzyko burz, powodzi i susz. Ponadto, katastrofy, straty naturalne są słabo ubezpieczone. Należy wskazać, iż tylko około jednej trzeciej potencjalnych strat na całym świecie jest teraz objęte ubezpieczeniem.

W obliczu 13,4 miliona wypadków codziennego życia rocznie, francuskie ubezpieczenie po raz kolejny dowiodło swojej zdolności do zabezpieczenia teraźniejszości. W 2017 r. obroty francuskich ubezpieczycieli wzrosły o + 1,4% do 211,6 mld euro. Wzrost ten był wspierany przez ubezpieczenia majątkowe i OC, które wzrosły o + 2,3%. Ubezpieczenia osobowe wzrosły natomiast o + 1,1%. Świadczenia wyniosły łącznie 182,5 mld euro, co oznacza wzrost o 6% w stosunku do 2017 r. Wzrost ten wynika głównie ze świadczeń wypłacanych w ramach ubezpieczeń na życie oraz kapitalizacji, która wzrosła o + 8%. Rok

2017 we Francji w odniesieniu do sektora ubezpieczeniowego naznaczony był silną epidemią grypy, która zwiększyła śmiertelność a dodatkowo bardzo dynamicznym rozwojem rynku nieruchomości oraz dużym poziomem niepewności wyborczej, która wpłynęła na stosunek Francuzów do oszczędności. Francuskie zakłady ubezpieczeń wzmocniły swoją wypłacalność, głównie poprzez zwiększenie kapitałów własnych. Tym samym średni ważony współczynnik wypłacalności spadł z 188% do 208% w ubezpieczeniach na życie oraz z 270% do 276% w ubezpieczeniach majątkowych, zgodnie z najlepszymi standardami europejskimi. Średni ważony współczynnik wypłacalności oznacza poziom kapitału wymagany dla rocznego prawdopodobieństwa, że ubezpieczyciel nie wywiąże się z roszczeń swoich klientów. W 2017 r. we Francji był on praktycznie na poziomie zerowym.

W ramach Komisji ds. Analiz Ryzyka FFA r. zidentyfikowano pojawiające się rysy, które mogą mieć znaczący wpływ na sektor ubezpieczeniowy i reasekurację we Francji. Zidentyfikowane zagrożenia dzielą się na sześć kategorii: ekonomiczne, środowiskowe, polityczne, społeczne, technologiczne i regulacyjne. Sklasyfikowano je ze względu na prawdopodobieństwo ich wystąpienia oraz potencjalny wpływ w krótkim i średnim okresie (1 i 5 lat). Do pewnego momentu ryzyko cybernetyczne oraz ryzyko pandemii ze względu na skalę potencjalnych konsekwencji gospodarczych i geopolitycznych, wydawało się być głównym pojawiającym się ryzykiem dla ubezpieczycieli i reasekuratorów. Wśród innych zagrożeń, które mogły wpłynąć na działalność ubezpieczeniową w perspektywie krótkoterminowej, przedstawiciele zawodu zidentyfikowali również niepewności związane z systemem finansowym, wynikające z nadwyżki płynności, która napędza bańki spekulacyjne; zmiana klimatu, klęski żywiołowe; wpływ lawiny regulacyjnej na przedsiębiorstwa oraz zakłócenia generowane przez nowe technologie, takie jak rozwój sieci blockchain czy sztuczna inteligencja. Powyższe świadczy o chęci ubezpieczycieli i reasekuratorów do ciągłego przewidywania i zarządzania ryzykiem. Sektor ubezpieczeniowy, reaguje na zmiany i jest zdolny do innowacji, wspiera ewolucję swojego otoczenia, oferując produkty zgodne z oczekiwaniami. Dzięki 220 000 miejsc pracy i szerokiemu zakresowi usług we wszystkich regionach Francji, ubezpieczenie jest ważne dla wszystkich Francuzów.

Rynek ubezpieczeń towarzyszy rewolucji cyfrowej. Sektor ubezpieczeniowy kontynuował cyfrową transformację wszystkich swoich komponentów w ramach Komisji ds. Analiz Ryzyka FFA wspierał zmiany w sektorze poprzez inicjatywy rynkowe kierowane w szczególności przez Komisję Cyfrową. W 2019 r. czternastu ubezpieczycieli zrzeszonych w grupie roboczej ds. blockchain Komisji Cyfrowej FFA eksperymentowało z zastosowaniem

tej technologii do wymiany bezpiecznych danych. Ukończony w ciągu czterech miesięcy test, wykazał znaczenie wykorzystania łańcucha bloków na giełdach B2B. Prototyp platformy blockchain umożliwił zbadanie kilku powiązanych kwestii, takich jak zarządzanie blockchain, aspekty prawne, identyfikacja przypadków użycia dla sektora itp. Podczas testu technologia blockchain wykazała bardzo dobry poziom bezpieczeństwa w wymianie danych między ubezpieczycielami. Okazało się, że dobrze nadaje się do B2B, jest w stanie obniżyć koszty przetwarzania i umożliwiać różnorodne dodatkowe zastosowania. Członkowie Komisji ds. Cyfrowych FFA kontynuują te prace we współpracy z Komisją ds. Ubezpieczeń Osobistych i Komisją ds. Ubezpieczeń od szkód i odpowiedzialności, mając na celu zbadanie wdrożenia lokalnego łańcucha bloków na potrzeby sektora ubezpieczeniowego.

W dziedzinie sztucznej inteligencji poczyniono znaczne postępy, szczególnie w zakresie zdolności przetwarzania danych na masową skalę: rozpoznawanie obrazów, głosu, emocji, umiejętność czytania z ruchu warg, śledzenie ruchów kierowcy, twarzy łącznie z oczami, identyfikacja zdarzenia, które wydarzy się na drodze za kilka sekund itp. Ubezpieczyciele mają duży potencjał, aby zintegrować tę technologię z podróжами klientów w celu zaoferowania nowych usług. Zawód ubezpieczyciela wymaga przetwarzania bardzo dużej ilości danych, badania wielu szkód oraz analizy tysięcy powtarzających się transakcji. Te cechy sprawiają, że ubezpieczenia są sektorem idealnie dostosowanym do uczenia maszynowego i technik uczenia głębokiego. Docelowo sztuczna inteligencja będzie miała wpływ na wszystkie segmenty łańcucha wartości ubezpieczeń: aktuariat, zarządzanie relacjami z klientami i odszkodowania, ocena ryzyka, walka z oszustwami itp. FFA uczynił temat sztucznej inteligencji priorytetowym obszarem prac. Członkowie Komisji Cyfrowej zajmują się również kwestiami etycznymi związanymi z algorytmami.

1.4 Podsumowanie

Wysokie miejsce w rankingach światowych a jednocześnie długa i bogata historia ubezpieczeń we Francji obliguje do opisanie genezy i głównych cech charakterystycznych ubezpieczeń, nie zapominając o poszukiwaniach przyczyn tego stanu rzeczy. Z rozdziału wyłania się obraz dość nieoczekiwanych zjawisk gospodarczych, politycznych i społecznych. Nie brak także wielu planów niezrealizowanych regulacji, po czym widać falę reform, podobnie jak z okresami nacjonalizacji i prywatyzacji ubezpieczeń – od pomocy państwowej do prywatyzacji, a także do instytucjonalizacji ubezpieczeń. Znamienny jest także wpływ na ubezpieczenia ekspansji zagranicznej, wojny czy kryzysów – napędzających lub

spowalniającego rozwój ubezpieczeń, a także postaci indywidualne, które miały znaczenie w przeszłości w rozwoju praktyki i teorii ubezpieczeń. Niniejszy rozdział wskazał rys historyczny ubezpieczeń we Francji, natomiast podstawy prawne ubezpieczeń i ich nadzór zostaną omówione w rozdziałach następnych. W rozdziale pierwszym pokazano głównie etapy rozwoju regulacyjnego rynku, który był inspirowany działaniami europejskimi ale także specyfikę ubezpieczeń we Francji w ujęciu historycznym.

Rozdział 2. Ramy prawne regulacji działalności ubezpieczeniowej we Francji

2.1 Zagadnienia ogólne

Na koniec 2005 roku na rynku francuskim działało 486 zakładów ubezpieczeń, w tym 92. zakłady ubezpieczeń na życie, 45 zakładów mieszanych, 349 zakładów ubezpieczeń majątkowych. W wyniku fuzji i przegrupowań, które miały miejsce w ostatnich latach, liczba podmiotów działających bezpośrednio na rynku francuskim nieznacznie spadła (w 1988 na rynku francuskim działało 565 firm ubezpieczeniowych) (<https://www.universalis.fr>), oferta ubezpieczeniowa jest nadal znacząca ze względu na pojawienie się nowych graczy, spółek zależnych banków i firm specjalizujących się w sprzedaży bezpośredniej przez telefon, ale także poprzez obecność zagranicznych ubezpieczycieli działających w ramach swobody świadczenia usług na terenie Unii Europejskiej³³ (w porównaniu do końca lat 90. ich liczba praktycznie się podwoiła).

Od 1 lipca 1994 r. istnieje prawdziwy jednolity rynek ubezpieczeń w krajach Unii Europejskiej (zob. więcej Jurkowska-Zeidler, 2016), a każdy konsument ma możliwość skontaktowania się z dowolnym ubezpieczycielem zatwierdzonym w jednym z państw członkowskich. Integracja ubezpieczeń z konstrukcją europejską miała miejsce przez długi czas, ponieważ minęło prawie dwadzieścia lat między pierwszymi dyrektywami odnoszącymi się do prawa przedsiębiorczości (1973 r. odszkodowania – 1979 r. życie) a tymi, które naprawdę ustanowiły jednolity rynek w ubezpieczeniach (<https://www.senat.fr>).

³³ Art. 204 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1130 z późn. zm.) – 1. *Zagraniczny zakład ubezpieczeń z innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli uzyskał odpowiednie zezwolenie na wykonywanie tej działalności w państwie, w którym ma swoją siedzibę.* 2. *Zagraniczny zakład reasekuracji z innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność reasekuracyjną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli uzyskał odpowiednie zezwolenie na wykonywanie tej działalności w państwie, w którym ma swoją siedzibę.*

W przypadku ubezpieczeń majątkowych pierwszy etap dotyczył wprowadzenia swobody przedsiębiorczości, która umożliwiała zakładowi ubezpieczeń z siedzibą na terytorium państwa członkowskiego otwarcie oddziału (agencji lub oddziału) w innym państwie członkowskim na warunkach równoważnych przedsiębiorstwom krajowym oferowanym przez państwo przyjmujące. Pierwsze wytyczne założenia zostały opublikowane 24 lipca 1973 roku dla ubezpieczeń majątkowych (Pierwsza Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 228), 1973, 3), a 5 marca 1979 roku dla ubezpieczeń na życie (Pierwsza dyrektywa Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych, odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w zakresie bezpośrednich ubezpieczeń na życie (Dz. U. UE L 63), 1979, 1). Obecnie zakłady ubezpieczeń mogą funkcjonować na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej na podstawie swobody przedsiębiorczości. (Pierwsza dyrektywa Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych, odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w zakresie bezpośrednich ubezpieczeń na życie (Dz. U. UE L 63), 1979, 1).

Operacje ubezpieczeniowe są we Francji regulowane przez następujące kodeksy - Kodeks Ubezpieczeń (<https://www.legifrance.gouv.fr>), Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych (Pierwsza dyrektywa Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych, odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w zakresie bezpośrednich ubezpieczeń na życie (Dz. U. UE L 63), 1979, 1). Kodeks Ubezpieczenia Społecznego (Kodeks ubezpieczenia Społecznego - *Code de la sécurité sociale*, Décret n° 85-1353, 17.12 1985, JORF, 1985, Rect. JO 1986), Kodeks Monetarny i Finansowy (Kodeks Monetarny i Finansowy- *Code monétaire et financier*, JORF 1223 , 14.12.2000 relative à la partie Législative du code monétaire et financier, Décret nr 2005-1006 , 2.08.2005 relatif aux dispositions de la partie réglementaire du code monétaire et financier), a także Kodeks Konsumentki. Z tych kilku podstawowych aktów prawnych dla potrzeb niniejszej pracy zostaną omówione szczegółowo kodeksy, które mają największy dorobek w zakresie prawa ubezpieczeń.

Kodeks Ubezpieczeń zgromadził i sklasyfikował w jednym akcie wszystkie teksty przepisów dotyczących ubezpieczeń, które powstały i pozostały w mocy przez wiele lat. Został

wprowadzony dekretem z 16 lipca 1976 r.³⁴. Zgromadzenie przepisów jednym akcie prawnym ułatwiało zapoznanie się ze wszystkimi przepisami dotyczącymi ubezpieczeń, bez konieczności, co do zasady, analizowania innych przepisów.

Źródła prawa ubezpieczeń są podzielone między te wyrosłe z prawa francuskiego i te, z prawa Unii Europejskiej. We francuskim Kodeksie Cywilnym zachowano w umowach szczególnych odniesienie do umowy losowej oraz do powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Umowa ubezpieczenia jako umowa szczególna prawa prywatnego, spowodowała rozwój nowej regulacji, jaką się stało prawo ubezpieczeń. To szczególne prawo pojawiło się ustawą z 13 lipca 1930 r., o ochronie ubezpieczonych. Kiedy francuski ustawodawca po raz pierwszy zainteresował się umową ubezpieczenia, miał z jednej strony sankcjonować nadużycia powstające w wyniku jej stosowania, z drugiej sprawować kontrolę nad działalnością ubezpieczeniową. Francuski stosunek do ubezpieczeń naznaczony jest obawą, że umowa ubezpieczeniowa jest niebezpieczna, zatem trzeba okiełznać zachowania stron, a przede wszystkim przestrzegać i chronić ubezpieczonego. We francuskim piśmiennictwie o ubezpieczeniach pojawiła się obawa przed tym, czego prawodawstwo i państwo nie opanuje. Francja w 1930 r. stworzyła przepisy dotyczące prawa ubezpieczeniowego, które miały zastąpić umowę przystąpienia (adhezyjną) inną tego typu umową. Przez to państwo francuskie chciało kontrolować rynek ubezpieczeń na wszystkich poziomach. Państwo nie akceptowało tego, że ubezpieczenia były w rękach spółek prywatnych i chciało sprawować kontrolę nad tym rynkiem. Od początku XX wieku Francja poddała, z tego powodu, rynek ubezpieczeń, rzeczywistej kontroli administracyjnej.

2.2. Źródła prawa ubezpieczeń we Francji

Kodeks Ubezpieczeń z 1976 r. jest pierwszym kodeksem ubezpieczeniowym z podziałem na część ustawową i wykonawczą. Prawo ubezpieczeniowe stało się laboratorium prawa ochronnego dla ubezpieczonych, a nawet wyprzedziło w tym zakresie prawo konsumenckie, ponieważ było pierwszym prawem stawiającym na ochronę słabszej strony umowy. Stworzono zatem swoistą technikę, która będzie stosowana także we współczesnym

³⁴ System prawny we Francji obejmuje w materii wykonawczej dekrety, tj. akty prawne wydane przez rząd, bez konsultacji z parlamentem, podpisane albo przez Prezydenta albo przez Prezesa Rady Ministrów (dekrety znane jako „dekrety Rady Stanu” mogą być wydawane wyłącznie po konsultacji z Radą Stanu) oraz arrete – rozporządzenia wykonawcze, tj. ogólne lub indywidualne decyzje administracyjne (specyficzne dla działalności lub obszaru geograficznego), które mogą być wydawane przez ministrów (rozporządzenia ministerialne lub międzyresortowe), prefeków albo merów.

prawie, w szczególności w prawie konsumenckim, w szczególności w pojęciu nadużycia (*fr. fraude*) czy prawa do informacji (*fr. droit à l'information*).

Od 1985 r. od ustawy Badinter'a o wypadkach drogowych, zastosowano w ubezpieczeniu składnik obowiązkowy, który musi składać się na odszkodowanie dla poszkodowanego (<https://aurelienbamde.com>). Od 1985 roku nie podjęto we Francji próby stworzenia oferty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W tym samym czasie pod wpływem regulacji europejskich powstała nowa regulacja o odpowiedzialności za produkt niebezpieczny³⁵.

Jeśli chodzi na przykład o ubezpieczenie budowlane, jest ono we Francji relatywnie drogie i szczegółowe. Zawiera nawet kwoty, w odniesieniu do których ubezpieczyciele nie będą mogli stosować regresu. Jeśli zagraniczny ubezpieczyciel wchodzi na francuski rynek ubezpieczeń, należy sprawdzić, czy zapewnia podobne warunki, ponieważ większość francuskich ubezpieczycieli dołączyła do standardowych ubezpieczeń w przeciwieństwie do zagranicznych zakładów ubezpieczeniowych. Można wymienić wiele innych elementów specyficznych w ubezpieczeniach, zanim przejdzie się do ich kwintesencji. Istnieje wiele różnych zastosowań ubezpieczeń, wiele niepisanych reguł, nawet w odniesieniu do ich dystrybucji, czy praktyk biznesowych poszczególnych zakładów. Są one często potwierdzane przez orzecznictwo czy przez organizacje zawodowe. We francuskim Sądzie Kasacyjnym działa izba specjalizująca się w sprawach odpowiedzialności cywilnej, ale także w ubezpieczeniach, zajmująca się także ryzykiem i ubezpieczeniem społecznym. Z powodu tego drugiego zakresu (ubezpieczenia społeczne) jest to izba, która wydaje najwięcej orzeczeń w Sądzie Kasacyjnym we Francji.

2.2.1 Zakres i struktura Kodeksu Ubezpieczeń

Francuski Kodeks Ubezpieczeń zawiera wszystkie regulacje, które regulują towarzystwa ubezpieczeniowe oraz relacje pomiędzy ubezpieczycielami a posiadaczami polis ubezpieczeniowych. To właśnie ustawa z dnia 13 lipca 1930 r. o ubezpieczeniu lądowych pojazdów mechanicznych (*fr. loi du 13 juillet 1930 relative au contrat d'assurance*) (JORF, 1930). stanowiła pierwszy krok regulacji materii ubezpieczeń, co stanowiło zapowiedź

³⁵ Ustawa powstawała jako implementacja Dyrektywy Rady z dnia 25 lipca 1985 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących odpowiedzialności za produkty wadliwe (Dz. U. UE, L 210 z 07.08.1985, s. 29–33). Nowelizacja przepisów w tym zakresie wszła w życie we Francji rozporządzeniem nr 2016-131, 10.02. 2016 - art. 2.

przyszłej materii Kodeksu Ubezpieczeniowego. Kodeks został wprowadzony dekretem nr 76-667 z dnia 16 lipca 1976 r. w artykułach: L 111-1, R 111-1s i A 111-1 (Décret nr 76-667 du 16 juillet 1976 relatif à la codification des textes législatifs concernant les assurances, JORF, 1976.)

Prawo ubezpieczeniowe jest powiązane z innymi kodeksami- Kodeksem Cywilnym, Kodeksem Konsumenckim, Kodeksem Ubezpieczeń Wzajemnych oraz Kodeksem Postępowania Karnego. Kodeks Ubezpieczeń został wprowadzony w życie dekrétami i rozporządzeniami z 16 lipca 1976 r., Akty prawne, które zebrał Kodeks Ubezpieczeniowy są następujące:

- Ustawa z 13 lipca 1930 r. o ubezpieczeniu lądowych pojazdów mechanicznych,³⁶
- Dekrety z 14 czerwca i 30 grudnia 1938r.³⁷,
- Rozporządzenia z 19 października 1945 r. i 30 października 1946 r. (Ordonnance nr 45/2454, 19.10.1945 Régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles et Ordonnance nr 45/2454, 19.10.1945, JORF, 20.10.1945 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 25 kwietnia 1946 r.³⁸,
- Ustawa z dnia 8 listopada 1955 r.³⁹,

Jeśli chodzi o strukturę Kodeksu Ubezpieczeniowego, składa się on z części i aneksów:

W części pierwszej znajdują się ustawy (z literą L), w drugiej - akty wykonawcze - dekrety i rozporządzenia (z literą R i A na początku numeracji).

Kodeks Ubezpieczeń podzielony jest na księgi, które odnoszą się do następujących zakresów przedmiotowych i podmiotowych: umowa ubezpieczenia, ubezpieczenie obowiązkowe, spółki ubezpieczeniowe, organizacja i specjalne systemy ubezpieczeń, agenci generalni, brokerzy i inni pośrednicy. Kodeks Ubezpieczeń stanowi, że zakład ubezpieczeń, aby móc działać, musi uzyskać zgodę administracyjną (wydaną przez Commission des sociétés

³⁶ Jak wcześniej wspomniano była to pierwsza ustawa o ubezpieczeniach, bardzo ważna w historii relacji ubezpieczających z ubezpieczycielami.

³⁷ Décret du 30 décembre 1938 portant règlement d'administration publique pour la constitution des sociétés d'assurances et de capitalisation, des tontines et des syndicats de garantie et pour le fonctionnement et le contrôle de ces organismes et Décret-loi du 14 juin 1938 unifiant le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurances de toute nature et de capitalisation et tendant à l'organisation de l'industrie des assurances. Dekrety te wzmocniły ochronę ubezpieczonych i osób trzecich.

³⁸ Loi nr 46-835, 25.04.1946 relative à la nationalisation de certaines sociétés d'assurances et à l'industrie des assurances en France, JORF, 30.04.1946 z późn.zm. Ustawa ta znacjonalizowała najważniejsze towarzystwa ubezpieczeniowe.

³⁹ Loi nr 55-1442, 8.11.1955 relative à la procédure de codification des textes législatifs concernant l'industrie des assurances, JORF, 9.11.1955 z późn.zm. Ustawa ta stworzyła kodyfikację różnych przepisów regulujących ubezpieczenia.

d'assurances, Komisję Zakładów Ubezpieczeniowych). Istnieje 25 różnych przedmiotów ubezpieczeń wymienionych w Kodeksie Ubezpieczeń (numer 19 nie jest obecnie przypisany do żadnego przedmiotu). Są to enumeratywnie:

- 1) ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków,
- 2) ubezpieczenia chorobowe,
- 3) ubezpieczenia pojazdów lądowych
- 4) ubezpieczenia pojazdów szynowych,
- 5) ubezpieczenia statków powietrznych,
- 6) ubezpieczenia pojazdów morskich, jeziornych i rzecznych,
- 7) ubezpieczenia transportu towarów,
- 8) ubezpieczenia od ognia i żywiołów,
- 9) inne szkody materialne (różne ryzyka),
- 10) odpowiedzialność cywilna za samobieżne pojazdy lądowe,
- 11) odpowiedzialność cywilna za pojazdy lotnicze,
- 12) odpowiedzialność cywilna za pojazdy morskie, jeziorne i rzeczne,
- 13) ogólna odpowiedzialność cywilna,
- 14) ubezpieczenia kredytów,
- 15) zabezpieczenia i poręczenia,
- 16) ubezpieczenia strat pieniężnych,
- 17) ubezpieczenia ochrony prawnej,
- 18) assistance,
- 20) ubezpieczenia na życie i na wypadek śmierci,
- 21) ubezpieczenia urodzeń,
- 22) ubezpieczenia powiązane z funduszami inwestycyjnymi,
- 23) tontines,
- 24) ubezpieczenia dokapitalizowania,
- 25) ubezpieczenia funduszy zbiorowych,
- 26) transakcja zbiorowe, określone w sekcji I rozdziału 1 tytułu IV księgi IV kodeksu ubezpieczeniowego.

Jak wskazano powyższej struktura Kodeksu Ubezpieczeń umożliwia odnalezienie przepisów odnoszących się do skonkretyzowanych typów ubezpieczeń. Wydaje się, że uregulowanie najważniejszych umów ubezpieczeniowych aktów prawnych było skutecznym zabiegiem,

który jednak nie został wprowadzony do innych systemów prawnych w tym do polskiego porządku prawnego⁴⁰.

2.2.2 Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych

Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych (*fr. Code de la Mutualité*)⁴¹ skupia w sobie wszystkie przepisy mające na celu uregulowanie funkcjonowania towarzystw wzajemnych⁴², przepisy te zostały skodyfikowane w ramach Rozporządzenia nr 45-2456 z dnia 19 października 1945 r. o statusie wzajemności (Ordonnance nr 45-2456, 1945 portant statut de la mutualité, JORF, 1945 z późn. zm.) oraz dekretu z dnia 5 sierpnia 1955 r. (Décret nr 55-1070, 1955 portant codification des textes législatifs concernant la mutualité, JORF, 1955).

Code de la Mutualité przeszedł następnie kilka reform, z których ostatnia miała miejsce w 2001 r. Głównym celem reformy z 2001 r., która transponowała dyrektywy europejskie z 1992 r. do kodeksu, było wzmocnienie prawnych zobowiązań bezpieczeństwa finansowego i uczynienie działalności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych bardziej przejrzystą⁴³.

⁴⁰ Por. ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 656 z późn. zm.), ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2277 z późn. zm.).

⁴¹ Mutualizm jest we Francji ruchem politycznym i historycznym, który doprowadził do powstania form stowarzyszeń wzajemnych lub spółdzielczych w dziedzinie ubezpieczeń, bankowości, budownictwa, edukacji i ogólnie wszystkich form produkcji lub handlu. Ruch ten doprowadził do powstania nierynkowego sektora gospodarki, rządzonego kodeksem wzajemności. Przymiotnik wzajemny określa ściślej wzajemny charakter prawa lub obowiązku.

Stowarzyszenie spółdzielcze nie jest instynktownym ugrupowaniem, ale już ustrukturyzowaną formą życia w społeczeństwie. Można słusznie wyobrazić sobie, że pierwsze przejawy spółdzielczości były spontaniczne w postaci pomocy wzajemnej (ekonomia polityczna) lub wymiany usług i wielu form „prehistorii spółdzielni” (czyli przed powstaniem reguł i praw organizujących mutualizm we Francji). Bractwa pomocy i pochówku rzymskiej starożytności miałyby, z pewnego punktu widzenia, pewne pokrewieństwo z instytucjami spółdzielczymi. Możemy również wspomnieć o zespołach budowlanych przy budowie Świątyni Salomona w Jerozolimie: robotnicy w rzeczywistości stworzyli system pomocy wzajemnej przeznaczony dla tych, którzy są ofiarami wypadków lub chorób.

Ustawa Le Chapelier’a z 14 do 17 czerwca 1791r. zakazywała „łączenia się robotników i rzemieślników” zabraniając koalicji robotników, jak i pracodawców, argumentując, że system korporacyjny jest przeszkodą dla wolności pracy.

⁴² Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych jest definiowane jako organizacja non-profit.

⁴³ Ważnym aspektem było oddzielenie działalności ubezpieczeniowej od działalności w zakresie zapobiegania i zarządzania ubezpieczeniem zdrowotnym i społecznym – Rozporządzenie z dnia 19 kwietnia 2001 r. (*Ord. nr 2001-350 z dnia 19 kwietnia 2001 r.: Dz. U. z dnia 22 kwietnia 2001 r., s. 6288*) transponowało do Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych dyrektywy europejskie: Dyrektywę Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywę 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE *OJ L* 228 z 11.08.1992, s. 1–23) i Dyrektywę Rady 92/96/EWG z dnia 10 listopada 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do bezpośrednich ubezpieczeń na życie, zmieniająca dyrektywy 79/267/EWG i 90/619/EWG (trzecia dyrektywa dotycząca ubezpieczeń na życie) (Dz. U. UE *L* 360 z 09.12.1992). (Zob. Wyrok Trybunału (piąta izba) z dnia 16 grudnia 1999 r.

Rozporządzenie z dnia 19 kwietnia 2001 r. (Ordonnance nr 2001-350, 2001 relative au Code de la mutualité et transposant les directives 92/49/ CEE et 92/96/ CEE et du Conseil, 1992, 1992, JORF, 2001 z późn. zm.) wprowadziło w życie zasadę specjalności ustanowioną w prawie wspólnotowym, nakładającą na organizacje ubezpieczeń wzajemnych obowiązek wydzielenia ich działalności.

Ubezpieczenie wzajemne definiuje się jako organizację non-profit, podlegającą opłacie składkowej, zapewniającą solidarną i wzajemną pomoc w interesie swoich członków zakresie ubezpieczeń (Por. komentarz do art. 102, Czablun (red), *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej: komentarz*, 2016). Ubezpieczenia wzajemnie oferują na ogół uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne, umowy grupowe mające na celu ochronę pracowników lub umowy ustanawiające gwarancje w zakresie ubezpieczeń gwarancyjnych (zasiłek pogrzebowy, renta inwalidzka, dodatek do zasiłków). Kodeks łączy wszystkie przepisy regulujące funkcjonowanie tych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, których kodyfikacja odbyła się w ramach rozporządzenia nr 45-2456 z dnia 19 października 1945 r. dotyczącego statutu wzajemności oraz dekretu z dnia 5 sierpnia 1955 r.

Część ustawowa Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych (L) jest podzielona na 6 ksiąg. Jego struktura jest następująca:

- Księga I: ogólne zasady mające zastosowanie do wszystkich towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, związków i federacji;
- Księga II: towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych prowadzące działalność ubezpieczeniową i kapitalizacyjną;
- Księga III: wzajemne związki zajmujące się zapobieganiem, działaniami społecznymi oraz zarządzaniem zdrowiem i stosunkami społecznymi;
- Księga IV: stosunki z państwem i innymi organami publicznymi;
- Księga V: kontrola towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, towarzystw i federacji;
- Księga VI: przepisy dotyczące stosowania Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych.

Zasada specjalności wynikająca z przepisów unijnych wymaga, aby towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i ubezpieczenia prywatne zdrowotne oddzieliły swoją działalność od innego rodzaju działalności. Ich działalność ubezpieczeniowa musi być prowadzona przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i związki odrębnie od tych, które prowadzą działalność w zakresie uzupełnienia ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych. Towarzystwa ubezpieczeń

Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej. Uchybienie zobowiązaniom Państwa Członkowskiego. Sprawa C-239/98.

wzajemnych prowadzące działalność ubezpieczeniową podlegają księdze II Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych.

Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i ich związki prowadzące działalność ubezpieczeniową podlegają szczególnym standardom ostrożnościowym, finansowym i księgowym, którym towarzyszą wzmocnione przepisy nadzorcze. Operacje w zakresie ubezpieczeń wzajemnych mogą być indywidualne lub zbiorowe, fakultatywne lub obowiązkowe. Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych określa ogólne zasady mające zastosowanie do członkostwa, modyfikacji i rozwiązania stosunków członkowskich. Operacje ubezpieczeniowe zwane "włączeniem" są specyficzne dla towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i związków regulowanych przez Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych. Szczególne zasady ustanawia się również dla ubezpieczeń, które zależą od czasu trwania działalności związanej z życiem ludzkim i kapitalizacją.

Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych podlegają nadzorowi l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) Urzędowi ds. Kontroli Restrukturyzacji i Uporządkowanej Likwidacji (zob. Flische, 2015, 70-73), który sprawuje stały nadzór nad ich sytuacją finansową i warunkami prowadzenia działalności, zapewnia zgodność ze wszystkimi standardami, którym podlegają, oraz może, w przypadku naruszeń, korzystać ze swoich administracyjnych uprawnień nadzorczych i sankcji (Mariański, 2023, 38-43), o czym będzie mowa w kolejnym rozdziale pracy.

2.2.3. Kodeks Ubezpieczeń Społecznych

Kodeks Ubezpieczeń Społecznego łączy przepisy ustawowe i wykonawcze, które mają za zadanie regulować finansowanie, organizację i funkcjonowanie ubezpieczenia społecznego (Fuld, Michel, 2012). Ubezpieczenie społeczne odnosi się do zbioru funduszy, które uczestniczą we wdrażaniu pomocy finansowej dla beneficjentów tego systemu w związku z tak zwanym ryzykiem społecznym (tj. ryzykiem związanym z normalnymi czynnościami codziennego życia). Zagrożenia te obejmują chorobę, śmierć, zwolnienie z pracy, wypadek przy pracy, czasową niezdolność do pracy, bezrobocie, śmierć, macierzyństwo, itp.

W oparciu o charakter różnych zagrożeń społecznych Kodeks Ubezpieczenia Społecznego wyróżnia cztery gałęzie ubezpieczenia społecznego:

- 1) dział chorób;
- 2) dział wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- 3) dział starości i wdowieństwa;

4) dział rodzinny.

Kodeks określa zasady, na których zbudowany jest francuski system ubezpieczenia społecznego. Stanowi on, że ubezpieczenie społeczne musi być finansowane ze składek pracodawców i pracowników oraz że muszą nim zarządzać wszyscy partnerzy społeczni. Beneficjentami tego systemu jest społeczność obywateli, w tym osoby narażone na największe zagrożenia społeczne (np. kobiety, dzieci, starsi pracownicy) (Bichot, 2017, 17-33).

Kodeks Ubezpieczenia Społecznego definiuje również pojęcie systemu ubezpieczeń - jest to lista wzajemnych praw i obowiązków pracowników oraz osób pozostających na ich utrzymaniu, pracodawców i funduszu ubezpieczenia społecznego. We Francji istnieją cztery główne typy ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczenie dla pracowników pozarolniczych bez wynagrodzenia (znane również jako program socjalny dla osób samozatrudnionych). Program ten łączy rzemieślników, handlowców i wolne zawody; ubezpieczenie rolnicze (w ramach *fr. Mutualité sociale agricole*), obejmuje zarówno pracodawców, jak i pracowników rolnych przez nich zatrudnianych; ubezpieczenia specjalne, których istnienie poprzedzało ustanowienie reżimu ogólnego. Te specjalne ubezpieczenia odnoszą się m.in. do następujących kategorii społeczno-zawodowych: menadżerów, polityków, pracowników SNCF (*Société nationale des chemins de fer français*), RATP (*Régie autonome des transports parisiens*), EDF-GDF (*Électricité de France, Gaz de France*), pracowników Narodowego Banku Francji, duchownych, notariuszy, żeglarzy czy nieletnich.

Kodeks Ubezpieczenia Społecznego składa się z następujących 9 ksiąg:

- Księga 1: informacje ogólne (przepisy wspólne dla wszystkich lub części ubezpieczeń podstawowych);
- Księga 2: organizacja systemu ogólnego, działania zapobiegawcze, działania zdrowotne i społeczne funduszy;
- Księga 3: przepisy dotyczące ubezpieczenia społecznego i różnych kategorii osób związanych z systemem ogólnym;
- Księga 4: wypadki przy pracy i choroby zawodowe (przepisy szczególne i przepisy wspólne dla innych branż);
- Księga 5: świadczenia rodzinne i świadczenia podobne;
- Księga 6: systemy dla osób prowadzących działalność na własny rachunek;
- Księga 7: inne systemy;
- Księga 8: dodatki dla osób starszych, dodatek dla dorosłych niepełnosprawnych, dodatek na mieszkanie socjalny, pomoc w zakresie opieki nad małymi dziećmi, pomoc

dla społeczności i osób tymczasowo pozostających w niekorzystnej sytuacji, dodatkowa ochrona zdrowia;

- Księga 9: przepisy dotyczące dodatkowej ochrony socjalnej dla pracowników i osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz dla instytucji o wspólnym charakterze.

2.2.4 Kodeks Monetarny i Finansowy - w zakresie ubezpieczeń

Kodeks Monetarny i Finansowy- Code Monetaire et Financier (dalej również KMF) łączy przepisy o charakterze legislacyjnym i regulacyjnym dotyczące następujących zagadnień:

- Księga I: francuski system walutowy i waluta;
- Księga II: produkty finansowe i oszczędnościowe;
- Księga III: usługi bankowe i finansowe;
- Księga IV: rynki finansowe;
- Księga V: dostawcy usług bankowych i inwestycyjnych;
- Księga VI: instytucje bankowe i finansowe;
- Księga VII: przepisy specyficzne dla terytoriów zamorskich.

Kodeks Monetarny i Finansowy jest podstawą prawa bankowego i finansowego, ale status konsumenta (zob. więcej Zalcewicz, 2020, 664-683) usług jest uregulowany w Kodeksie Konsumenta.

Kodeks Monetarny i Finansowy ma wpływ na prawo ubezpieczeniowe w zakresie ubezpieczeń na życie. W 2013 r. do kodeksu wprowadzono szczegółowe regulacje dotyczące działalności pośrednictwa bankowego, czyli pośredników w operacjach bankowych i usługach płatniczych. Oferując ubezpieczenie na życie ubezpieczyciele odgrywają rolę pośredników w działalności bankowej i dlatego podlegają wspólnie Kodeksowi Ubezpieczeń oraz Kodeksowi Monetarnemu i Finansowemu.

Kodeks Monetarny i Finansowy to zbiór przepisów mających na celu regulację francuskiej działalności na rynku finansowym rozumianym szeroko. W związku z tym pozostaje on w gronie zainteresowania specjalistów z zakresu bankowości, finansów czy ubezpieczeń (Nader, 2012, 19-22). Kodeks ten, aktualizowany co rok, ma stale ewoluować zgodnie z różnymi zmianami ustaw, dekretami i rozporządzeniami przyjętymi w czasie roku. Znajdują się w nim również wszystkie informacje dotyczące ogólnych produktów oszczędnościowych objętych określonym systemem podatkowym oraz produktów

oszczędnościowych dla pracowników. Ujęta jest w nim tematyka dotycząca takich zagadnień jak m.in.: operacje bankowe, usługi inwestycyjne, systemy rozliczeń międzybankowych oraz systemy rozliczania i dostarczania instrumentów finansowych, zdalne usługi finansowe, oferta publiczna, platformy obrotu, negocjacje dotyczące instrumentów finansowych, izby rozliczeniowe, ochrona inwestorów itp.

W kodeksie omówione są również różne przepisy dotyczące instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych, a także przepisy dotyczące sektora bankowego i innej działalności finansowej. To dzięki ustawie z 16 grudnia 1999 r. (Loi nr 99-1071, 1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie Législative de certains codes, JORF, 1999 z późn.zm.) kodeks ujrzał światło dzienne, a jego pierwsza wersja jest z 2005 r.

Kodeks Monetarny i Finansowy podlega corocznej weryfikacji na podstawie różnych obowiązujących przepisów. Część z nich umożliwiła tym samym aktualizację, w szczególności o ustawę z dnia 1 sierpnia 2003 r. o bezpieczeństwie finansowym, rozporządzenie z dnia 12 kwietnia 2007 r. transponujące dyrektywę europejską o rynkach instrumentów finansowych; dekret z dnia 2 września 2009 r., dotyczący m.in. zgłaszania przypadków prania pieniędzy i finansowania terroryzmu, czy też ustawę z dnia 19 października 2009 r., której celem jest promowanie dostępu do kredytów dla małych i średnich przedsiębiorstw oraz usprawnienie funkcjonowania rynków finansowych.

Aby być uprawnionym do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, każda firma ubezpieczeniowa, towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych lub instytucja ubezpieczenia społecznego powinna otrzymać zezwolenie administracyjne według działów działalności (zgodnie z klasyfikacją różnych działów ubezpieczeń określonych w Kodeksie Ubezpieczeń), w zależności od rodzaju ubezpieczeń, które oferuje.

Ponadto działalność podmiotów prowadzących działalność ubezpieczeniową (towarzystwa ubezpieczeniowe, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i instytucje ubezpieczenia społecznego) podlegają ścisłemu nadzorowi niezależnego administracyjnego organu nadzorczego, odpowiedzialnego w szczególności za ich wypłacalność⁴⁴. Wszystkie organizacje prowadzące działalność ubezpieczeniową we Francji (firmy ubezpieczeniowe, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych) muszą uzyskać zgodę w każdym z działów

⁴⁴ *The ACPR is an administrative authority, which, pursuant to the French monetary and financial Code, is independent both in financial terms and in the performance of its tasks. The ACPR is operationally attached to the Banque de France, which provides it with the resources necessary for its operation, notably human and IT resources*, <https://acpr.banque-france.fr/en/acpr/about-acpr/tasks>, dostępne dnia 16.06.2023.,

ubezpieczeniowych, w ramach których zawierają umowy (Art. 162 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz.U. 2015, poz. 1844). W przypadku spółek podlegających Kodeksowi Ubezpieczeń, ACPR wydaje zezwolenie. W przypadku podmiotów podlegających Kodeksowi Ubezpieczeń Wzajemnych zezwolenie wydaje minister odpowiedzialny za finanse albo prefekt, jeśli wniosek dotyczy tylko ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku podmiotów podlegających Kodeksowi Ubezpieczenia Społecznego zezwolenie zatwierdza minister właściwy do spraw ubezpieczenia społecznego.

Aby uzyskać zezwolenie należy spełnić kilka warunków. Po pierwsze, zarządzający i dyrektorzy muszą wykazać się nieposzlakowaną opinią i wykazać się umiejętnościami i doświadczeniem niezbędnym do zapewnienia płynnego funkcjonowania ubezpieczeń. Spółka musi mieć wystarczające zasoby techniczne i finansowe, musi również zapewniać zgodność z regułami ostrożnościowymi dotyczącymi podziału kapitału i jakości udziałów w spółkach akcyjnych czy metod tworzenia funduszu zakładowego dla towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, które muszą być zgodne z przepisami (Art. 162 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz.U. 2015, poz. 1844).

Zezwolenie, o ile zostanie udzielone, jest opublikowane we francuskim Dzienniku Urzędowym. Wydanie zezwolenia nie jest jednak nieograniczone, w wielu przypadkach może wygasnąć lub zostać cofnięte. Zezwolenie może stracić ważność m.in. gdy podmiot nie dokonuje operacji, dla których otrzymał zezwolenie, tj. przestał wykonywać działalność w okresie roku od uzyskania zezwolenia albo przestał ją wykonywać na okres ponad 2 lat od ostatniej daty podjęcia działalności. Zezwolenie może zostać wycofane w przypadku przedłużającego się braku wykonywania działalności gospodarczej, gdy zakład nie spełnia warunków dostępu do oferty ubezpieczenia, gdy spółka nie przestrzega planu finansowego lub planu naprawczego (któremu może zostać poddana, gdy gwarancja wypłacalności nie jest już wystarczająca), gdy zakład poważnie naruszy obowiązki wynikające z przepisów prawa.

Ustawodawstwo francuskie przeszło duże zmiany w tym zakresie ponieważ, w 2010 r. zaczęła funkcjonować ACPR, a narodziny tej nowej instytucji stały się częścią bardziej ogólnych reform (rozpoczętych w 2008 r.) mających na celu modernizację gospodarki. Organy odpowiedzialne za wydawanie zezwoleń i zasady ich uzyskiwania nie uległy jednak zasadniczej zmianie.

2.3 Wpływ prawa europejskiego w prawie ubezpieczeń

W zakresie ubezpieczeń istnieje siedemnaście podstawowych dyrektyw europejskich które obowiązują od 1994 r. Początkowo planem władz europejskich było osiągnięcie ujednolicenia prawa materialnego, co jednak wywołało problem, ponieważ tradycje i praktyki każdego państwa członkowskiego w przedmiotowym zakresie były istotnie różne. Dla przykładu w prawie francuskim i niemieckim występuje wyraźne i precyzyjne rozgraniczenie regulacyjne między ubezpieczeniem na życie a innymi ubezpieczeniami. W Belgii nie występuje takie rozdzielenie regulacyjne. Na chwilę obecną europejskie prawo ubezpieczeniowe nie jest już prawem umowy ubezpieczenia, ale prawem ubezpieczycieli jako podmiotów gospodarczych. Widać w nim wyraźny podział na etapy tworzenia dyrektyw ubezpieczeniowych pierwszej, drugiej i trzeciej generacji.

Comité Européen des Assurances - Europejski Komitet Ubezpieczeń (CEA), utworzony w 1953 r. zrzesza 34 krajowe stowarzyszenia towarzystw ubezpieczeniowych, w szczególności reprezentujących kraje członkowskie Unii Europejskiej. Jej siedziba znajduje się w Paryżu, a przedstawicielstwo w Brukseli. Głównym celem CEA jest promowanie ustanowienia ram regulacyjnych dostosowanych do rozwoju ubezpieczeń oraz położenie kresu ograniczeniom prawnym dotyczącym wykonywania międzynarodowej działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w Europie. CEA ma dwie główne misje, ma reprezentować wspólne interesy europejskich ubezpieczycieli poprzez promowanie, obronę i przedstawianie ich stanowisk we wszystkich właściwych organach europejskich i międzynarodowych oraz ustanowić stałą wymianę informacji i doświadczeń między rynkami poprzez promowanie transferu najlepszych praktyk i refleksji na tematy będące przedmiotem wspólnego zainteresowania. 14 komitetów CEA i ich grup roboczych zajmuje się wszystkimi problemami europejskich ubezpieczycieli i reasekuratorów.

Kodeks CEA, który ma powstać jest bardzo oczekiwany, część doktryny (Ghuueldre, Vannesson, 2010, 613) uważa jednak za swoisty kodeks ubezpieczeń dyrektywę 2009/138/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 25 listopada 2009, w sprawie dostępu do działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i jej wykonywania.

Traktat Rzymski przyznawał ubezpieczeniom ograniczenie przestrzegania podstawowych zasad swobody przedsiębiorczości (art. 52 i nast.) oraz świadczenia usług (art. 59 i nast.). Chociaż okres przejściowy dozwolony traktatem zakończył się 1 stycznia 1971 r., na wydanie pierwszych dyrektyw ustanawiających swobodę przedsiębiorczości (ubezpieczenia bez ubezpieczeń na życie z 24 lipca 1973 r. i 5 marca 1979 r.) trzeba było czekać aż do 1973 r.,

a następnie do 1979 r. ETS, ignorując ten brak w przepisach wspólnotowych, zdecydował o zastosowaniu zasad traktatu założycielskiego z urzędu, wskazując także na wyrok Coenen z dnia 26 listopada 1975 r. (Berr, 1988, 655) stosującego zasadę swobody przedsiębiorczości.

Ponadto w dniu 4 grudnia 1986 r. Trybunał wytoczył powództwo o uchybienie zobowiązaniom przeciwko czterem państwom, w tym Francji, wydając kilka wyroków, w których przypomniał, że swoboda świadczenia usług jest zasadą „wynikającą” z Traktatu Rzymskiego i że wymogi krajowe mogą istnieć jedynie ze względu na interes ogólny (pierwsze kryterium materialne), ale pod warunkiem, że świadczenie to nie byłoby już uzyskiwane przez prawo państwa, w którym zakład ubezpieczeń ma swoją siedzibę (drugie kryterium państwa pochodzenia) oraz, że rezultatu nie można było uzyskać na podstawie mniej restrykcyjnego ustawodawstwa (trzecie kryterium znane jako proporcja), z wyjątkiem ryzyka nieprzewidywalnego prawa sądowego, konieczne było nadrobienie straconego czasu.

Potem pojawiły się dyrektywy drugiej generacji uświęcające swobodę świadczenia usług i wreszcie trzeciej generacji, zmierzające do ustanowienia jednolitego zezwolenia⁴⁵.

Pierwsze dyrektywy ustanowiły zapisaną w Traktacie Rzymskim zasadę swobody przedsiębiorczości. Zasada tzw. „kontroli kraju macierzystego” (eng. „home country control”), która przekazuje krajowi prowadzenia działalności informację zaświadczającą, że wspomniana spółka jest wypłacalna w odniesieniu do standardów prawa UE. W przypadku odmowy ze strony kraju goszczącego, firma ma prawo do dochodzenia swojego prawa w sądzie. Należy pamiętać, że odmowa ta musi być uzasadniona, w żadnym wypadku nie może być dokonana ze względów protekcjonizmu gospodarczego. Jeśli kraj goszczący wyrazi zgodę, ubezpieczyciel zostaje wprowadzony na rynek ubezpieczeń, o którą został złożony wniosek (zasada specjalizacji). Ta wolność wywodzi się z trzeciej dyrektywy w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie⁴⁶. Przyznano także ubezpieczonym, którzy ze względu na charakter ryzyka, które ma być ubezpieczone, nie potrzebują specjalnej ochrony prawnej w państwie, w

⁴⁶ Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE L 22 z 11.8.1992, s. 1–23); patrz motyw 19 - *W ramach rynku wewnętrznego w interesie ubezpieczającego leży dostęp do jak najszerszego asortymentu produktów ubezpieczeniowych dostępnych we Wspólnocie, zapewniający mu możliwość wyboru produktu najbardziej odpowiadającego jego potrzebom; do Państwa Członkowskiego, na terytorium którego umiejscowione jest ryzyko, należy wyeliminowanie przeszkód w sprzedaży na jego obszarze wszystkich produktów ubezpieczeniowych oferowanych do sprzedaży na obszarze Wspólnoty, o ile nie pozostaje to w sprzeczności z przepisami prawa chroniącymi dobro ogólne, obowiązującymi w Państwie Członkowskim, w którym umiejscowione jest ryzyko oraz o ile dobro ogólne nie jest zabezpieczone przepisami rodzimego Państwa Członkowskiego, pod warunkiem, że przepisy te są stosowane bez dyskryminacji wobec wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w tym Państwie Członkowskim, oraz że są obiektywnie konieczne i proporcjonalne w stosunku do realizowanego celu.*

którym ryzyko występuje, pełnej swobody odwołania się do najszerszego możliwego ubezpieczenia rynku. Te dwie swobody były w rzeczywistości odczuwalne dzięki przyjęciu zasady jednolitej licencji, która upraszcza i ujednolica procedury. Dyrektywa została transponowana do prawa francuskiego ustawą z 31 grudnia 1989 r., zmienioną ustawą z 4 stycznia 1994 r. (Loi nr 94-5, 4.01.1994 modifiant le code des assurances (partie Législative), en vue notamment de la transposition des directives nr 92-49 et nr 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes). Odtąd Kodeks Ubezpieczeń zawiera w swojej księdze III tytuł V „*Swoboda świadczenia usług i koasekuracja państw będących stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym niebędących członkami EWG*” oraz tytuł „*Wolność przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług społecznych*”.

Pierwsza zasada jest wyraźnie określona w art L362-1 Kodeksu Ubezpieczeń, który wskazuje, że każdy zakład ubezpieczeń, którego siedziba znajduje się na terytorium państwa członkowskiego UE może założyć oddział działający na terytorium Republiki Francuskiej, pod warunkiem, że organ nadzoru ostrożnościowego oraz organ ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji otrzymał od nich uprzednio wymagane informacje. Zakład ubezpieczeń, którego siedziba znajduje się na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Francja może wykonywać na terytorium Republiki Francuskiej nieodpłatnie usługi z tego przedsiębiorstwa zgodnie z udzielonymi mu przez organ nadzoru zezwoleniami organami państwa pochodzenia, pod warunkiem że Urząd nadzoru ostrożnościowego i restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji (ACPR) otrzymał wcześniej wymagane informacje.

W Traktacie o Wspólnocie Europejskiej (<https://oide.sejm.gov.pl>) nakreślona została tzw. swoboda siedziby, która gwarantuje zakładom ubezpieczeń, mającym siedzibę w jednym z państw członkowskich, że będą mogły prowadzić działalność na terenie innych państw członkowskich (np. w formie spółki-córki, czy przedstawicielstwa). Z kolei swoboda świadczenia usług gwarantuje zakładom ubezpieczeń możliwość prowadzenia działalności w innym kraju członkowskim, bez konieczności posiadania w nim siedziby. Inwestorzy mogą przy tym liczyć, że będą mieli zapewnione takie same warunki, jak przedsiębiorcy mający siedzibę w danym kraju. Tzw. swoboda przepływu kapitału daje możliwość nieograniczonego przenoszenia dóbr, np. kapitału na założenie spółki, jak i późniejszych wypłat z zysku. Stopniowo zasady implementowano do prawodawstwa krajów członkowskich.

Dyrektywa pierwszej generacji (Pierwsza Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń

bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie, (Dz.U. UE L 228), 1973, 3) była próbą określenia warunków podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń majątkowych w każdym kraju członkowskim. Od tej pory miały one być identyczne dla wszystkich przedsiębiorców. Z kolei ubezpieczeni zyskiwali gwarancję, że ich interesy będą chronione, bez względu na to, czy wykupili polisę w krajowym, czy zagranicznym zakładzie ubezpieczeń. Prowadzenie działalności musiało być poprzedzone uzyskaniem zezwolenia w zakresie jednej lub więcej grup ubezpieczeń. Powinno być ono jednak niezwłocznie wydane po spełnieniu wymaganych warunków. Dyrektywa określiła również wymagania dotyczące wypłacalności (w zakresie metod wyliczania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a także ich pokrycia, w tym zakresie obowiązywało prawo kraju działalności). Kolejna dyrektywa - o koasekuracji - przewidywała, że ubezpieczyciele posiadający zezwolenie na prowadzenie działalności w danej grupie ubezpieczeń mogą zawierać w innych państwach członkowskich umowy, dotyczące ryzyka tej grupy, nie mając zezwolenia wystawionego przez organ nadzoru któregoś z tych państw. Z kolei za sprawą dyrektywy (1984 r.) dotyczącej świadczeń turystycznych (Dyrektywa Rady z dnia 10 grudnia 1984 r. zmieniająca, szczególnie w zakresie ubezpieczenia świadczenia pomocy turystycznej, pierwszą dyrektywę (73/239/EWG) w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 339), 1984, 109-113) pojawiła się nowa grupa ubezpieczeń - udzielania pomocy na rzecz osób, które znalazły się w trudnej sytuacji podczas podróży. Od tej pory taka pomoc - niezależnie, czy było to świadczenie pieniężne, czy w naturze - była działalnością ubezpieczeniową, a jej prowadzenie wymagało zezwolenia.

Dyrektywa w sprawie ubezpieczeń kredytów i gwarancji (Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 1987 r. zmieniająca, w zakresie ubezpieczenia kredytu i poręczeń, pierwszą dyrektywę 73/239/EWG w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 185), 1987, 72-76) znosiła nakaz oddzielenia działalności od sprzedaży ubezpieczeń innych grup (ze względu na wysokie ryzyko związane z udzielaniem ubezpieczenia który obowiązywał np. w Niemczech). Od tej pory mogli je prowadzić wszyscy ubezpieczyciele (uniwersalni), nie tylko wyspecjalizowani. W zamian podwyższono poziom minimalnego kapitału gwarancyjnego oraz wprowadzono, ze względu na duże wahania wypadkowości, obowiązek tworzenia specjalnych rezerw.

Dyrektywa o ubezpieczeniach kosztów ochrony prawnej (Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 1987 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczenia ochrony prawnej (Dz. U. L 185) 1987, 77-80) wskazywała możliwości uniknięcia kolizji interesów występujących przy udzielaniu ochrony w tym zakresie wraz z np. ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej (np. niemiecki organ nadzoru nakazywał rozdzielanie tej działalności). Aby zapobiec powstawaniu konfliktów, wystarczy, że likwidację szkód w zakresie ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej będą przeprowadzać pracownicy, którzy nie obsługują szkód z innych grup ubezpieczeń, bądź zostanie ona przeprowadzona

w prawie samodzielnych biurach szkodowych. Pierwsza dyrektywa w zakresie ubezpieczeń na życie (1979 r.) (Pierwsza dyrektywa Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie bezpośrednich ubezpieczeń na życie (Dz.U. UE L 63), 1979, 1). wykazywała duże podobieństwo do dyrektywy regulującej działalność sektora ubezpieczeń majątkowych (pewne różnice można dostrzec w regulacjach dotyczący wypłacalności). Należy jednak przypomnieć, że za sprawą tej dyrektywy wprowadzono zakaz łączenia działalności w zakresie ubezpieczeń na życie i ubezpieczeń majątkowych. Wynikało to z obaw, aby straty poniesione, np. wskutek katastrof naturalnych, nie zagroziły długoterminowym zobowiązaniom wynikającym z polis na życie. W konsekwencji istniejący ubezpieczyciele „wielobranżowi” zostali zmuszeni do wydzielenia podmiotów zajmujących się obsługą ubezpieczeń na życie.

Zgodnie z założeniami Komisji Europejskiej druga dyrektywa dotycząca ubezpieczeń majątkowych (Druga Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 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. U. UE L 172), 1988, 1–2) miała wprowadzić w życie swobodę świadczenia usług w ubezpieczeniach majątkowych (innych niż na życie). Prace nad dyrektywą, ze względu na dużą liczbę zgłoszonych przez państwa członkowskie zastrzeżeń, szły bardzo opornie. Przełomem była decyzja Trybunału Europejskiego, który postanowił, że w przypadku nieprzerwanej obecności w państwie działalności korzysta ze swobody osiedlania się, nawet jeśli utworzy tam przedstawicielstwa. Dyrektywa została uchwalona ale ze względu na potrzebę ochrony ubezpieczonych wprowadzono zróżnicowane regulacje w odniesieniu do ubezpieczeń dużego ryzyka (podziału dokonano w oparciu o wskaźniki ilościowe i jakościowe).

W ubezpieczeniach dużego ryzyka umowy podlegały prawu państwa ubezpieczonego (możliwe było kontrolowanie warunków i taryf), jednak kalkulacja i pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych mogły podlegać przepisom państwa siedziby ubezpieczyciela. Można więc uznać, że poczyniono krok ku wdrożeniu swobody świadczenia usług (zasady państwa siedziby). Aby zapewnić nadzór nad międzynarodowymi transakcjami usługowymi określono zasady współpracy organów nadzoru państw członkowskich (np. zasady dopuszczania do działalności, reguły dotyczące pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, etc.). Ujednolicono również uprawnienia organów nadzoru. Oprócz prawa do informacji czy przeprowadzania kontroli zyskały one prawo do podejmowania wszelkich działań mających na celu ustalenie, czy działalność ubezpieczycieli jest zgodna z przepisami prawa, planem działalności itp. Zakłady ubezpieczeń zobowiązane zostały do przekazywania nadzorom informacji statystycznych. Określono również zakres informacji, które powinny być przekazywane ubezpieczonemu.

Przepisy drugiej dyrektywy w zakresie ubezpieczeń (Dyrektywa Rady z dnia 8 listopada 1990 r. zmieniająca, w szczególności w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, dyrektywę 73/239/EWG i dyrektywę 88/357/EWG, które dotyczą koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 330), 1990, 44–49) stanowiły również próbę wprowadzenia zasady państwa siedziby. Jako podstawowe kryterium przyjęto sposób dojścia umowy do skutku - uznano, że jeśli ubezpieczony rezygnuje z zawarcia umowy, z jednym z krajowych ubezpieczycieli i znajduje interesujący go produkt za granicą, świadomie rezygnuje również z ochrony swojego prawa narodowego.

Trzecia dyrektywa dotycząca ubezpieczeń majątkowych (Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE C), 1992, 1-23) stworzyła podstawy do funkcjonowania ubezpieczycieli na całym rynku wewnętrznym Wspólnoty. Zgodnie z nią, wydane zezwolenie przez nadzór państwa siedziby jest ważne we wszystkich państwach członkowskich (zasada jednej licencji). Dzięki temu ubezpieczyciel mógł m.in. natychmiast sprzedawać swoje produkty w innych krajach bez poddawania się kontroli odpowiednich organów innego państwa. Nadzór nad ubezpieczycielami spoczywa głównie na organie państwa siedziby, co oznacza, że może on przeprowadzać kontrolę oddziałów lub filii

zakładów w innych krajach. Ponadto dyrektywa sprecyzowała regulacje dotyczące rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a zwłaszcza aktywów na ich pokrycie. Na ubezpieczycieli nałożono obowiązek przestrzegania zasady bezpieczeństwa, rentowności oraz płynności finansowej przy jednoczesnej dywersyfikacji lokat. Podobnie jak w przypadku ubezpieczeń "nieżyciowych" trzecia dyrektywa dotycząca ubezpieczeń na życie wprowadziła zasadę, że do prowadzenia sprzedaży na terenie całej Wspólnoty wystarczy, że ubezpieczyciel ma zezwolenie nadzoru państwa siedziby.

Komisja Europejska przyjęła wiele szczegółowych regulacji związanych ze sprawozdawczością i wypłacalnością zakładów ubezpieczeń. Jedną z nich jest prawo bilansu ubezpieczeniowego, dzięki któremu chciano uzyskać lepszą porównywalność sprawozdań rocznych, w tym skonsolidowanych ubezpieczycieli (<https://finance-innovation.org>). Miało to pomóc akcjonariuszom, wierzycielom, brokerom i ubezpieczonym lepiej ocenić sytuację finansową ubezpieczycieli, w sytuacji gdy coraz więcej z nich działało na skalę międzynarodową. Kolejna z dyrektyw regulowała zasady obowiązujące przy likwidacji i upadłości zakładów ubezpieczeń. Upoważniła ona instytucje nadzorcze państwa pochodzenia ubezpieczyciela do wprowadzania środków uzdrawiających lub likwidacyjnych, przy czym obowiązują one we wszystkich państwach członkowskich. Zgodnie z jej przepisami, ubezpieczeni zyskali, w sytuacji upadłości, pierwszeństwo do zaspokojenia roszczeń z aktywów na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych bądź z całego majątku, jednak po uwzględnieniu innych roszczeń (np. wynagrodzeń, podatków etc.). Dyrektywa Solvency I (Dyrektywa 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotycząca ubezpieczeń na życie (Dz. U. UE L 345), 2002, 1–51) podwyższa wymagania kapitałowe np. poprzez: nakazanie dopasowania poziomu minimalnego kapitału gwarancyjnego do stopy inflacji, utrzymanie, w sytuacji spadku przypisu składki, wartości marginesu wypłacalności z poprzedniego roku. Organy nadzoru zyskały również uprawnienia do wcześniejszej ingerencji, jeśli interesy ubezpieczonych są zagrożone. Obecnie dyrektywy Solvency II (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. UE L 335), 2009, 1–155) reguluje m.in. sposób tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, kwestię zarządzania aktywami i pasywami. Zgodnie z jej przepisami, ubezpieczeni zyskali, w sytuacji upadłości, pierwszeństwo do zaspokojenia roszczeń z aktywów na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych bądź z całego majątku, jednak po uwzględnieniu innych roszczeń (np. wynagrodzeń, podatków itp.).

Dyrektywa Solwency I podwyższa wymagania kapitałowe np. poprzez nakazanie dopasowania poziomu minimalnego kapitału gwarancyjnego do stopy inflacji, utrzymanie, w sytuacji spadku poziomu składki, wartości marginesu wypłacalności z poprzedniego roku. Organy nadzoru zyskały również uprawnienia do wcześniejszej ingerencji, jeśli interesy ubezpieczonych są zagrożone.

2.4 Orzecznictwo, praktyka i jej uniformizacja, zasady etyki w zakresie ubezpieczeń

Zakres ubezpieczenia jest naznaczony swoistą inflacją legislacyjną. Orzecznictwo francuskie jednak miało stosunkowo niewielki wpływ na kształt prawa pozytywnego w zakresie ubezpieczeń. Dlatego też regulacja na przykład umowy ubezpieczenia musiała pozostać bardzo stabilna. Stosowanie prawa ubezpieczeniowego pozostaje jednak pod wpływem orzecznictwa, co spowodował wpływ kilku czynników. Pierwszym z nich jest występowanie dużej ilości sporów sądowych generowanych w tym obszarze⁴⁷. Sąd Kasacyjny (Cour de Cassation) między innymi zwracał uwagę, że umowa ubezpieczenia jest zinstytucjonalizowaną umową porządku publicznego, sporządzoną w interesie ubezpieczonego i gospodarki ubezpieczeniowej. Sąd Kasacyjny zwykle jest pełen obaw, gdy stanowisko obrońcy spółek ubezpieczeniowych skutkuje orzeczeniem, w którym zastosowana interpretacja powszechnie obowiązujących przepisów prawa mogłaby obejść wymogi prawa ochronnego, jakim jest prawo ubezpieczeń wobec ubezpieczonych. Nie ma roku, w którym roczne sprawozdanie Cour de Cassation nie zawierałoby odpowiedniej analizy, ani propozycji reformy prawa ubezpieczeniowego.

Prawo ubezpieczeniowe nie tylko jest stosowane przez sędziów sądownictwa powszechnego ale także sądy administracyjne. Ustawa nr 2001-1168 z dnia 11 grudnia 2001 r. o pilnych środkach reform gospodarczych i finansowych, znana jako ustawa MURCEF (Loi nr 2001-1168, 2001 portant mesures d'urgence de reformes a caractere economique et financier dite loi MURCEF, JORF, 2001 z późn. zm.) wskazała na stosowanie prawa administracyjnego w sprawach ubezpieczeniowych. Na tej podstawie powstały koncepcje rynku ubezpieczeń publicznych, administracyjnej umowy ubezpieczenia oraz administracyjnego prawa ubezpieczeń (Bigot, 2014, 800). Pytania z tego zakresu kierowane są do sądów administracyjnych. Ponadto Rada Stanu, zgodnie z art. 612-16 Kodeksu Monetarnego i

⁴⁷ Wykaz orzecznictwa jest sporządzany co roku w « Revue Procédure » przez C. Blery, D. Mazeaud, L. Raschel; zob. także O. Loy, *A propos de la jurisprudence récente de la Cour de Justice des Communautés européennes dans le secteur de l'assurance*, Paris, 1987, s. 371.

Finansowego i art. R311-1 Kodeksu Administracyjnego Wymiaru Sprawiedliwości sąd administracyjny jest właściwy jako instancja wyższa wobec decyzji podjętych w sprawach ubezpieczeniowych wydanych przez ACPR.

2.5 Konstytucjonalizacja prawa ubezpieczeń

Prawo ubezpieczeniowe podlega wpływom prawa konstytucyjnego. Dotyczy to również zasad fundamentalnych z Konstytucji. Zwłaszcza od 1 marca 2010 r. zaczęły dominować kwestie konstytucyjności w takich sprawach jak reasekuracja, fundusz kompensacyjny, deklaracja ryzyka (Carmo Silva, 2013, 59). Gdy przy okazji postępowania w sprawach ubezpieczeń toczącego się przed sądem zostanie stwierdzone, że przepis ustawy narusza prawa i wolności gwarantowane przez Konstytucję, Rada Konstytucyjna jest właściwa w tej kwestii, rozpatrzy wniosek Rady Stanu lub Sąd Kasacyjny (Croze, 2010, 490). Rada Konstytucyjna jest uwarunkowana przepisami Konstytucji, w tym art. 61-1. Ustawy organicznej nr 2009-1523 z dnia 10 grudnia 2009 r. która określiła warunki stosowania przepisu⁴⁸. W szczególności do Sądu Kasacyjnego lub Rady Stanu należy ocena powagi wniosku strony sporu o sprawdzenie, czy taki wniosek nie został wcześniej uznany za zgodny z Konstytucją i czy postanowienie ma zastosowanie do sporu lub do procedury stanowiącego podstawę postępowania. Ten proces filtrowania przez wyższą jurysdykcję sądowniczą i pilnowany porządek administracyjny przez Radę Stanu - Conseil d'Etat co do spraw ubezpieczeniowych pozwala uniknąć przeciążenia Rady Konstytucyjnej. Mając powyższe na uwadze niektóre pozwy w zakresie ubezpieczeń, zgłaszane przez stronę procesową, rzadko trafiają do Rady Konstytucyjnej.

2.6. Praktyka i jej uniformizacja

Prawo ubezpieczeniowe, poza wpływem orzecznictwa, respektuje praktykę zawodową. Niektóre praktyki inspirują ustawodawcę francuskiego. W 1982 r. ubezpieczyciele zdecydowali o rozszerzeniu zastosowaniu przepisów o ubezpieczeniu pożarowym w stosunku do ubezpieczeń pogodowych. Niespełna dziesięć lat później ustawodawca francuski

⁴⁸ Art. 61-1 *Lorsque a l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil Constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du conseil d'Etat ou la Cour de Cassation qui se prononce dans un délai raisonnable.*

zalegalizował tę inicjatywę. Ustawa nr 90-509 z dnia 25 czerwca 1990 r. (Loi nr 90-509, 25.06.1990 modifiant le code des assurances et portant extension aux départements d'outre-mer du régime d'indemnisation des catastrophes naturelles, JORF, 1990 z późn. zm.) w art. L 122-7 Kodeksu Ubezpieczeniowego postanawia że (tłum. własne) „*umowy ubezpieczeniowe gwarantujące szkody od ognia lub wszelkie inne uszkodzenia mienia znajdującego się we Francji, a także uszkodzenia pojazdów silnikowych, otwierają prawo do ubezpieczenia przeciwko skutkom spowodowanym huraganami i burzami, czy cyklonami*”⁴⁹. Ubezpieczenie takiego ryzyka pozwala na prawne pokrycie wielu roszczeń, tj. ubezpieczenie przeciwpożarowe, ubezpieczenie mienia, ubezpieczenie lądowych pojazdów mechanicznych, które pokrywają z mocy prawa szkody spowodowane przez burze, huragany, cyklony, a także szkody powstałe w wyniku ataku lub aktu terrorystycznego, a nawet wynikające ze szkód technologicznych czy klęsk naturalnych.

Ubezpieczyciele regularnie zawierają standardowe umowy ubezpieczenia, niektóre z nich stosowane są w celu ustanowienia rozwiązań w zakresach nie zawsze regulowanych przez ustawodawcę. Praktykę taką można zaobserwować w sprawach dotyczących ubezpieczenia morskiego.

Od XIX wieku pojawiały się we Francji warunki ogólne w sprawach ubezpieczenia morskiego, które dotyczyły towaru czy statku. Standardowe tego typu polisy ubezpieczeniowe istniały od 1885 roku. Ubezpieczenia morskie funkcjonują od dawna w sposób stabilny. Ubezpieczeni zgrupowani obecnie wokół Francuskiej Federacji Ubezpieczeń -FFA (Federation Francaise de l'Assurance)⁵⁰ stale uzgadniają obowiązujące wobec siebie wzorce umów w różnych i zróżnicowanych sprawach ubezpieczeń morskich, podobnie jak umowy dotyczące likwidacji szkód, warunki ogólne obowiązujące w sprawach ubezpieczenia szkód, warunki ogólne ubezpieczeń transportowych. Inne standardowe warunki umowne są stosowane wobec ubezpieczonych. Tak jest w przypadku ogólnych warunków co do ubezpieczenia szkód (zob. Zurich Compagnie d'Assurances SA, 2024). Wszystkie one zawierają informacje o tym jak należy się zachować, jaka praktyka jest aktualnie stosowana. Warunki ogólne odzwierciedlają wspólne praktyki zawodowe także celem ich dalszej standaryzacji.

⁴⁹Art. L 122-7 Kodeksu Ubezpieczeń - *Les contrats d'assurance garantissent les dommages d'incendie ou tout autre dommages a bien situes en France ainsi que les dommages aux corps de véhicules terrestres a moteur ouvrent droit a la garantie de l'assure contre les effets du vent du aux tempêtes ouragans et cyclones.*

⁵⁰ Wcześniej we Francji funkcjonowało FFSA (Fédération Française des Societes d'Assurance) i GEMA (Groupement des Mutuelles d'Assurance). Od 2016 r. dokonano fuzji i powstała FFA- Federation Francaise de l'Assurance.

2.6.1. Dobre praktyki w ubezpieczeniach.

We Francji istnieją kodeksy dobrych praktyk dla określonych sektorów gospodarki, do których zachęca ustawodawca. Ustawa nr 2008-776 z dnia 4 sierpnia 2008 r. o modernizacji gospodarki (Loi nr 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, JORF, 2008 z późn. zm.) stanowi w art. 152, że (tłum. własne) „ustanowienie z inicjatywy profesjonalistów kodeksu dobrych praktyk w zakresie obrotu instrumentami finansowymi, produktami oszczędnościowymi lub ubezpieczenia na życie, może zatwierdzić Minister Gospodarki”⁵¹. W tym zakresie rozporządzenie nr 2008-1271 z dnia 5 grudnia 2008 r. (Ordonnance nr 2008-1271, 5.12.2008 relative à la mise en place de codes de conduite et de conventions régissant les rapports entre les producteurs et les distributeurs, en matière de commercialisation d'instruments financiers, de produits d'épargne et d'assurance sur la vie, JORF, 6.12.2008 z późn. zm.) odnosi się do postępowania i umów obowiązujących producentów i dystrybucji w zakresie obrotu instrumentami finansowymi, produktami oszczędnościowymi i ubezpieczeniami na życie. Artykuł L310 - 9 -1 Kodeksu Ubezpieczeń wynika także z rozporządzenia nr 2009-106 z dnia 30 czerwca 2009 r. (Ordonnance nr 2009-106 du 30 janvier 2009 portant sur la commercialisation des produits d'assurance sur la vie et sur des opérations de prévoyance collective et d'assurance, JORF, 31.01.2009 z późn. zm.) wskazuje na to że minister do spraw gospodarki może zatwierdzić zarządzeniem kodeksy dobrych praktyk, które dotyczą indywidualnych umów ubezpieczenia dotyczących ceny wykupu, umów kapitalizacji oraz umów, o których mowa w art. L 132-5-3 do L441-1 Kodeksu Ubezpieczeń.

Kodyfikacja dobrego postępowania na rynku ubezpieczeń legalizuje już istniejącą praktykę. ACPR organ nadzoru, może wydać zalecenia dotyczące wzbogacenia zasad dobrych praktyk zawodowych⁵². Kodeks dobrych praktyk ma tę zaletę, że jest dostosowany do spraw zawodowych i ograniczeń technicznych, ale także jest akceptowany przez tych, których dotyczy, a ponadto umożliwia wypracowanie zbioru zasad dobrego postępowania. Elastyczne, ustrukturyzowane praktyki, można modyfikować w miarę potrzeb, a jego późniejsze modyfikacje mają tę zaletę, że są proste i szybko osiągalne. Duża adaptacja do potrzeb rynku,

⁵¹ Art. 152 loi nr 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie (ustawy z dnia 4 sierpnia 2008 r. o modernizacji gospodarki) – „La mise en place a l'incitative des professionnels de code de bonne conduite en matière de commercialisation d'instruments financiers, des produits d'épargne, ou d'assurance sur vie, que le ministre de l'Economie peut homologuer”.

⁵² Rekomendacja ACPR opiera się na zaleceniu nr 2011-R-01 z dnia 26 stycznia 2011 r. i dotyczy zarządzania przez instytucje kredytowe głównymi rachunkami na rachunku bieżącym.

a także reaktywność i szybkość, z jaką będzie dostosowywana lub modyfikowana, sprawiają, że jest to efektywny sposób regulacji.

Zasadą kodeksów etycznych uchwalonych przez organy federacji zawodów związanych z rynkiem finansowym jest dostosowanie się do oczekiwań i rozwoju sektora działalności. W sektorze bankowym i ubezpieczeniowym państwo powierza organizacjom zawodowym zadanie opracowania kodeksów dobrych praktyk. Państwo francuskie deleguje swoje kompetencje unikając autorytaryzmu, preferując zajęcie się sprawą przez praktycznych ekspertów codziennie funkcjonujących na rynku finansowym, zamiast forsowania odgórnej reformy systemu. Państwo kontroluje powstawanie kodeksów dobrych praktyk (Aubry, 2009, 2504) kontrola ta jest przeprowadzana w szczególności poprzez zatwierdzenie kodeksu na podstawie art. L 310-9 Kodeksu Ubezpieczeń wynikającego z dekretu 2009-106 (Ordonnance nr 2009-106 du 30 janvier 2009 portant sur la commercialisation des produits d'assurance sur la vie et sur des opérations de prévoyance collective et d'assurance). Deontologia ubezpieczeniowa zrodzona z inicjatywy byłej francuskiej federacji towarzystw ubezpieczeniowych znalazła wsparcie u dawnego Zrzeszenia Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych, przy opracowaniu kompendium zobowiązań etycznych przez członków FFSA i GEMA. Zobowiązania etyczne są obecnie zatwierdzane przez FFA, która posiada komisję etyczną, orzekającą w tym zakresie. Każdego roku badane są przepisy pod kątem deontologii, przepisy mające wpływ na rynek ubezpieczeń we Francji. Należy podkreślić, że obok zobowiązań etycznych na rynku ubezpieczeń istnieje specjalny kodeks etyczny dla pośredników ubezpieczeniowych.

2.7 Podsumowanie

Reasumując treść rozdziału, najważniejszym źródłem prawa ubezpieczeń pozostaje we Francji Kodeks Ubezpieczeń. Traktowany jest jako prawo ogólne w zakresie prawa ubezpieczeń. We francuskiej doktrynie i orzecznictwie podkreśla się jednak, że prawo ubezpieczeń pomimo, iż ma charakter autonomiczny – nie jest izolowane od innych źródeł prawa, nie jest zamknięte na szczegółowe rozwiązania ustawowe. W stosunku do Kodeksu Cywilnego, Kodeks Ubezpieczeń obejmuje wiele wyłączeń, szczególnie w nawiązaniu do przepisów prawa rodzinnego (Mayaux, 1994, 423-436). Rola Kodeksu Cywilnego w ubezpieczeniach została w pewnym stopniu ograniczona poprzez rozwój regulacji ubezpieczeń w ciągu kilkuset lat. Natomiast w związku z nadzorem nad rynkiem ubezpieczeniowym i

transakcjami ubezpieczeniowymi przez organy regulacyjne, ubezpieczenia i bankowość są regulowane prawem finansowym, w szczególności prawem rynku finansowego.

Rozdział 3. Kontrola i nadzór ubezpieczeniowy we Francji

3.1 Ujęcie historyczne kontroli nad ubezpieczeniami we Francji

Ubezpieczenia pozostają pod ścisłą kontrolą państwa ze względu na znaczną wagę finansową tego sektora. Ustawodawca francuski powołał instytucje nadzoru specyficzne dla ubezpieczeń (por. Zawadzka, 2015, 131-139), choć można zauważyć, że działalność ubezpieczeniowa jest również kontrolowana przez instytucje niekoniecznie specyficzne dla branży ubezpieczeniowej, o których będzie mowa w dalszej części rozdziału.

Utworzenie i zracjonalizowanie instytucji kontroli ubezpieczeń zajęło we Francji dużo czasu, jest także procesem kontynuowanym obecnie.

Państwowa kontrola ubezpieczeń we Francji rozpoczęła się na podstawie ustawy z dnia 15 lutego 1917 r., która po raz pierwszy wymagała uzyskania zezwolenia dla ubezpieczeniowych spółek zagranicznych chcących działać na terytorium francuskim (<https://www.economie.gouv.fr>). Upoważnienie to zostało udzielone w okolicznościach czysto politycznych, a nawet strategicznych (<https://www.economie.gouv.fr>). Nie chciano, aby wróg mógł prowadzić poszukiwania klientów we Francji, chociaż przede wszystkim celem miało być uniemożliwienie przekazywania danych wojskowych poprzez akta ubezpieczeniowe, a następnie przez reasekurację z terytorium państw obcych⁵³.

Kontrola państwa nad ubezpieczeniami rozpoczęła się w momencie wejścia w życie dekretu z 8 sierpnia 1935 roku (Décret-loi, 8.08.1935 instituant au controle en matiere d'assurance automobile, JORF, 1935), który wprowadził kontrolę państwa nad ubezpieczeniami szkód wynikających z wypadków samochodowych. Dekret był wielokrotnie zmieniany, szczególnie dekretem w 1938 roku i dekretem z 30 grudnia 1939 r., w których urzeczywistniono kontrolę państwa nad zakładami ubezpieczeniowymi (Décret-loi, 8.08.1935 instituant au controle en matiere d'assurance automobile, JORF, 1935). Dekret z 1938 r. i ustawa z 1 sierpnia 1949 r. pokazały dążenie do ustanowienia publicznej służby ubezpieczeniowej poprzez wprowadzenie gospodarki mieszanej (prywatno-publicznej), której realizacja miała miejsce w ustawie z 24 kwietnia 1946 (<https://www.economie.gouv.fr>)

W uzasadnieniu projektu dekretu z 1938 r. stwierdzono, że *„branża ubezpieczeniowa i kapitalizacyjna zajmują ważne miejsce w ogólnej gospodarce kraju, mają prawie 25 miliardów kapitału i odgrywają zasadniczą rolę w tworzeniu, przechowywaniu i wykorzystywaniu*

oszczędności publicznych”⁵⁴. To uzasadnienie przyspieszyło ujednoczenie kontroli ubezpieczeń przygotowując racjonalny model ubezpieczeń, gwarantujący dominację ochrony interesu ogólnego wobec interesu indywidualnego. Podobne uzasadnienie odnajdujemy dla obecnego art.L 310-1 Kodeksu Ubezpieczeń⁵⁵.

Reformy procesu kontroli ubezpieczeń były dość liczne i nie do końca oczekiwane. Kontrola działalności ubezpieczeniowej została przewidziana od początku dla jednego organu regulacyjnego nawet jeżeli sprawy sporne znajdowały i znajdują finalnie rozwiązanie w sądzie.

Organ ds. Restrukturyzacji i Uporządkowanej Likwidacji- Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dalej ACPR zajmuje się kontrolą działalności ubezpieczeniowej, natomiast wiele jego kompetencji sukcesywnie dodawano poszczególnym istniejącym w przeszłości organom (Mariański, 2023, 38-43).

Organami kontroli ubezpieczeń w przeszłości był minister właściwy dla gospodarki, Komisja kontroli ubezpieczeń, Urząd kontroli ubezpieczeń i ubezpieczeń wzajemnych, Komisja przedsiębiorców ubezpieczeniowych, która jak wymienione wyżej organy kontroli, przestała istnieć po reformach.

Historycznie pierwszym organem kontroli ubezpieczeń był we Francji Minister Pracy, który sprawował kontrolę nad przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi. Wynikało to z połączenia działalności ubezpieczenia społecznego i działalności ubezpieczeniowej. W 1940 r. nastąpiła zmiana podmiotu sprawującego kontrolę, przeszła ona w ręce Ministra Gospodarki i to rozwiązanie przetrwało ponad 50 lat.

Komisja kontroli ubezpieczeń (Commission de contrôle des assurances) została utworzona w 1989 r. kiedy podjęto decyzję o przeniesieniu kontroli ubezpieczeń z poziomu ministerialnego i utworzenia niezależnego organu Komisji kontroli ubezpieczeń, w której wyodrębniono dwie sekcje - rynku i pośredników ubezpieczeniowych. W 2003 r. ustawą o bezpieczeństwie finansowym (Loi nr 2003-706, 2003 de sécurité financière, JORF, 2003 z późn. zm). wprowadzono instytucję Komisji kontroli ubezpieczeń, ubezpieczeń wzajemnych i instytucji ostrożnościowych, w składzie pięciu osób z pochodzących z różnych organów, także

⁵⁴ *"l'industrie des assurances et de la capitalisation occupe une place importante dans l'economie generale du pays. la societes privees qui exploitent ces branches d'activiye detiennent en effet en representation de leurs engagements pres de 25 milards de capitaux. Elles jouent un role primordilae dans la formation la conservation et l'utilisation de l'epargne publique. Les assureurs français cumulent 2 742 Md€ de placements à l'actif de leur bilan à fin 2021. 62 % de ce montant sont investis dans des actifs d'entreprises. Ces investissements prennent la forme d'obligations (34 %), d'actions (22 %) et d'immobilier d'entreprises (6 %). Près de la moitié des investissements des assureurs sont réalisés dans les entreprises en France"*, France Assureurs, Les assureurs, moteur du financement de l'économie, <https://www.franceassureurs.fr/assurance-finance/les-assureurs-moteur-du-financement-de-leconomie/>, s. 1, dostępnie dnia 07.10.2022.

⁵⁵ Le controle de l'Etat s'exerce dans l'interet des assures souscription et beneficiares de contrats d'assurances et de capitalisation.

jurysdykcyjnych, mianowanych przez Ministra Gospodarki i Finansów na pięć lat (Art. 310-12-1 Kodeksu Ubezpieczeń).

Komisja przekształcono w 2005 roku w Urząd Kontroli Ubezpieczeń i Ubezpieczeń Wzajemnych (l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles- ACAM). Funkcje ACAM były wymienione w art. L.310-12 Kodeksu Ubezpieczeń. ACAM wykonywała swoją misję w stosunku do zakładów krajowych, ubezpieczeniowych grup kapitałowych, czy europejskich zakładów ubezpieczeń działających na podstawie swobody świadczenia usług.

W skład Urzędu ACAM wchodziło 19 osób z różnych organów rynku finansowego i czterech reprezentantów mianowanych ze względu na ich kompetencje. W Urzędzie występowały różne komisje wewnętrzne mające kompetencje decyzyjne jak i konsultacyjne.

Komitet zakładów ubezpieczeń - (Comité des entreprises d'assurance -CEA)⁵⁶ został utworzony 1 sierpnia 2003 r. Skład komitetu i jego kompetencje były uregulowane w Kodeksie Ubezpieczeń. Funkcje wypełniane przez CEA obejmowały między innymi wydawanie zezwoleń i decyzji o braku zezwoleń indywidualnych wynikających z art.L 310 – 1-1 Kodeksu Ubezpieczeń, z wyjątkiem kompetencji zarezerwowanych dla ACAM⁵⁷. CEA wydawała między innymi opinie w zakresie połączeń podmiotów ubezpieczeniowych dla Rady ds. Konkurencji i Koncentracji (Conseil de la concurrence sur les concentrations), czy opinie ws. cesji umów ubezpieczenia między ubezpieczycielami na skutek połączeń podmiotów. Kompetencje CEA wynikały z kompetencji Ministra ds. Wzajemności i Ubezpieczenia Społecznego (Ministre de la Mutualité et de la Sécurité Sociale). Inną ważną funkcją CEA było sprawdzanie kandydatur na członków zarządów spółek ubezpieczeniowych i ocena ich rękopisami. CEA składała się, jako organ kolegialny, z kilkunastu reprezentantów zarówno wymiaru sprawiedliwości, innych organów kontrolnych, mianowanych przez Ministra Gospodarki na trzy lata. W jej składzie były także osoby reprezentujące środowiska zawodowe, przedsiębiorców ubezpieczeniowych i reasekuryzacji i podobnie jak w wielu organach kolegialnych, kilka osób posiadających wiedzę i doświadczenie w zakresie ubezpieczeń. Wyjątkowo w skład komisji można było powołać członków ad hoc. Została zlikwidowana w 2010 r.

⁵⁶ CEA nie był to organ powiązany z Europejskim Komitetem Ubezpieczeń – Comité Européen des Assurances, który to organ europejski zrzesza najważniejsze federacje i związki przedsiębiorców ubezpieczeniowych w UE.

⁵⁷ Wynikających z poprzedniego art. L.301-12-1 Kodeksu Ubezpieczeń.

3.2 ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution- Urząd ds. Restrukturyzacji i Uporządkowanej Likwidacji jako organ regulacji i kontroli na rynku ubezpieczeń

3.2.1 Rola, misja i sposób funkcjonowania ACPR

ACPR we Francji utworzono mocą rozporządzenia z dnia 21 stycznia 2010 r. najpierw jako ACP - Autorité de contrôle prudentiel, którą przekształcono w Urząd ds. Restrukturyzacji i Uporządkowanej Likwidacji (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR) na mocy ustawy nr 2013-672 z dnia 26 lipca 2013 r. (Loi nr 2013-672, 2013 de séparation et de régulation des activités bancaires, JORF, 2013).

ACPR jest niezależnym organem administracyjnym wspieranym przez Banque de France. Jest również następcą ACAM (Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles) i CCAMIP Komisji kontroli ubezpieczeń, zakładów ubezpieczeń wzajemnych i instytucji pomocowych (Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance).

ACPR jest także wynikiem połączenia organów wydających zezwolenia w ubezpieczeniach, w bankowości, również innych instytucji nadzoru ubezpieczeniowego i bankowego: Komisji Bankowej (Commission bancaire), Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Ubezpieczeń Wzajemnych i Pomocowych (Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance - ACAM), Komitetu Zakładów Ubezpieczeń (Comité des Entreprises d'Assurance - CEA) oraz Komitetu Instytucji Kredytowych i Firm Inwestycyjnych (Comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement - CECEI). Tak szeroki zakres kompetencji pokazuje jak silną pozycję regulacyjno-kontrolno-wykonawczą posiada ACPR obecnie.

Art. 255 ustawy z 26 lipca 2013 r. (Loi nr 2013-672, 2013 de séparation et de régulation des activités bancaires, JORF, 2013) określa misję ACPR, którą jest zapewnienie zachowania stabilności systemu finansowego i ochrony klientów, ubezpieczonych, członków i beneficjentów podmiotów podlegających jego kontroli. ACPR ma zatem na celu ochronę interesu ogólnego i indywidualnego w gospodarce, finansach i ubezpieczeniach.

ACPR jako administracyjny organ regulacji rynku finansowego (Calandri, 2009, 448) dba aby podmioty nadzorowane przestrzegały w zakresie działań na rynku finansowym, obowiązujących przepisów UE, prawa francuskiego w tym Kodeksu Monetarnego i Finansowego, Kodeksu Ubezpieczeń, księgi IX Kodeksu Ubezpieczenia Społecznego,

Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych, księgi III Kodeksu Konsumenckiego, art. 26-4-26-8 ustawy nr 65-557 z dnia 10 lipca 1965 r.o ustalaniu statusu współwłasności budynków zabudowanych (Loi nr 65-557, 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, JORF 1965 z późn. zm.) i wszelkich innych przepisów ustawowych i wykonawczych, których nieznaną pociąga za sobą konsekwencje prawne (Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L612-1, I.).

W sektorze ubezpieczeń ACPR jest odpowiedzialna za podejmowanie decyzji w sprawie wniosków, zezwoleń lub indywidualnych odstępstw od zezwolenia podmiotom podlegającym kontroli oraz podejmowanie decyzji przewidzianych w mających zastosowanie europejskich przepisach, ustawach i aktach wykonawczych (Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L612-1, II, 1°) za sprawowanie stałego nadzoru nad sytuacją finansową i warunkami jej działalności (Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L612-1, II, 2°) czyli kontrolę zgodności z wymogami wypłacalności, kontrolę zdolności ubezpieczycieli do dotrzymywania, w dowolnym momencie zobowiązań, które podjęto wobec ubezpieczonych, członków, beneficjentów lub zakładów reasekuracji, za ustanowienie wymogu buforowego dla globalnych instytucji ubezpieczeniowych o znaczeniu systemowym i innych instytucji o znaczeniu systemowym oraz zapewnienie zgodności z globalnym wymogiem kapitałowym, za zapewnienie przestrzegania przez zakłady podlegające jego kontroli ich obowiązków w zakresie praktyk handlowych wobec klientów (Kodeks Monetarny i Finansowy , art. L612-1, II, 6°), za zapewnienie opracowania i wdrożenia środków zapobiegania kryzysom bankowym i finansowym oraz ich rozwiązywania przewidzianych w tytule I rozdział III sekcja 4 księgi VI Kodeksu Monetarnego i Finansowego (Kodeks Monetarny i Finansowy , art. L612-1, II, 4°). ACPR odpowiada także za zapewnienie przestrzegania przez osoby podlegające kontroli zasad odnoszących się do procedur prowadzenia działalności przez nie samodzielnie lub za pośrednictwem spółek zależnych oraz do nabywania i nabywania operacji akcjonariatu (Kodeks Monetarny i Finansowy , art. L612-1, II, 5°) i za zapewnienie przestrzegania przez osoby podlegające kontroli zasad odnoszących się do walki z praniem pieniędzy i finansowaniem terroryzmu (Kodeks Monetarny i Finansowy , art. L612-1, II, 6°).

3.2.2 Zakres działania ACPR

ACPR jest niezależnym organem administracji, organem regulacyjnym w zakresie sektorów bankowego i ubezpieczeniowego, który posiada legitymację do występowania przed sądami. Może ustanowić się jako strona cywilna w procesach karnych, natomiast

przewodniczący ACPR może występować w każdej jurysdykcji przed wszystkimi sądami (Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L612-16). ACPR stoi na straży interesu ogólnego i interesów indywidualnych dotyczących gospodarki, finansów i ubezpieczeń. ACPR poza swoim budżetem, korzysta z dodatkowych środków przyznawanych przez Banque de France (Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L612-19 i 20). Można powiedzieć, że ACPR posiada pewnego rodzaju autonomię finansową (Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L612-18).

ACPR wypełnia wiele funkcji. Posiada uprawnienia przypisane wcześniej ACAM. Podstawową misją jest zachowanie stabilności systemu finansowego i ochrony klientów, posiadaczy polis, członków i beneficjentów osób podlegających kontroli. Funkcja ta oznacza kontrolę państwową sprawowaną przez ACPR zgodnie z artykułem L310-1 Kodeksu Ubezpieczeniowego. Organ jest odpowiedzialny za kontrolę przestrzegania przepisów Kodeksu Ubezpieczeniowego, może nakazać między innymi wycofanie lub zmianę dokumentu sprzecznego z przepisami ustawowymi lub wykonawczymi⁵⁸.

Zgodnie z art. L612-1 Kodeksu Monetarnego i Finansowego - Code Monétaire et Financier dalej KMF),⁵⁹ ACPR ma obowiązek dokonywania takich działań jak rozpatrywanie

⁵⁸ W ramach takich kompetencji ACPR narzuca pośrednikom w zakresie ubezpieczenia na życie zestaw informacji dla klientów, ACPR, 3.07. 2014, 2014-R-01.

⁵⁹ Art. L. 612-1 KMF wymienia obowiązki ACPR (fr.): 1° D'examiner les demandes d'autorisations ou de dérogations individuelles qui lui sont adressées et de prendre les décisions prévues par les dispositions européennes, législatives et réglementaires applicables aux personnes soumises à son contrôle; pour l'application du règlement (UE) nr 648/2012 du Parlement européen et du Conseil du 4 juillet 2012 sur les produits dérivés de gré à gré, les contreparties centrales et les référentiels centraux, elle examine notamment les notifications faites en application du 2 de l'article 4 et des articles 11 et 89 du même règlement, par celles des personnes soumises à son contrôle qui sont également des contreparties financières au sens du 8 de l'article 2 dudit règlement; 2° D'exercer une surveillance permanente de la situation financière et des conditions d'exploitation des personnes mentionnées au I de l'article L.612-2; elle contrôle notamment le respect de leurs exigences de solvabilité ainsi que, pour les personnes mentionnées aux 1° à 4° et 8° à 10° du A du I de l'article L.612-2, des règles relatives à la préservation de leur liquidité et, pour les personnes mentionnées aux 1° à 3°, 5°, 8° à 11° du B du I du même article, qu'elles sont en mesure de tenir à tout moment les engagements qu'elles ont pris envers leurs assurés, adhérents, bénéficiaires ou entreprises réassurées et les tiennent effectivement; pour l'application du règlement (UE) nr 648/2012 du Parlement européen et du Conseil du 4 juillet 2012 précité, elle contrôle également le respect des obligations et conditions prévues à l'article 3, au 2 de l'article 4 et à l'article 11 du même règlement par celles des personnes soumises à son contrôle qui sont également des contreparties financières au sens du 8 de l'article 2 dudit règlement; 2° bis De fixer l'exigence de coussin applicable aux établissements d'importance systémique mondiale et aux autres établissements d'importance systémique et de veiller au respect de l'exigence globale de coussin de fonds propres définie aux articles L.511-41-1 A et L533-2-1; 3° De veiller au respect par les personnes soumises à son contrôle des règles destinées à assurer la protection de leur clientèle, résultant notamment de toute disposition européenne, législative et réglementaire ou des codes de conduite approuvés à la demande d'une association professionnelle, ainsi que des bonnes pratiques de leur profession qu'elle constate ou recommande, ainsi qu'à l'adéquation des moyens et procédures qu'elles mettent en œuvre à cet effet; elle veille également à l'adéquation des moyens et procédures que ces personnes mettent en œuvre pour respecter le livre Ier ainsi que le chapitre II des titres Ier et II du livre II du code de la consommation; 4° De veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures de prévention et de résolution des crises bancaires prévues à la section 4 du chapitre III du présent code, et des mesures de prévention et de résolution des crises dans le secteur de l'assurance prévues au chapitre II du titre Ier du livre III du code des assurances; 5° De veiller au respect par les personnes soumises à son contrôle des règles relatives aux modalités d'exercice de leur activité par elles-mêmes ou par l'intermédiaire de filiales et aux opérations d'acquisition et de prise de participation; 6° De veiller au respect, par les personnes

kierowanych wniosków o indywidualne zezwolenia, podejmowanie decyzji przewidzianych przez europejskie przepisy, także przepisy wykonawcze mające zastosowanie do podmiotów podlegających kontroli, sprawowanie stałego nadzoru nad sytuacją finansową i warunkami działalności osób wymienionych w I art. L 612-2. W szczególności monitoruje przestrzeganie wymogów w zakresie wypłacalności, zapewnienia przestrzegania przez osoby podlegające jej kontroli zasad mających na celu zapewnienie ochrony klientów, wynikających w szczególności z wszelkich przepisów europejskich, kodeksów postępowania zatwierdzonych na wniosek stowarzyszeń zawodowych, a także dobrych praktyk, których przestrzegania zaleca. Podmioty podlegające kontroli ACPR są wymienione w art.L 612-2 KMF⁶⁰. Zakres oddziaływania Autorité de contrôle prudentiel et de résolution rozciąga się na instytucje sektora ubezpieczeń i sektora bankowego. W powyższym artykule KMF wymienione są podmioty, które obowiązkowo podlegają kontroli ACPR z wyszczególnieniem podmiotów sektora ubezpieczeniowego w lit. B artykułu i te, które mogą być kontrolowane przez organ⁶¹.

soumises à son contrôle, des règles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme dans les conditions prévues aux articles L.561-36 et L.561-36-1 du présent code; 7° De veiller au respect de l'article L.564-2. A l'issue des contrôles diligentés pour l'exercice de cette mission, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution communique à l'administration fiscale les documents et les informations nécessaires au respect de l'article 1649 AC du code général des impôts et de l'article L.102 AG du livre des procédures fiscales conformément à l'article L.84 D du même livre. Elle peut obtenir communication de l'administration fiscale des informations et documents nécessaires à l'exercice de cette mission conformément à l'article L.135 ZI dudit livre; 8° De veiller au respect, par les personnes soumises à son contrôle, sauf pour les activités de prestation de services d'investissement pour le compte de tiers, des dispositions qui leur sont applicables des articles 3, 4 et 5 du règlement (UE) 2019/2088 du Parlement européen et du Conseil du 27 novembre 2019 sur la publication d'informations en matière de durabilité dans le secteur des services financiers, au regard de leur stratégie d'investissement et de leur gestion des risques liés aux effets du changement climatique, ainsi que de l'article L.533-22-1 du présent code conformément aux articles L.310-1-1-3 et L385-7-2 du code des assurances, à l'article L.114-46-3 du code de la mutualité et aux articles L.931-3-8 et L.942-6-1 du code de la sécurité sociale. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043975099, dostępne dnia 28.09.2022.

⁶⁰ Art. L612-2 KMF (fr.) I. Relèvent de la compétence de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution:

A. Dans le secteur de la banque, des services de paiement et des services d'investissement: 1° Les établissements de crédit; 2° Les personnes suivantes: a) Les entreprises d'investissement et les succursales d'entreprise de pays tiers mentionnées à l'article L.532-48; b) Les entreprises de marché; c) Les adhérents aux chambres de compensation autres que les personnes mentionnées au 6 de l'article L.440-2; d) Les personnes habilitées à exercer les activités de conservation ou d'administration d'instruments financiers mentionnées aux 4° et 5° de l'article L.542-1; e) Les chambres de compensation; 3° Les établissements de paiement et les prestataires de services d'information sur les comptes; 4° Les compagnies financières holding et les compagnies financières holding mixtes; 4° bis Les compagnies holding mixtes pour les seules dispositions qui leur sont applicables en vertu de l'article L.517-10; 4° ter Les compagnies holding d'investissement et les compagnies holding d'investissement mères dans l'Union; 5° Les changeurs manuels; 6° Les organismes mentionnés au 5 de l'article L.511-6; 7° Les personnes morales mentionnées à l'article L.313-21-1; 8° Les établissements de monnaie électronique; 9° Les sociétés de financement; 10° Les entreprises mères de société de financement; 11° Les entreprises mères mixtes de société de financement pour les seules dispositions qui leur sont applicables en vertu de l'article L.517-10; 12° Les sociétés de tiers-financement mentionnées au 8 de l'article L.511-6, pour leur activité de crédit; 13° Les organes centraux mentionnés à l'article L.511-30.

⁶¹ Urząd może poddać swojej kontroli (fr.): 1° Toute personne ayant reçu d'un organisme pratiquant des opérations d'assurance un mandat de souscription ou de gestion ou souscrivant à un contrat d'assurance de groupe, ou exerçant, à quelque titre que ce soit, une activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance mentionnée à l'article L511-1 du code des assurances; 2° Toute personne qui s'entremet, directement ou indirectement, entre un organisme mentionné au 3° ou au 4° du B et une personne qui souhaite adhérer ou adhère à cet organisme; 2° bis

W odniesieniu do ubezpieczeń wzajemnych ACPR jest odpowiedzialna za towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i ich związki które regulowane są księgą II Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych, za podmioty zarządzające systemami gwarancji, o których mowa w art. L111-6 Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych, za związki towarzystw ubezpieczeń (Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych, art. L 111-4-2), (unions mutualistes de groupe -UMG)⁶².

ACPR ma też w swojej kognicji towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych czy związki zawodowe osób przechodzących na emeryturę, o których mowa w art. L214-1 Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych, podobnie jak ubezpieczeniowe spółki wchodzące w skład grup kapitałowych i ubezpieczeniowe grupy spółek, o których mowa w art. L322-1-2 Kodeksu Ubezpieczeń, pod warunkiem, że zrzeszają podmioty podlegające Kodeksowi Ubezpieczeń Wzajemnych. Ponadto ACPR sprawuje swój nadzór wobec pośredników ubezpieczeniowych. Natomiast towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i związki podlegające księdze III Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych nie podlegają kontroli ACPR. Są one kontrolowane przez ministra właściwego do spraw ubezpieczeń wzajemnych (Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych, art. L 111-4-2).

Czynności związane z zarządzaniem ustawowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego i macierzyńskiego oraz zarządzanie działalnością i świadczeniami w imieniu państwa lub innych organów publicznych wymienionych w art. L111-1 4° I Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych nie podlegają kontroli ACPR i są wyłączone spod jego kontroli.

W zakresie działań regulacyjnych ACPR przygotowuje projekty regulacji w swoim zakresie, wypracowuje po konsultacjach ze środowiskiem praktyków, kodeksy dobrych praktyk i wydaje zalecenia dla praktyków⁶³, może także kontrolować poprawność istniejących dobrych praktyk.

3.2.3 Sposób działania ACPR

Toute personne qui s'entremet, directement ou indirectement, entre un organisme mentionné au 10° du B du I et une personne qui souhaite adhérer ou adhère à cet organisme 3° Tout intermédiaire en opération de banque et en services de paiement; 4° Tout intermédiaire en financement participatif. Lorsqu'elle a soumis à son contrôle l'une des personnes mentionnées aux 1° à 4° du présent II, la section 2 du chapitre III du présent titre est applicable.

⁶² UMG został utworzony na mocy rozporządzenia z dnia 19 kwietnia 2001 r. i umożliwia rozwój wspólnych działań między różnymi podmiotami bez doprowadzania do ich solidarności finansowej.

⁶³ Dla przykładu (fr.) - Décision nr 2013-C-34 - Approbation d'un code de bonne conduite relatif à l'information sur le relevé de compte du total mensuel des frais bancaires et du montant de l'autorisation de découvert à la demande de la Fédération bancaire française, Instruction nr 2011-I-19 en date du 23 novembre 2011 relative à la procédure d'approbation d'un code de bonne conduite, <https://acpr.banque-france.fr/protoger-la-clientele/missions-et-actions-de-lacpr-en-faveur-de-la-protection-de-la-clientele/recueil-des-pratiques-commerciales/codes-de-conduite-approuves-par-lacpr>, dostępne dnia 28.09.2022.

Zasady jakimi posługuje się ACPR przy wydawaniu decyzji administracyjnych i rozstrzyganiu sporów obejmują kontrydiktoryjność, prawo do obrony, prawo do odwołania, prawo do przejrzystości procesu, zasadę bezstronności organu. Kontrydiktoryjność procedury przed ACPR wynika z art. L. 1612-35 KMF. Nad przestrzeganiem zasady czuwa Komisja ds sankcji ACPR. Pewne wyjątki od zasady znajdują się w kompetencjach sekretarza generalnego ACPR unormowane w art. L. 612-24 KMF⁶⁴.

Prawo do obrony przed ACPR przejawia się w tym, że strona może być wspierana lub reprezentowana przez dowolnego wybranego przez siebie pełnomocnika⁶⁵. Prawo do środków odwoławczych w postępowaniu przed ACPR jest uregulowane w art. R.311-1 Kodeksu Sprawiedliwości Administracyjnej (Code de la justice administrative)⁶⁶. Tylko Rada Stanu (Conseil d'Etat) jest właściwa do rozpatrywania w pierwszej i ostatniej instancji odwołań od decyzji podjętych przez ACPR⁶⁷.

Zasada jawności procedury przed ACPR jest konsekwencją stosowania jawności procedury jako zasady, chociaż w niektórych przypadkach, a szczególnie przed organami kontroli, ograniczenia w tym zakresie mogą wynikać z przestrzegania przez organy porządku publicznego oraz przypadku kiedy jawność rozprawy mogłaby naruszyć tajemnicę przedsiębiorcy czy inny rodzaj tajemnicy. Aktualna treść przepisów art. R.612-47 KMF wprowadza zasadę, że strona ma prawo wnosić aby sprawa była prowadzona w procedurze niejawnej.

Zasada bezstronności ACPR w rozstrzyganiu sporów została wprowadzona przez Radę Stanu. Zasada bezstronności jest oparta na zasadzie otwartości (fr. *principe de sincérité*). Art L612-10 KMF wskazuje, że członek kolegium czy komitetu ACPR nie może obradować ani uczestniczyć w pracach w sprawie, w której on lub w stosownych przypadkach, osoba prawna,

⁶⁴ Art. L.612-24 in fine (fr.) - „*Sous réserve de l'exercice des droits prévus pour les procédures contradictoires ou des exigences de procédures juridictionnelles, le secrétaire général de l'Autorité n'est pas tenu de communiquer aux personnes soumises à son contrôle ni aux tiers les documents les concernant qu'il a produits ou reçus, en particulier lorsque cette communication porterait atteinte à des secrets d'affaires ou au secret professionnel auquel l'Autorité est tenue*” – (tłum. własne) Sekretarz Generalny Urzędu nie ma obowiązku przekazywania osobom podlegającym jego kontroli ani osobom trzecim dotyczących ich dokumentów, które przedstawił lub otrzymał, w szczególności, gdy taka komunikacja naruszałaby tajemnice handlowe lub tajemnicę zawodową, którymi związany jest Urząd.

⁶⁵ Art. R.612-36 Kodeks Monetarny i Finansowy (fr.) - „*La notification des griefs informe la personne mise en cause qu'elle peut prendre connaissance et copie des pièces du dossier auprès du secrétariat de la commission des sanctions et se faire assister ou représenter par tout conseil de son choix*”.

⁶⁶ Kodeks zastąpił wcześniejszy Kodeks sądów administracyjnych i apelacyjnych sądów administracyjnych - Code des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel.

⁶⁷ Art. R.311-1, Kodeksu Sprawiedliwości Administracyjnej - Code de la Justice Administrative (fr.) – „*Des recours dirigés contre les décisions prises par les organes des autorités suivantes, au titre de leur mission de contrôle ou de régulation, (...) Le Conseil d'Etat est compétent pour connaître en premier et dernier ressort (...) pour l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, l'Autorité des marchés financiers*”.

w której sprawuje funkcję lub mandat lub którego jest przedstawicielem lub doradcą, ma w tym interes prawny. Nie może też brać udziału w naradzie dotyczącej sprawy, w której on sam lub, w stosownych przypadkach, osoba prawna, w ramach której sprawuje funkcje lub mandat lub w której jest pełnomocnikiem, doradcą, reprezentował jedną z zainteresowanych stron przez dwa lata poprzedzające obrady⁶⁸.

Także podstawą bezstronności jest zasada neutralności i integralności, ponieważ żaden członek Kolegium ani Komisji ACPR nie może być zatrudniony ani być pełnomocnikiem w podmiocie podlegającym kontroli urzędu. ACPR funkcjonuje także zgodnie z obowiązującymi dobrymi praktykami pracowników ACPR.

3.2.4 Uprawnienia kontrolne

Do wykonywania swoich zadań Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ma kilka rodzajów uprawnień. Kontrola podmiotów może być prowadzona przez ACPR zdalnie i na miejscu. W ramach zasady przejrzystości, ACPR opracowała dla sektora ubezpieczeniowego „Kartę prowadzenia misji inspekcji na miejscu”, tak aby zakłady ubezpieczeń mogły otrzymać informacje za pomocą jakich środków przeprowadzane są tego typu kontrole. ACPR może prowadzić kontrole także wobec oddziałów i filii zakładów znajdujących się za granicą w ramach obowiązujących umów międzynarodowych. Umożliwia to art.L 612-26 KMF, który zastąpił art. L 310-15 Kodeksu Ubezpieczeń. Na podstawie art.631-1 KMF organy kontroli takie jak ACPR, AMF, Banque de France, mają obowiązek współpracowania przy wymianie informacji koniecznych do funkcjonowania i prawidłowości na rynku finansowym. Nawet informacje, które objęte są ochroną prywatności osób fizycznych – jak stan zdrowia klienta, jego wysokość emerytury mogą być przekazywane innym organom nadzoru (zob. więcej Jurkowska-Zeidler, 2015, 236-245). Informacje chronione tajemnicą mogą być przekazywane w ramach obowiązku współpracy organów kontroli, natomiast przekroczenie uprawnień do przekazywania informacji podlega karze na podstawie art. 226-13 i 14 Kodeksu Karnego.

⁶⁸ Kodeks Monetarny i Finansowy, art. L.612-10 „*Aucun membre du collège de supervision, du collège de résolution ou de la commission des sanctions de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ne peut délibérer ou participer aux travaux de ceux-ci, dans une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il exerce des fonctions ou détient un mandat, ou dont il est l'avocat ou le conseil, a un intérêt ; il ne peut davantage participer à une délibération concernant une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il exerce des fonctions ou détient un mandat, ou dont il est l'avocat ou le conseil, a représenté une des parties intéressées au cours des deux années précédant la délibération.*”

Kontrole organizowane są przez Sekretarza Generalnego ACPR (Art. L.612-23 Kodeks Monetarny i Finansowy) są realizowane przez odpowiedzialne służby operacyjne. Sekretarz Generalny ACPR może jednak odwołać się do kontroli zewnętrznych jednostek certyfikujących, audytorów, ekspertów lub właściwych osób lub organów. W takim przypadku należy sporządzić z tymi osobami porozumienie, które określi zadania i warunki przeprowadzenia tego rodzaju kontroli (Art. L.612-23 i R.612-24 Kodeks Monetarny i Finansowy). W szczególności dokument zawiera klauzulę stanowiącą, że osoby te działają i organizują się w taki sposób, aby uniknąć konfliktu interesów, są ostrzegane o obowiązkach zachowania tajemnicy zawodowej, którym podlegają, oraz zapewniają, aby informacje uzyskane w trakcie wykonywania powierzonych im zadań były wykorzystywane wyłącznie do wykonywania tych zadań.

Osoba, do której się zwrócono o przeprowadzenie kontroli, ma obowiązek udzielenia informacji, tj. musi poinformować Sekretarza Generalnego o wszystkich relacjach zawodowych, jakie miała z podmiotem w jakim ma być przeprowadzona kontrola w ciągu ostatnich 3 lat. Osoba taka nie może zostać upoważniona, jeśli w tym okresie współpracowała lub doradzała w obszarach związanych z przedmiotem kontroli (Art. R.612-25 Kodeks Monetarny i Finansowy). Jak każda osoba uczestnicząca w wypełnianiu kontroli ACPR, podlega ona obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej (Art. L.612-17 Kodeks Monetarny i Finansowy). Kontrola zdalna polega na analizie dokumentów i informacji, które są przekazane ACPR zgodnie z ustalonym przez nią wykazem, częstotliwością i terminami (Art. L.612-24 Kodeks Monetarny i Finansowy). Dokumenty takie to np. sprawozdania księgowe i ostrożnościowe przekazywane przez kontrolowanego, uzupełnione sprawozdaniami z kontroli wewnętrznej, dotyczące wypłacalności i reasekuracji (które różnią się w zależności od tego, czy ubezpieczyciel podlega dyrektywie Solvency II, czy też nie). Ponadto podlegający kontrolowani mogą zostać poproszeni o wszelkie informacje, dokumenty, niezależnie od nośnika, ich kopię, jak również wszelkie wyjaśnienia lub uzasadnienia niezbędne do wykonywania kontroli. Jednostki poddane audytowi mogą być również zobowiązane do dostarczania sprawozdań biegłych rewidentów oraz ogólnie wszelkich dokumentów księgowych, których poświadczenia biegły rewident może, w miarę potrzeby, zażądać. W ramach swojej misji Sekretarz Generalny ACPR może zwołać i przesłuchać każdą osobę podlegającą kontroli, której przesłuchanie jest niezbędne do wykonania kontroli (Art. L. 612-24 Kodeks Monetarny i Finansowy). Ponadto, w przypadku gdy ubezpieczyciel świadczy swoje usługi w Internecie, administratorzy mogą, w celu uzyskania dostępu do informacji i materiałów dostępnych w ramach tych usług, korzystać z fikcyjnej tożsamości (działalność

niejawna), nie ponosząc za to odpowiedzialności karnej. Wydaje się, że takie uprawnienie przydałoby się nadzorowi w Polsce – Komisji Nadzoru Finansowego i Urzędowi Komisji Nadzoru Finansowego które nie posiadają możliwości prowadzenia nadzoru czy kontroli w sposób niejawnny (z użyciem fikcyjnej tożsamości). Zakres kontroli na miejscu zależy od wyników kontroli zdalnej, jak również od jakości przekazywanych informacji i sytuacji finansowej jednostki oraz wartości ubezpieczonych roszczeń. Podczas kontroli na miejscu analizowany jest poziom tworzenia rezerw i zgodności z zasadami ostrożnościowymi, jakość systemu zarządzania, przestrzeganie zasad zarządzania, kontrola ryzyka oraz perspektywiczna wypłacalność podmiotu. Kontrole na miejscu, w ramach których można zbadać cały zakres działalności danego podmiotu, najczęściej opierają się na szczegółowej uprzedniej analizie sprawozdań i mają na celu ocenę funkcjonowania podmiotu i stosowania przepisów.

Protokół z kontroli sporządza się na zakończenie kontroli na miejscu. Projekt protokołu jest podawany do wiadomości podmiotu poddanego kontroli. Mogą one zgłaszać swoje zastrzeżenia, które zostaną uwzględnione w protokole końcowym, co ma na celu zapewnienie poszanowania prawa wysłuchania strony. Autorité jest zobowiązana do uwzględnienia wniosków o przesłuchanie, złożonych przez podmioty objęte kontrolą w celu przedstawienia ich uwag ustnych, mimo że przedstawiły one już wcześniej uwagi na piśmie. Działania następcze, jak również wszelkie informacje przekazywane kontrolowanym osobom, które obejmują ocenę ich sytuacji, nie mogą być przekazywane podmiotom trzecim, z wyjątkiem przypadków, w których prawo tak stanowi, bez zgody ACPR (Art. L.612-27 Kodeks Monetarny i Finansowy).

Sekretarz Generalny Autorité de contrôle prudentiel et de résolution może podjąć decyzję o rozszerzeniu kontroli na miejscu w stosunku do każdego podmiotu podlegającemu jego nadzorowi do jakiegokolwiek innej spółki lub osoby prawnej należącej do tej samej grupy, do podmiotów wszelkiego rodzaju, które zawarły, bezpośrednio lub pośrednio, z zakładem ubezpieczeń umowę o zarządzanie, reasekurację lub jakikolwiek inny rodzaj umowy, która może mieć wpływ na jego autonomię działania lub decyzję dotyczącą którejkolwiek z jego dziedzin działalności oraz towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i związków, które są powiązane (Art. L.612-26 Kodeks Monetarny i Finansowy).

O decyzji o rozszerzeniu kontroli powiadamia się osobę, na którą rozszerzono kontrolę, listem poleconym z potwierdzeniem odbioru, doręczonym za pokwitowaniem lub czynnością komornika sądowego lub w jakikolwiek inny sposób w celu umożliwienia jednoznacznej identyfikacji daty odbioru (Art. R.612-29 Kodeks Monetarny i Finansowy). Fakty zebrane w

trakcie rozszerzenia kontroli mogą być przekazane głównej osobie podlegającej kontroli, bez uszczerbku dla tajemnicy zawodowej.

3.2.5 Uprawnienia o charakterze nadzorczym i sankcyjnym

W swoim podejściu do nadzoru, ACPR dostosowuje intensywność nadzoru do ryzyka i wpływu ocenianego dla każdego zakładu czy grupy ubezpieczeniowej. Dokładniej rzecz ujmując, proces nadzoru ostrożnościowego składa się z trzech kolejnych etapów, podczas których Urząd ocenia wpływ i ryzyko każdej grupy i zakładu ubezpieczeń – na tej podstawie przeprowadza szczegółowy przegląd ryzyk a w razie potrzeby podejmuje środki nadzorcze.

Po pierwsze, ACPR ocenia daną grupę ubezpieczeniową lub zakład ubezpieczeń poprzez ocenę potencjalnego wpływu niewykonania zobowiązania na ubezpieczających i beneficjentów, a także na rynki, na których działa, w szczególności w odniesieniu do sytuacji gospodarczej i powiązań z innymi podmiotami oraz poprzez uwzględnienie w szczególności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i obrotów na rynku globalnym, a więc także na innych zagranicznych rynkach, na których działa dana grupa lub zakład (<https://acpr.banque-france.fr>).

Jednocześnie Autorité sprawdza ryzyko grupy lub organizacji ubezpieczeniowej poprzez ocenę poziomu niepewności co do ich zdolności do wywiązywania się z zobowiązań, a w szczególności posiadania wystarczającego kapitału na pokrycie swoich wymogów kapitałowych. Urząd uwzględnia ilościowe i jakościowe wskaźniki w celu identyfikacji i oceny obecnych i przyszłych poziomów ryzyka, które mogą mieć wpływ na grupę lub zakład ubezpieczeń, w tym na zdolność do przetrwania niekorzystnych warunków ekonomicznych oraz ich wpływ na wypłacalność i wynik finansowy, ich zdolność do wypełniania swoich zobowiązań wobec ubezpieczycieli i innych beneficjentów. Urząd opiera się również na jakości zarządzania, zarządzaniu ryzykiem, kontroli wewnętrznej i audycie. Ponadto ACPR bierze również pod uwagę charakter grupy lub organizacji ubezpieczeniowej, uprawnienia, z których korzysta, sankcje, którym podlega, oraz szczególne ryzyko. Na podstawie oceny ich wpływu i związanego z nimi ryzyka Urząd ustala program pracy dostosowany do każdej grupy i organizacji ubezpieczeniowej, którego realizacja prowadzi w szczególności do szczegółowych przeglądów dokumentów, kontroli na miejscu, ankiet lub testów warunków skrajnych. W razie potrzeby nadzorowaną organizację lub grupę można wezwać do przesłania Urzędowi dodatkowych informacji. W ramach tych prac Urząd przyjmuje metodę przekrojowej lub ukierunkowanej analizy tematycznej zidentyfikowanych obszarów ryzyka. Urząd podejmuje naprawcze środki nadzorcze i zapewnia, że są one spójne, proporcjonalne,

obiektywne i udokumentowane. W szczególności istnieje prawdopodobieństwo podjęcia przez Urząd decyzji administracyjnych mających na celu wdrożenie przez organ środków naprawczych, a w razie konieczności wszczęcia postępowania sankcyjnego. Powiadomienie organów co do środków, które mają zostać wdrożone, odbywa się na piśmie i w stosownych przypadkach, zgodnie z odpowiednim harmonogramem, którego ma przestrzegać zakład lub grupa (<https://acpr.banque-france.fr>).

Uprawnienie ACPR do podejmowania innych działań administracyjnych polega na tym, że gdy ACPR stwierdza niebezpieczne praktyki zakładu ubezpieczeń podczas kontroli, może podjąć kroki takie jak wydanie ostrzeżenia (Art. L.612-30 Kodeks Monetarny i Finansowy), formalne zawiadomienie organów ścigania, środki zapobiegawcze,⁶⁹ powołanie tymczasowego administratora⁷⁰ itp. Może także żądać sporządzenia planu naprawczego na mocy art. L 612-30 KMF, żądać w określonym czasie poprawienia sytuacji finansowej zakładu (art. 612-31 KMF⁷¹), zmiany metod zarządzania zakładem (art. 612-32 KMF)⁷². ACPR może zastosować środki zabezpieczające gdy interes zakładu ubezpieczeniowego może lub jest naruszony, wtedy może zabronić stosowania niektórych praktyk handlowych czy je ograniczyć, powołać tymczasowego administratora podmiotu kontrolowanego. W ramach swoich uprawnień, ACPR informuje organy ścigania o faktach mogących uzasadniać postępowanie karne. Zgodnie z art. L612-28 KMF⁷³, ACPR informuje organy ochrony uczciwej konkurencji o działaniach dokonanych wbrew zasadom. Zgodnie z art. L.612-33 KMF gdy wypłacalność lub płynność osoby podlegającej kontroli ACPR lub gdy interesy jej klientów, ubezpieczonych, członków

⁶⁹ Art. L.612-33 Kodeks Monetarny i Finansowy (tłum. własne) „*W przypadku gdy wypłacalność lub płynność podmiotu nadzorowanego lub gdy interesy ich członków lub beneficjentów są zagrożone lub mogą być zagrożone, ACPR podejmuje niezbędne środki ostrożności*”.

W związku z tym ACPR może m.in. umieścić podmiot pod specjalnym nadzorem, zlecać jednemu lub kilku swoim pracownikom przeprowadzenie stałej misji obserwacyjnej w obrębie danego podmiotu w celu zapewnienia ścisłego monitorowania jego sytuacji, czasowo ograniczyć lub zakazać wykonywania niektórych transakcji lub działań przez ten organ, w tym przyjmowania składek lub depozytów, zawiesić, ograniczyć lub czasowo zakazać swobodnego rozporządzania całością lub częścią aktywów organu kontrolowanego na warunkach określonych w art. R.612-32 Kodeksu Monetarnego i Finansowego.

⁷⁰ Art. L.612-34 Kodeks Monetarny i Finansowy. ACPR może wyznaczyć zarządcę tymczasowego dla podmiotu nadzorowanego, na którego przechodzą wszystkie uprawnienia w zakresie administracji, kierownictwa i reprezentacji danej osoby prawnej.

⁷¹ Art. L.612-31 Kodeks Monetarny i Finansowy. ACPR może wezwać podmiot nadzorowany do formalnego podjęcia, w określonym terminie, wszelkich środków mających na celu doprowadzenie jej do zgodności z obowiązkami, którym podlega.

⁷² Art. L.612-32 oraz R.612-30 Kodeks Monetarny i Finansowy. ACPR może zażądać od każdej osoby podlegającej jego kontroli przedłożenia do zatwierdzenia programu naprawy obejmującego wszelkie środki służące przywróceniu lub wzmocnieniu sytuacji finansowej lub płynnościowej, poprawie metod zarządzania lub zapewnieniu celów rozwojowych. Organ kontrolowany musi przekazać program naprawy w ciągu 1 miesiąca.

⁷³ Art. L.612-28 Kodeks Monetarny i Finansowy w przypadku stwierdzenia faktów, które mogą uzasadniać postępowanie karne, przewodniczący ACPR informuje prokuratora właściwego terytorialnie, bez uszczerbku dla działań, które ACPR może podjąć samodzielnie wobec danego podmiotu.

lub beneficjentów są zagrożone lub mogą być zagrożone, ACPR podejmuje środki zabezpieczające takie jak ograniczenie czy zawieszenie możliwości dokonywania określonych transakcji przez podmiot kontrolowany oraz częściowe zablokowanie aktywów podmiotu kontrolowanego.

ACPR może sankcjonować naruszenia przepisów ustawowych i wykonawczych, także za pomocą sankcji dyscyplinujących - upomnienia, nagany, zakazu wykonywania określonych transakcji lub ograniczeń działalności, czasowego zawieszenia osób uprawnionych do reprezentacji w podmiocie kontrolowanym, czy odwołania z funkcji. ACPR może również zawiesić osoby uprawnione do reprezentacji, jeżeli nie spełniają już warunków nieposzlakowanej opinii, kompetencji, doświadczenia lub, w stosownych przypadkach, wiedzy wymaganej, a pilny charakter uzasadnia ten środek w celu zapewnienia należytego i ostrożnego zarządzania instytucją. Oprócz kar finansowych, które mogą być oceniane na podstawie procentu obrotu ubezpieczyciela na rynku finansowym, ACPR może również podawać do wiadomości publicznej wszelkie informacje, które uzna za niezbędne do wykonywania swoich zadań.

Komitet ds. Sankcji ACPR dysponuje sankcjami, które mogą zostać nałożone na badanego ubezpieczyciela, który naruszył przepisy europejskie (zob. więcej Jurkowska-Zeidler, 2010, 27-43) czy krajowe za których przestrzeganie odpowiada lub za naruszenie zatwierdzonych kodeksów dobrych praktyk. Inne sankcje są stosowane gdy ubezpieczyciel nie zapewnił programu naprawczego, o którym mowa w art. L.612 KMF, nie uwzględnił ostrzeżenia, nie zastosował się do wezwania do usunięcia uchybienia lub nie zastosował się do określonych warunków lub zobowiązań podjętych przy okazji wniosku o zatwierdzenie, zezwolenie, zatwierdzenie (Art. L.612-39 Kodeks Monetarny i Finansowy). Komisja może orzec karę pieniężną, która nie może przekroczyć stawki 15 000 EUR dziennie. Komitet ds. Sankcji może nałożyć, oprócz tych kar, karę finansową nieprzekraczającą stu milionów euro lub 10% rocznego obrotu netto podmiotu, za następujące naruszenia: niewywiązanie się z obowiązku wypłaty kapitału lub renty gwarantowanej beneficjentom w zakresie ubezpieczenia na życie, na warunkach przewidzianych w art. L.223-10 Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych. Sankcje są także za brak informacji na temat konsekwencji wyznaczenia beneficjenta ubezpieczenia; za niewywiązanie się z obowiązków dotyczących aktualizacji wyceny kapitału gwarantowanego, zgodnie z art. L.223-19-1 Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych, za niewywiązanie się z obowiązków związanych zabezpieczeniem przeciwko praniu brudnych pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.

Decyzja Komisji ds. sankcji jest podawana do wiadomości publicznej w wyznaczonych przez nią publikacjach mediach, w formacie proporcjonalnym do popełnionego uchybienia i nałożonej kary. Koszty ponoszą podmioty objęte sankcjami. Jednakże w przypadku gdy publikacja może poważnie zakłócić funkcjonowanie rynków finansowych lub wyrządzić nieproporcjonalną szkodę zaangażowanym stronom, decyzja Komisji ds. sankcji może przewidywać, że sankcja nie zostanie ona opublikowana. Ponadto szczególne sankcje mają zastosowanie do osób, które otrzymały od przedsiębiorstwa pełnomocnictwo do objęcia lub zarządzania lub które podpisały umowę ubezpieczenia grupowego czy te które prowadzą działalność w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego lub reasekuracyjnego, lub każdej osoby wchodzącej w skład władz towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych lub ich związków oraz osoby, która wnioskuje o objęcie takiej funkcji w organie (Art. L.612-41 Kodeks Monetarny i Finansowy). ACPR posiada także kompetencje w zakresie tworzenia i kontrolowania przestrzegania dobrych praktyk na rynku ubezpieczeniowym. Uczestniczy w przygotowaniu i uchwalaniu zasad, przedstawia istniejące praktyki rynkowe w celu wprowadzenia rekomendacji dobrych praktyk zawodowych w ubezpieczeniach na podstawie art. L.612-1 i L.612-29-1 KMF. ACPR koryguje również zasady etyczne, które są praktykowane w podmiocie kontrolowanym.

3.2.6 Wydawanie zezwoleń przez ACPR – do uprawnień szczególnych

Art. L256 Kodeksu Ubezpieczeń dotyczy wydawania zezwoleń na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Wcześniej w sektorze ubezpieczeń we Francji za zezwolenia odpowiadał Minister ds. Wzajemności i Ubezpieczenia Społecznego - *Ministre de la Mutualité et de la Sécurité Sociale*, a towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych podlegające Kodeksowi Ubezpieczeń wzajemnych oraz inne zakłady, były objęte tym ostatnim kodeksem. Jeśli chodzi o uprawnienia kontrolne i sankcjonujące, były one wcześniej wykonywane przez ACAM⁷⁴, odpowiedzialną za kontrolę francuskiego rynku ubezpieczeń.

Dziś Sekretarz Generalny ACPR nie ma obowiązku przekazywania osobom podlegającym jego kontroli ani osobom trzecim dotyczących ich dokumentów, które przedstawił lub otrzymał, w szczególności, gdy taka komunikacja naruszałaby tajemnicę

⁷⁴ Organ Nadzoru Ubezpieczeń i Ubezpieczeń Wzajemnych (ACAM) był niezależnym organem publicznym posiadającym osobowość prawną, odpowiedzialnym za nadzór nad podmiotami z sektora ubezpieczeniowego. Ustawą z 2008 r. o modernizacji gospodarki (art. 152) połączono ACAM i Komisję Bankową w l’*Autorité de contrôle prudentiel* – ACP - Organ Nadzoru Ostrożnościowego.

handlową lub zawodową, którymi związany jest ACPR. Wydaje on zezwolenia podmiotom ubezpieczeniowym. Sporządza każdego roku przyjęty w dniu 1 stycznia wykaz uprawnionych zakładów ubezpieczeń (Art. L.612-21 i R. 612-20 Kodeks Monetarny i Finansowy). Wykaz ten jest następnie publikowany w oficjalnym rejestrze ACPR w formie elektronicznej.

Art. L.211-8 Kodeksu Ubezpieczeń wzajemnych stanowi, że towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i związki towarzystw prowadzących działalność ubezpieczeniową mogą rozpocząć działalność wyłącznie po uzyskaniu zezwolenia wydanego przez ACPR na warunkach określonych w art. L.321-10 Kodeksu Ubezpieczeń. Na podjęcie decyzji ACPR ma sześć miesięcy, licząc od daty otrzymania kompletnej dokumentacji (Art. R.211-3 Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych i art. R.321-4 Kodeksu Ubezpieczeń). Wcześniej, przed 2022 r. przekazywano jeszcze wnioski do Rady ds. Wzajemności - Conseil supérieur de la mutualité, która w sprawach ubezpieczeń wzajemnych wydawała opinię doradczą⁷⁵. Aby podjąć decyzję, ACPR weryfikuje adekwatność zasobów technicznych i finansowych podmiotu w stosunku do programu działalności, bada nieposzlakowaną opinię, kompetencje i doświadczenie osób odpowiedzialnych za kierowanie lub administrowanie zakładem ubezpieczeń.

Procedury tworzenia funduszu założycielskiego zakładu muszą zapewniać należyte i ostrożne zarządzanie ponieważ one są także sprawdzane. W przypadku podmiotów objętych

⁷⁵ Conseil de Mutualité - Rada ds. Wzajemności (CSM) była organizacją pełniącą rolę doradczą. Jej podstawową funkcją było przygotowywanie opinii na temat przepisów ustawowych lub wykonawczych dotyczących funkcjonowania towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Za CSM odpowiadał minister właściwy do spraw ubezpieczeń wzajemnych. CSM odgrywała również rolę gospodarczą, zarządzała Narodowym Funduszem Solidarności i Wzajemnego Działania. Do maja 2017 r. CSM pełniła rolę decyzyjną. Przed tą datą ACPR musiała konsultować się z CSM w celu wydania orzeczenia w sprawie wniosków o zezwolenie na działalność w zakresie na ubezpieczeń wzajemnych. Rola CSM została zakwestionowana w lutym 2020 r. w projekcie ustawy o uproszczeniu działań publicznych, który przewidywał jej zniesienie. Dekret nr 2022-388 z dnia 17 marca 2022 r. w sprawie funkcjonowania zakładów ubezpieczeń wzajemnych i związków oraz instytucji pomocowych uzupełnił regulacje prawne zakładów ubezpieczeń wzajemnych i ich związków w Kodeksie ubezpieczeń wzajemnych w celu dokończenia reformy Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych. Dekretem nr 2017-734 z dnia 4 maja 2017 r. zmieniającym przepisy dotyczące organizacji ubezpieczeń wzajemnych umożliwiono dostosowanie ram prawnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, w szczególności poprzez unowocześnienie zarządzania towarzystwami ubezpieczeń wzajemnych i ich związkami, wzmocniono informowanie i ochronę ubezpieczających, ujednolicono przepisy mające zastosowanie do różnych kategorii podmiotów prowadzących działalność ubezpieczeniową w celu zagwarantowania jakości i czytelności ustawodawstwa, zakresu czynności dopuszczonych dla towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i związków regulowanych Księgą III Kodeksu ubezpieczeń wzajemnych. Dekretem z dnia 17 marca 2022 r. o związanych z działalnością towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych i ich związkach oraz instytucjach pomocowych zlikwidowano Radę ds. Wzajemności. Zniesienie tej kompetencji uzasadniono reprezentacją sektora ubezpieczeń wzajemnych zapewnioną od 2012 r. w ramach Komitetu Doradczego ds. Legislacji i Regulacji Finansowej (CCLRF), którego misją jest opiniowanie wszystkich projektów dotyczących zagadnień związanych w szczególności z sektorem ubezpieczeń oraz w interesie sektora ubezpieczeń wzajemnych. Zniesienie Rady ds. Wzajemności doprowadziło do przeglądu przepisów w Kodeksie ubezpieczeń wzajemnych odnoszących się zarówno do rejestracji towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w rejestrze SIREN, jak i do Narodowego Funduszu Solidarności i Działania Mutualistów (FNSAM). Minister właściwy ubezpieczeń wzajemnych odpowiada obecnie za zbieranie wniosków rejestracyjnych, a decyzje o przyznaniu pomocy w ramach FNSAM podejmuje ten sam minister, a nie wyspecjalizowana Rada ds. Ubezpieczeń Wzajemnych.

zakresem dyrektywy Solvency II, ACPR ma obowiązek ponadto weryfikować minimalny wymóg kapitałowy oraz poprawność systemu zarządzania (Art. L.352-5 i L.352-1 Kodeksu Ubezpieczeń), zgodnie z artykułami L. 354-1 do L. 354-3 Kodeksu Ubezpieczeń. Każda decyzja o odmowie udzielenia zezwolenia, w całości lub w części, musi być uzasadniona lub notyfikowana przez ACPR ubezpieczycielowi, po przedstawieniu uwag na piśmie w terminie 15 dni. W przypadku braku odpowiedzi ze strony ACPR w terminie 6 miesięcy od otrzymania akt, wniosek uznaje się za odrzucony. W każdym przypadku zakład może odwołać się do Rady Stanu w ciągu 2 miesięcy od powiadomienia o odmowie udzielenia zezwolenia zarówno całkowitego, częściowego, wyrażonego w sposób dorozumiany lub wyraźny (Art. R.321-4 Kodeksu Ubezpieczeń). W przypadku pozytywnego wyniku zezwolenie jest wydawane w drodze decyzji, opublikowanej w Dzienniku Urzędowym (Art. R.321-18 Kodeksu Ubezpieczeń).

Art. L 257 Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych reguluje nadzór nad sytuacją finansową ubezpieczyciela. ACPR odpowiada za stały nadzór nad sytuacją finansową podmiotów podlegających jego kontroli. W związku z tym monitoruje, w szczególności, przestrzeganie wymogów wypłacalności przez zakłady ubezpieczeń, zakłady reasekuracji, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Wobec tych podmiotów bada on m.in. zasady zachowania płynności finansowej.

W przypadku sektora ubezpieczeń ACPR nadzoruje czy zakłady są w stanie w każdej chwili wywiązać się ze zobowiązań podjętych wobec ubezpieczonych, beneficjentów lub zakładów reasekuracji. Monitoruje w szczególności wszystkie wymogi finansowe wymagane dla towarzystw ubezpieczeń wzajemnych objętych zakresem dyrektywy Solvency II.

Art. 258. Kodeksu Ubezpieczeń wskazuje, że ACPR powinien zapewnić, że zakłady podlegające jego kontroli przestrzegają wszystkich zasad mających na celu zapewnienie ochrony klienta, zarówno przepisów powszechnie obowiązujących jak i dobrych praktyk. Zapewnia również adekwatność procedur i środków wdrożonych poprzez badanie spółki w jaki sposób przepisy są przestrzegane.

3.2.7. Organizacja ACPR

Organizacja ACPR odzwierciedla jego charakter jako niezależnego organu administracyjnego, wspólnego dla sektora bankowego i ubezpieczeniowego, posiadającego szeroki zakres kompetencji. W jego skład wchodzi- kolegium ACPR, kolegium ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz Komisja ds. sankcji. (Art. L.612-4 Kodeks

Monetarny i Finansowy). Służby operacyjne ACPR są zgrupowane w ramach sekretariatu generalnego.

Sekretarz generalny ACPR powoływany jest przez Ministra Gospodarki na wniosek Prezesa ACPR. Sekretarz organizuje i kieruje pracami ACPR i podlega kolegium. Może on otrzymać od prezesa delegację do mianowania osób na stanowiska niektórych służb. (Art. L.612-15 Kodeks Monetarny i Finansowy). Dokonuje wydatków w granicach budżetu przegłosowanego przez kolegium (Art. L.612-19 Kodeks Monetarny i Finansowy).

Sekretarzowi pomaga pierwszy zastępca sekretarza generalnego, mianowany przez prezesa ACPR po uzyskaniu zgody wiceprezesa i zatwierdzeniu przez ministrów odpowiedzialnych za gospodarkę i za ubezpieczenie społeczne. Pierwszy zastępca sekretarza powinien mieć doświadczenie w ubezpieczeniach lub bankowości. Kolegium (składa się z dziewiętnastu członków) (Art. L.612-5 Kodeks Monetarny i Finansowy) może podejmować decyzje na sesji plenarnej w zakresie ogólnych kwestii nadzoru, a w składzie ograniczonym (ośmiu członków) (Art. L.612-6 Kodeks Monetarny i Finansowy) podejmuje decyzje na temat rozpatrywania poszczególnych kwestii związanych z obydwooma sektorami działalności – bankowym i ubezpieczeniowym lub związanymi ze stabilnością finansową w znaczeniu ogólnym (Art. L.612-4 Kodeks Monetarny i Finansowy). ACPR może również podjąć decyzję o zbadaniu indywidualnych kwestii specyficznych dla każdego sektora rynku finansowego (Art. L.612-7 Kodeks Monetarny i Finansowy).

Skład kolegium organów nadzoru ma możliwość utworzenia w jego ramach jednego lub więcej wyspecjalizowanych komitetów i przekazania im uprawnień do podejmowania decyzji o indywidualnym zakresie (Art. L.612-8 Kodeks Monetarny i Finansowy) na warunkach określonych w rozporządzeniu (Art. R.612-2 Kodeks Monetarny i Finansowy). Kadencja członków kolegium jest odnawialna tylko raz. Członkowie nie mogą mieć ukończonych 70 lat w dniu powołania. W przypadku wakatu na stanowisku członka rady zastępuje go członek kolegium na okres pozostający do zakończenia swojej kadencji. Mandat sprawowany krócej niż 2 lata nie jest brany pod uwagę przy stosowaniu przedłużenia. Jak każda osoba uczestnicząca w wypełnianiu misji ACPR, członkowie kolegium podlegają tajemnicy zawodowej (Art. L.612-6 Kodeks Monetarny i Finansowy).

W ramach kolegium istnieją dwa podkolegia sektorowe, jedno dotyczące bankowości, a drugie dotyczące ubezpieczeń, przeznaczone do zajmowania się kwestiami dotyczącymi wyłącznie z ich sektora oraz indywidualnymi kwestiami o zasięgu ogólnym. Kolegium w składzie ograniczonym jest uprawnione do badania poszczególnych kwestii związanych z dodatkowym nadzorem nad podmiotami objętymi regulacją należącymi do

konglomeratu finansowego oraz zbadania przejmowania, zwiększania i zbywania pakietów akcji, które mogą mieć znaczący wpływ zarówno na podmioty sektora bankowego, jak i podmioty sektora ubezpieczeń (Art. L.612-12 Kodeks Monetarny i Finansowy).

Artykuł L.612-13 Kodeksu Monetarnego i Finansowego określa warunki kworum i większości wymagane w każdym składzie Kolegium. Można obradować tylko wtedy, gdy obecna jest większość członków, decyzje podejmowane są większością głosów. W przypadku równej liczby głosów głos przewodniczącego jest decydujący.

Jeżeli członek kolegium nie bierze udziału w obradach kolegium w celu uniknięcia konfliktu interesów, jego obecność liczy się do kworum (Art. R.612-4 Kodeks Monetarny i Finansowy). Zespół orzekający może, z wyjątkiem przypadku sankcji, podjąć decyzję w drodze pisemnych konsultacji, jeżeli przewodniczący ACPR określi pilny charakter sprawy.

W tym ostatnim przypadku przewodniczący zbiera, w terminie nie krótszym niż 2 dni robocze, głosy członków i uwagi Dyrektora Generalnego oraz innych podmiotów (Art. R.612-5 Kodeks Monetarny i Finansowy). Wyniki są brane pod uwagę tylko wtedy, gdy zebrano co najmniej połowę głosów członków danej składu. Przewodniczący jak najszybciej informuje na piśmie członków zainteresowanego składu oraz Dyrektora Generalnego o podjętej decyzji oraz załączniku do protokołu z następnego posiedzenia danego składu. Skład może decydować w drodze telekonferencji, czy zastosowane środki pozwalają przynajmniej na przekazanie głosu uczestników i spełniają parametry techniczne pozwalające na ciągłą i jednoczesną transmisję obrad (Art. R.612-6 Kodeks Monetarny i Finansowy).

Komisja ds. sankcji jest niezależnym podmiotem od kolegium i różni się między innymi sposobem mianowania jej członków (Art. L.612-9 Kodeks Monetarny i Finansowy). Komisja ds. sankcji, jest odpowiedzialna za badanie postępowań dyscyplinarnych po skierowaniu do kolegium oraz, w razie potrzeby, za wymierzenie kary pieniężnej lub dyscyplinarnej. W ramach ACPR władza dyscyplinarna jest dzielona między Kolegium i Komisję ds. sankcji tak aby zagwarantować niezależność i bezstronność. Komisja ds. sankcji składa się z pięciu członków i przewodniczącego. **Jest** niezależna od kolegium dzięki metodzie mianowania członków i wymogowi niekumulacji mandatów między kolegium a komisją, zgodnie z art. L. 612-9 KMF.

Komisja jest wspomagana przez personel Sekretariatu Generalnego ACPR, który podlega zwierzchnictwu przewodniczącego Komisji.

Kolegium ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji zostało utworzone na mocy ustawy nr 2013-672 z dnia 26 lipca 2013 r. w sprawie rozdziału i regulacji działalności

bankowej, która rozszerzyła uprawnienia ACPR (Loi nr 2013-672, 2013 de séparation et de régulation des activités bancaires). Przewodniczy mu prezes Banque de France i składa się z sześciu członków (<https://acpr.banque-france.fr>). Kolegium jest odpowiedzialne za nadzorowanie opracowywanie i wdrażanie środków mających na celu zapobieganie i rozwiązywanie kryzysów finansowych. Prace Kolegium przygotowuje, w ramach ACPR, specjalny departament, którego kierownika powołuje się zarządzeniem Ministra Gospodarki na wniosek gubernatora Banque de France i przewodniczącego ACPR.

W 2014 r. Kolegium ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji opublikowało ogólną strategię restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, określając główne kierunki podejścia ACPR w tym obszarze. Zgodnie z tą strategią, dostosowując ją do konkretnej sytuacji każdej instytucji lub grupy bankowej, departament restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji opracowuje operacyjne plany restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, przewidujące konkretne metody zastosowania środków restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w odniesieniu do każdej instytucji lub grupy podmiotów.

Podmioty nadzorowane zobowiązane są sporządzić plany restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, mające na celu, w przypadku trudności, szybkie wdrożenie środków restrukturyzacyjnych w celu zachowania stabilności. Kolegium ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji jest zatem odpowiedzialne za zapewnienie opracowanie i wdrożenia środków zapobiegania kryzysom w celu zapobiegania i rozwiązywania problemów z nimi związanych.

Równolegle ACPR może także powołać jeden lub więcej komitetów doradczych, w tym co najmniej jeden komitet odpowiedzialny za wydawanie opinii w sprawie wykazów, modeli, częstotliwości i terminów przekazywania dokumentów i okresowych informacji, które mają być przedkładane ACPR (Art. L.612-14 Kodeks Monetarny i Finansowy). Taki **komitet doradczy** jest złożony z profesjonalistów z sektora bankowego i ubezpieczeniowego, niebędących pracownikami ACPR. Do chwili obecnej istnieją trzy komitety doradcze – spraw ostrożnościowych, zwalczania prania brudnych pieniędzy i finansowania terroryzmu, praktyk handlowych oraz komitet naukowy ACPR.

3.2.8. ACPR na arenie międzynarodowej

Utworzenie ACPR miało na celu wzmocnienie obecności Francji na forach międzynarodowych oraz wzmocniło obecność francuskiego modelu nadzoru. W art. L. 612-1 KMF określono, że (tłum. własne) „*wykonując swoje zadania, organ nadzoru*

ostrożnościowego oraz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji bierze pod uwagę cele stabilności finansowej w całym Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz zbieżne wdrażanie przepisów krajowych i przepisów Unii Europejskiej, biorąc pod uwagę najlepsze praktyki i zalecenia wynikające z regulacji Unii Europejskiej. Współpracuje z właściwymi organami innych państw. W szczególności w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego wspiera strukturę nadzoru grup transgranicznych.” ACPR reprezentuje Francję w międzynarodowych i europejskich organach konsultacyjnych organów nadzoru sektora ubezpieczeń i bankowości, jest członkiem Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA). ACPR uczestniczy w pracach Międzynarodowego Stowarzyszenia Nadzoru Ubezpieczeniowego oraz Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Jest członkiem Międzynarodowej Organizacji Organów Nadzoru Emerytalnego i jest reprezentowana na Międzysafrykańskiej Konferencji Rynków Ubezpieczeniowych.

3.3. Autorité des marchés financiers - AMF - Urząd ds. Rynków Finansowych

ACPR jest właściwy dla banków i instytucji kredytowych, pośredników ubezpieczeniowych, bankowych i innych na rynku finansowym. Urząd do spraw Rynków Finansowych -Autorité des marchés financiers (AMF) jest właściwy dla spółek inwestycyjnych, w tym spółek ubezpieczeniowych, a także spółek zarządzających portfelami inwestorów. 5 stycznia 2022 r. Autorité des Marchés Financiers (AMF) opublikowało swoje priorytety na 2022 r. (<https://www.actu-juridique.fr>). Opierały się one na czterech głównych obszarach i są podobne do priorytetów na rok 2023r.

1. Obszar europejski (zob. więcej Zawadzka, 2018) – zapewnienie wsparcia technicznego francuskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w pierwszej połowie 2022 r., wnoszenie wkładu w prace europejskie, wzmocnienie przejrzystości rynków kapitałowych wspierając kluczową rolę zarządzania aktywami w finansowaniu gospodarki, przygotowanie do wdrożenia przyszłych europejskich ram dla kryptowalut oraz wsparcie w nadzorze konwergentnym.
2. Inwestycje osób fizycznych – AMF pracuje na rzecz europejskich przepisów, które chronią inwestorów, ułatwiając jednocześnie dostęp do rynków kapitałowych. W ten sposób sformułowała propozycje regulacyjne z myślą o europejskiej strategii dla inwestorów detalicznych.

3. Zrównoważone finanse - AMF wspiera przedsiębiorstwa we wdrażaniu europejskiej taksonomii (zob. więcej Nieborak, 2010, 51-65) i przyczynia się do rozwoju standardów sprawozdawczości dotyczącej zrównoważonego rozwoju. AMF traktuje również walkę z „greenwashingiem” priorytetem w 2022 r., stosując europejskie ramy przejrzystości, propozycje odpowiednich etykiet i norm oraz kontynuując prace nad wkładem finansów w przejście na neutralność węglową.
4. Kontynuacja modernizacji działania regulatora -AMF kontynuuje wsparcie na wszystkie swoje działania w zakresie intensywniejszego wykorzystania danych poprzez oparcie się na platformie ICY, która wdraża technologie big data i sztucznej inteligencji. AMF Rozszerza ekstranet ROSA, otwarty dla spółek zarządzających portfelami od 2021 r., o produkty, w tym o 12 000 francuskich funduszy inwestycyjnych.

Tematy określone dla priorytetów nadzorczych AMF obejmują:

1. Zarządzanie aktywami: wycena aktywów niepiętnych, takich jak nieruchomości lub obligacje korporacyjne, zgodność z ograniczeniami i zobowiązaniami umownymi w zakresie zrównoważonego finansowania, zarządzanie i jakość danych sprawozdawczych, monitorowanie i nadzór nad spółkami zarządzającymi portfelami przez depozytariuszy.
2. Działalność pośredników i infrastruktury rynkowej – jakość danych dotyczących transakcji na obligacjach (przejrzystość potransakcyjna) i sprawozdawczość transakcji na instrumentach pochodnych, dostarczanie danych rynkowych przez platformy obrotu, a także działalność transgraniczna.
3. Doradztwo marketingowe i inwestycyjne – nadzór nad doradcami inwestycyjnymi, kontrola marketingu realizowanego w sieciach bankowych, ustalanie i przejrzystość kosztów i opłat dystrybutorów, marketing do osób starszych.

AMF reguluje francuskie rynki finansowe, postępowanie jego uczestników oraz sprzedawane tam produkty finansowe (Mariański, 2016, 64-73). Dbą o to, aby inwestorzy byli odpowiednio poinformowani i aktywni na poziomie europejskim i międzynarodowym (Mariański, 2016, 1-5). Jako niezależny organ prawa publicznego posiada uprawnienia regulacyjne, ma szeroką autonomię finansową i zarządczą. Misją AMF jest zapewnienie ochrony oszczędności zainwestowanych w instrumenty finansowe będące podstawą oferty publicznej lub przedmiotem dopuszczenia do obrotu instrumentami finansowymi oraz wszelkimi innymi inwestycjami oferowanymi na rynku regulowanym, informowanie inwestorów, dbanie o prawidłowe funkcjonowanie rynków instrumentów finansowych.

Realizując swoją misję AMF odpowiada również za zapewnienie jakości informacji przekazywanych przez spółki na temat ich strategii w zakresie zmian klimatu. Wypełniając

swoje misje, AMF reguluje, wydaje zezwolenia, monitoruje rynek regulowany, kontroluje i nakłada sankcje (Mariański, 2016, 1-5).

AMF reguluje rynki finansowe i ich infrastrukturę, spółki rynku regulowanego, pośredników finansowych świadczących usługi inwestycyjne lub doradztwo finansowe w zakresie inwestycji (instytucje kredytowe uprawnione do świadczenia usług inwestycyjnych, firmy inwestycyjne, firmy zarządzające portfelami, doradców finansowi i inwestycyjnych, produkty zbiorowego oszczędzania inwestowane w instrumenty finansowe, emisję tokenów (ICO) i dostawców usług zasobów cyfrowych (PSAN).

Umowy ubezpieczenia na życie jako produkty z elementem kapitałowym nie podlegają kontroli AMF. Są to produkty kontrolowane przez ACPR. AMF w tych sprawach oddziałuje tylko pośrednio, gdy zezwala na funkcjonowanie podmiotów z sektora inwestycyjnego, które mogą być wykorzystywane jako dodatkowy element dla niektórych umów ubezpieczenia na życie – umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Od 2010 roku wspólne działania ACPR i AMF (fr. Pôle commun) wypełniają wspólną misję ochrony klientów w sektorach bankowości, ubezpieczeń i innych usług finansowych.

Pôle commun aktywnie monitoruje praktyki graczy giełdowych. Dla przykładu w ramach współpracy organów zbadano liczne komunikaty na stronach internetowych, w prasie, e-mailach, na portalach społecznościowych. Do produktów najczęściej promowanych przez profesjonalistów należały kredyty konsumenckie, ubezpieczenia samochodowe, ubezpieczenia zdrowotne i na życie, a także reklamy SCPI (fundusze inwestycyjne zajmujące się inwestowaniem w nieruchomości). Jeśli chodzi o oszczędności, w badaniach Pôle commun zauważono, że sytuacja się poprawia – w 2017 r. ponad 85% reklam ubezpieczeń na życie prezentowało zrównoważoną komunikację, zgodną z zaleceniami ACPR takich jak zakaz reklamy najbardziej ryzykownych produktów (forex i opcje binarne), przewidziany w ustawie Sapin II (Loi nr 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, JORF, 2016).

Działania nadzorcze prowadzone w 2017 r. przez ACPR i AMF są kontynuacją lat poprzednich. Poprzez inspekcje dostawców usług inwestycyjnych wprowadzających na rynek EMTN (obligacje średnioterminowe w euro), jednostki SCPI i TSR (refundowalne podporządkowane papiery wartościowe) zidentyfikowano niedociągnięcia w zakresie wiedzy i doświadczenia klientów. Ponadto wnioskowano usprawnienie opracowywania profili ryzyka przez pośredników ubezpieczeniowych, zwłaszcza jeśli chodzi o marketing na odległość.

Alternatywne metody dystrybucji (sprzedaż na odległość) podlegają bardzo wnikliwemu monitoringowi związanemu m.in. z wykorzystaniem zebranych informacji oraz

akwizycją telefoniczną. Obowiązujące od 3 stycznia 2018 r. stanowisko-rekomendacja AMF określa charakterystykę cyfryzacji relacji pomiędzy usługodawcą a jego klientem i stanowi odpowiednik rekomendacji ACPR opublikowanej w listopadzie 2016 r..

Finansowanie społecznościowe w dużej mierze zmobilizowało Pôle commun, aby zwrócić uwagę na aktualizację praktycznego przewodnika w celu dostosowania go do nowych przepisów oraz opublikowania doktryny poświęconej lepszemu ochronie pożyczkodawców i inwestorów. Oba organy realizują swoje różne misje, mając stale na celu poprawę praktyk i zapewnienie lepszemu ochronie klientów, mają do odegrania rolę pomocniczą w kontekście istotnych zmian regulacyjnych.

W 2021 r. oba organy kontynuowały prace w zakresie monitorowania i kontroli praktyk na rynku finansowym. ACPR i AMF zacieśniły również współpracę w walce z oszustwami finansowymi (Le Pôle commun Assurance Banque Epargne de l'ACPR et de l'AMF publie son rapport annuel, 2021, 1-2). Prace nad cyfrowymi ścieżkami marketingowymi produktów oszczędności finansowych były kontynuowane przez cały 2021 r. Podsumowanie, opublikowane w kwietniu 2022 r., zawierało szczegółowe informacje na temat, dobrych praktyk w zakresie promowania i przypadków niezgodności z regulacjami, dotyczących informacji o klientach i ich świadomej zgody. Określało również obszary, w których oczekiwane są ulepszenia, takie jak informacje przed zawarciem umowy i prezentacja kosztów transakcji.

W kwietniu 2021 r. grupa robocza dedykowana osobom starszym opublikowała podsumowanie pracy Pôle commun. Oba organy wezwały instytucje finansowe do zachowania zwiększonej czujności w stosunku do tego rodzaju klientów, unikania wprowadzania na rynek nieodpowiednich produktów i innych zidentyfikowanych obszarów do poprawy. W zakresie zrównoważonego finansowania wiosną 2021 r. utworzono grupę roboczą w celu podzielenia się ustaleniami dotyczącymi praktyk rynkowych oraz zbieżności doktryny obu organów w zakresie komunikatów promocyjnych, przedstawiając „zielone” argumenty. Badano także możliwości opracowania doktryny ACPR podobnej do opublikowanej przez AMF w 2020 r. w zakresie zbiorowego zarządzania, dostosowując ją do specyfiki produktów ubezpieczeń na życie. Prace te odbywają się w kontekście wejścia w życie w sierpniu 2022 r. zmian aktów delegowanych dyrektyw europejskich dotyczących rynków instrumentów (MIFID2) i dystrybucji ubezpieczeń (DDA) co do zbierania preferencji klientów w zakresie zrównoważonego inwestowania.

Jednym z priorytetowych tematów Pôle commun w przyszłości będą opłaty mające zastosowanie do produktów i usług finansowych, mając na celu poprawę dostępności i czytelności informacji o opłatach.

Zapobieganie oszustwom pozostaje głównym obszarem współpracy obu władz w ramach Pôle commun. W 2021 r. do pięciu czarnych list dodano ponad 1300 witryn i adresów. (Le Pôle commun Assurance Banque Epargne de l'ACPR et de l'AMF publie son rapport annuel, 2021, 1-2). W sumie pod koniec 2021 r. na pięciu czarnych listach Pôle commun zidentyfikowano ponad 3860 fałszywych nazw lub podejrzanych witryn lub podmiotów. Pôle commun kontynuuje swoje działania edukacyjne poprzez nową kampanię prewencyjną,

w formie krótkich filmów wideo zamieszczanych w sieciach społecznościowych na temat „*Nie rób w Internecie tego, czego nie robiłbyś w prawdziwym życiu*”, cztery filmy przekroczyły 1,5 miliona wyświetleń na Youtube (Le Pôle commun Assurance Banque Epargne de l'ACPR et de l'AMF publie son rapport annuel, 2021, 1-2). W ramach swojej misji, jaką jest właściwe informowanie opinii publicznej, otrzymano ponad 190 000 połączeń za pośrednictwem platformy telefonicznej Assurance Banque Épargne Info Service (ABEIS). Po dwóch wyjątkowych latach związanych z kryzysem zdrowotnym, liczba odbiorców strony internetowej abe-infoservice.fr wyniosła 1,4 mln. odwiedzin i prawie 2 mln odsłon w 2021 r. (Le Pôle commun Assurance Banque Epargne de l'ACPR et de l'AMF publie son rapport annuel, 2021, 1-2).

3.4 Podmioty o charakterze konsultacyjnym w zakresie ubezpieczeń

Dość długo struktura podmiotów odpowiedzialnych za konsultowanie projektów regulacji w zakresie ubezpieczeń i bankowości leży w gestii Komitetu Regulacji Bankowych i Finansowych - Comité de réglementation bancaire et financière (CRBF) na zasadzie delegacji, podobnie jak w tym samym zakresie delegowano kompetencje Ministra Gospodarki, którą wypełniała Krajowa Rada Ubezpieczeń - Conseil national des assurances CNA, w materii ubezpieczeń.

Obecnie kompetencja regulacyjna jest bezpośrednio wykonywana przez Ministra Gospodarki po zasięgnięciu opinii Komitetu konsultacyjnego sektora finansowego (fr. Comité consultatif du secteur financier, CCSF), który pełni również częściowo funkcje regulacyjne w zakresie prawa ubezpieczeń. Dawny CNA stanowił tzw. „mały parlament ubezpieczeniowy”, utworzony na mocy ustawy z 14 czerwca 1938 r. (Décret-loi, 14.06.1938

unifiant le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurances de toute nature et de capitalisation et tendant à l'organisation de l'industrie des assurances, JORF, 16.06.1938). Dotyczył wyłącznie ubezpieczeń prywatnych, a przewodniczącym był Minister Pracy. Ustawa z dnia 25 kwietnia 1940 r. zmieniła nazwę i poszerzyła kompetencje CNA. Obecny CCSF przejął wiele kompetencji CNA, chociaż powiększono je o kompetencje CRBF. Pozycja CRBF jest bardzo silna – bez jego opinii pozytywnej projekty aktów prawnych nie przechodzą dalej w procesie legislacyjnym. Kolejną z kompetencji CRBF jest akceptowanie kodeksów dobrych praktyk na rynku finansowym (Art. L.611-3 Kodeks Monetarny i Finansowy). Negatywna opinia CRBF może zostać zmieniona na wniosek Ministra Gospodarki o ponowne wydanie opinii.

Komisja składa się z siedemnastu członków, po jednym delegowanym ze Zgromadzenia Ogólnego Parlamentu, Senatu, Rady Stanu, przez prezesa Banque de France, przez ACPR w liczbie dwóch członków, jednej osoby z Ministerstwa Sprawiedliwości, oraz z ministerstwa właściwego dla ubezpieczenia społecznego. Znajdują się tu także reprezentanci sektora inwestycyjnego, zakładów ubezpieczeń, reprezentanci związków zawodowych w bankowości, instytucji kredytowych i ubezpieczeniowych, klientów i dwie osoby mianowane ze względu na ich kompetencje merytoryczne w zakresie regulacji rynku finansowego.

Na podstawie art. 614-1 KMF, CCSF obejmuje swoim zakresem bardzo szeroką gamę podmiotów. Wydaje opinie na wniosek Ministra Gospodarki, ACPR, organizacji reprezentujących klientów ubezpieczeń, czy banków, na wniosek podmiotów świadczących usługi finansowe, a także przez członków samej komisji.

We Francji władzę regulacyjną w materii rynku finansowego sprawuje Minister Gospodarki, wspomagany przez Komitet Doradczy ds. Ustawodawstwa Finansowego i Regulacji - Comité consultatif de la législation et de la réglementation financières - CCLRF) (Art. L.614-1 Kodeks Monetarny i Finansowy). CCLRF jest odpowiedzialny za opiniowanie wszystkich projektów normatywnych z dziedziny bankowości, finansów i ubezpieczeń (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia, dekrety, oraz rozporządzenia europejskie i dyrektywy europejskie), działając na wniosek ministra właściwego do spraw gospodarki (<https://cclrf.banque-france.fr>) CCLRF opiniuje wszystkie projekty aktów normatywnych w obszarach ubezpieczeń, instytucji kredytowych, instytucji pieniądza elektronicznego, instytucji płatniczych, firm inwestycyjnych. Przepisy odnoszące się do AMF lub podlegające jego kognicji są wyłączone spod opinii CCLRF. Komitet działa pod zwierzchnictwem Sekretarza Generalnego powoływanego przez Ministra Gospodarki. Sekretariat Generalny korzysta z zasobów udostępnionych mu przez Banque de France. Komitet corocznie publikuje

sprawozdanie z działalności oraz zbior przepisów dotyczących wykonywania działalności bankowej i finansowej. CCLRF przewodniczy Minister Finansów i liczy 18 członków.

Komitet Doradczy Sektora Finansowego (CCSF) został utworzony na mocy art. 22 ustawy nr 2003-706 z dnia 1 sierpnia 2003 r., znanej jako ustawa o bezpieczeństwie finansowym (Loi nr 2010-1249, 22.10.2010 de régulation bancaire et financière, JORF, 2010). CCSF odpowiada za badanie zagadnień dotyczących relacji pomiędzy instytucjami kredytowymi, instytucjami płatniczymi, firmami inwestycyjnymi i zakładami ubezpieczeń, a ich klientami oraz proponowanie wszelkich odpowiednich działań w tym zakresie, w szczególności w formie opinii lub ogólnych zaleceń.

Monitorowanie przestrzegania zobowiązań podjętych przez profesjonalistów w ramach środków proponowanych przez CCSF jest zorganizowane na mocy art. L. 612-29-1 Kodeksu Monetarnego i Finansowego który zapewnia, że Minister Gospodarki może zwrócić się do ACPR o weryfikację przestrzegania zobowiązań podjętych przez jedno lub więcej stowarzyszeń zawodowych a ACPR przenosi te kompetencje na CCSF . Wyniki kontroli CCSF są przedmiotem raportu, który ACPR przekazuje Ministrowi oraz Komitetowi Doradczemu Sektora Finansowego.

CCSF wpisuje się w podwójną perspektywę uproszczenia i wzmocnienia organów doradczych sektora finansowego. W rzeczywistości zastępuje on Komitet Konsultacyjny Krajowej Rady Kredytowej i Papierów Wartościowych - Comité consultatif du Conseil national du crédit et du titre (CNCT) oraz Komisję Ubezpieczeń Krajowej Rady Ubezpieczeń - Commission consultative de l'assurance du Conseil national des assurances (CNA). Swoim zakresem kompetencja CCSF rozciąga się na cały sektor finansowy: instytucje kredytowe, podmioty finansowe, instytucje pieniądza elektronicznego, instytucje płatnicze i ubezpieczenia, w tym brokerzy, agenci ubezpieczeniowi, agenci i pośrednicy, a także firmy inwestycyjne.

W skład Komitetu wchodzi 32 członków powołanych na trzy lata zarządzeniem Ministra Gospodarki. Z CCSF może się kontaktować Minister Gospodarki, ACPR, organizacje reprezentujące klientów, organizacje zawodowe, z których pochodzą jego członkowie. Komitet może również podejmować działania z własnej inicjatywy na wniosek większości swoich członków. Zasady organizacji i działania oraz warunki powoływania członków i prezesa określa dekret wykonawczy nr 2004-850 z dnia 23 sierpnia 2004 r. (Décret nr 2004-850, 2004 relatif au comité consultatif du secteur financier et au comité consultatif de la législation et de la réglementation financières), zmieniony dekretem nr 2011-145 z dnia 3 lutego 2011 roku.

3.5 Inne podmioty niespecyficzne dla ubezpieczeń, które mają wpływ na kształt regulacji rynku finansowego we Francji

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) – Krajowa komisja ds. informatyki i swobód, organ regulacyjny został utworzony ustawą z dnia 6 stycznia 1978 r. (Loi nr 78-17, 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF, 1978 z późn. zm.), właściwy do ochrony danych osobowych zawartych w zbiorach informatycznych. Wiele decyzji, które wydała Komisja dotyczy ubezpieczeń (jak na przykład o geolokalizacji samochodów ubezpieczonych) (<https://www.cnil.fr>), czy możliwości otrzymania informacji od ubezpieczyciela

w przedmiocie swoich danych a dotyczących sankcji, zabezpieczeń stosowanych wobec ubezpieczonego (Délibération nr 2014-015 du 23 janvier 2014 portant création d'une autorisation unique concernant les traitements de données à caractère personnel relatifs aux infractions, condamnations ou mesures de sûretés mis en œuvre par les organismes d'assurance, de capitalisation, de réassurance, d'assistance, les intermédiaires d'assurance et par l'AGIRA). CNIL zezwoliła ubezpieczycielom na wgląd do różnego systemu danych dotyczących numerów identyfikacyjnych, adresów ubezpieczonych, danych z przesłuchań i prowadzonych spraw przez organy ścigania, danych z orzeczeń sądowych. Także dane dotyczące przestępstw ubezpieczeniowych są dostępne drogą służbową poprzez CNIL, co stawia komisję w sytuacji udostępniania informacji prywatnych i wrażliwych.

Défenseur des droit – Rzecznik Praw, podobnie jak w Polsce, we Francji jest podmiotem niezależnym, umocowanym w Konstytucji, stojącym na straży praw i wolności każdej osoby prywatnej. Działalność Rzecznika jest uregulowana w ustawie z dnia 29 marca 2011 r. (Loi organique nr 2011-333, 2011 relative au Défenseur des droits, JORF, 2011 z późn. zm.) Rzecznik zastąpił dotychczasową komisję do spraw walki z dyskryminacją (Haut Autorite de lutte contre les discriminations- HALDE). Wśród spraw, którymi zajął się Rzecznik było wiele związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia na życie. Wśród spraw rozstrzygał w sprawach dotyczących wydanego zaświadczenia o stanie zdrowia ubezpieczonego, które nie zostało wydane przez lekarza pełniącego obowiązki w szpitalu, w którym ubezpieczony zakończył życie. Rzecznik zauważył, że ubezpieczyciel odmówił wypłaty sumy spadkobiercom, czyli pozbawił ich prawa do sumy ubezpieczenia z powodu nieistotnego, co dalej poprowadziło Rzecznika do analiz kwestionariuszy dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego. W tym zakresie Rzecznik wydaje zalecenia (<https://juridique.defenseurdesdroits.fr>). Rzecznik także przekazał do Francuskiego Związku

Spółek Ubezpieczeniowych aby ta rozpowszechniła zalecenia wśród swoich członków, a także zastanowiła się nad harmonizacją wymagań dotyczących rodzaju informacji medycznych wymaganych od ubezpieczonych (<https://juridique.defenseurdesdroits.fr>).

Rzecznik zalecał Ministrowi Spraw Społecznych i Zdrowia (fr. *Ministre des affaires sociales et de la santé*) zwrócenie uwagi na nierówność traktowania podmiotów w umowie ubezpieczenia na życie i zaradzenie temu w sposób racjonalny (<https://juridique.defenseurdesdroits.fr>). Rekomendacje Rzecznika są również przekazywane do ACPR.

Inna Komisja - *Commission des clauses abusives*- Komisja klauzul abuzywnych jest umocowana w Kodeksie Konsumenckim. Funkcjonuje przy ministrze odpowiedzialnym za sprawy konsumpcji i zajmuje się opracowaniami wzorów umów, w tym także dla sektora ubezpieczeń. Oczywiście szczególną uwagę przywiązuje się do wykrywania klauzul abuzywnych⁷⁶. Komisja ma prawo uznania klauzuli umownej za abuzywną i usunięcia jej z treści umowy. Wydaje także zalecenia w zakresie umów ubezpieczenia. Niestety zalecenia CCA nie mają charakteru wiążącego dla sędziego, tak też wygląda orzecznictwo Sądu Kasacyjnego w tym obszarze.

3.6 Podsumowanie

W rozdziale trzecim omówiono misję, organizację, i sposób działania ACPR w zakresie ubezpieczeń, także w ujęciu historycznym. Zostały podkreślone zasady prowadzenia spraw przed organem kontrolnym i nadzorczym jakim dla ubezpieczycieli jest ACPR. Podkreślono kwestie sankcji i działalności jednego z komitetów jakim jest komitet ds. sankcji ACPR. Zauważono także rolę organu na arenie międzynarodowej. Zostały przedstawione ramy prawne i zakres kompetencji AMF i omówiona koncepcja współpracy między ACPR i AMF a także Banque de France w ramach *Pôle commun* dla rynku ubezpieczeń we Francji. Podkreślono istnienie wielu organów, instytucji, także instytucji delegowanych, doradczych i tych podmiotów, które mają wpływ na kształt regulacji ubezpieczeniowych. Zarówno sposób organizacji współpracy jak i zakres kompetencji różnych podmiotów mogą stanowić pewnego rodzaju wnioski dla tego rodzaju działań w polskim prawie.

Rozdział 4. Ryzyko a ubezpieczenia

⁷⁶ CCA oceniała na przykład klauzule ciężaru dowodu w sprawach ubezpieczeniowych.

Ryzyko i ubezpieczenie są ze sobą ściśle powiązane. Pomimo istnienia związku, oba pojęcia zostały opisane przez odrębne środowiska naukowe, które opracowały własną literaturę i koncepcje. Z jednej strony nauki aktuarialne, koncentrują się na ekonomicznym i finansowym wymiarze ryzyka. Nauka o ryzyku jest sformułowaniem, które nawiązuje do innych tego typu określeń jak nauki o środowisku, o inżynierii finansowej, nauki, które interesują się przede wszystkim wymiarami środowiskowymi, zagrożeniami technicznymi czy społecznymi. W obliczu nowych form, jakie obecnie przybierają ryzyka, zwłaszcza te związane z nową technologią zmieniają się sposoby działania, do których należą pojęcia (November, November, 2004, 161-179).

Ryzyko jest pojęciem wieloznacznym i złożonym, stąd bardzo trudno podać jego uniwersalną definicję (Michalak, 2004, 3). Problematyka ryzyka jest omawiana na różne sposoby i według różnych kryteriów (Ronka-Chmielowiec, 2016, 11). Nadto trzeba podkreślić że „społeczeństwo ryzyka” głęboko zmienia postrzeganie zagrożeń, którym musimy stawić czoła jako społeczeństwo. W takim kontekście postęp techniczny, konkurencja i globalizacja modyfikują pojęcie „ryzyka”, wprowadzając nowe źródła niejasności, zarówno co do potencjalnej straty, jak i zakresu szkód, jakie może spowodować ryzyko. W obliczu naukowej niepewności nieodłącznie związanej z nowymi ryzykami, swoistym wyzwaniem jest dziś nauczenie się z nim żyć, uświadomienie sobie rzeczywistości narażenia na nie każdego, niezależnie od zajmowanej pozycji i roli w społeczeństwie. Ta wspólnota między jednostkami, które uświadamiają sobie, że wszyscy mają coś do stracenia, prawdopodobnie rozwinięte nowe strefy solidarności społecznej prowadzące do mechanizmów uwspólnienia ryzyka czy to w ramach grup społecznych, czy to na poziomie całej społeczności (Beck, 2001, 521).

4.1 Ryzyko w ogólności

Pojęcie ryzyka jest pojęciem bardzo istotnym chociaż zarówno piśmiennictwo polskie (Michalak, 2004, 119-131; Gędek, 2018, 119–30) jak i międzynarodowe (Mazouni, 2008, 25 i nast.; Bonnefous Massuelle, Richard, 1997, 35; Willett, 1951, 132) prawnicze, ekonomiczne, lingwistyczne jest zgodne co do tego, iż pojęcie ryzyka w prawie ubezpieczeń nie jest ściśle (Kaczmarek, 2005, 51; Ratajczak, 2004, 13; Kowalewski, 2000, 34–35; Klimczak, 2008, 221).

4.1.1 Historyczne, etymologiczne i interdyscyplinarne znaczenie ryzyka

Słowo „risco” lub „rischio”, używane od XIII wieku przez włoskich notariuszy i kupców, miało precyzyjne znaczenie w odniesieniu do ubezpieczenia towarów w kontekście wypraw handlowych. Odnosiło się do ryzyka ponoszonego przez towary przewożone drogą morską.

Etymologiczne znaczenie słowa ryzyko (Estienne, 14 ; Guerreau, 1997, 11-18; Magne, 2010, 1-25) oznacza możliwość zajścia negatywnego zdarzenia, możliwe niebezpieczeństwo, niebezpieczną szansę (<https://www.lalanguefrancaise.com>) prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia negatywnego w połączeniu z wymiernym skutkiem, jaki może ono mieć⁷⁷.

Francuski językoznawca Alain Rey datuje powstanie słowa „ryzyko” w języku francuskim na połowę XVII wieku (Rey, 2022). Według tego autora miałyby ono pochodzić od greckiego rzeczownika „rizikon” oznaczającego „przypadek”, ponieważ było przypisane żołnierskiej pensji zarobionej przez przypadek. Termin ten odnosiłby się do pojęcia śmiertelności, ale również do łacińskiego słowa „rīsīcarē” lub hiszpańskiego „riesgo”, co oznacza „rozciąć się”, którego ewolucja w średniowiecznej łacinie „resecum” oznaczała „pułapkę”, w odniesieniu do niebezpieczeństwa, jakie statki napotkały na morzu (pułapka lub rafa są przeszkodami, których nawigator musi bezwzględnie unikać). To ostatnie podejście do pojęcia ryzyka pokazuje, że ryzyko bardzo wcześnie było związane z transportem morskim, a z drugiej strony, że odnosi się do idei zagrożenia, którego człowiek musi unikać. Socjolog Peretti-Watel (Peretti-Watel, Larson, Ward, Schulz, Verger, 2015, 25) dodaje do tych etymologicznych rozważania, że ryzyko wiąże się z chęcią podjęcia przy opanowywaniu ciosów losu.

Z kolei w psychologii łacińska etymologia słowa ryzyko („rīsīcarē”, ciąć się) oznacza przez „rozszczerzenie”, czyli to, co dzieli, kontrastuje z tym co znane, ale także to, co wyznacza. Z tego punktu widzenia problem ryzyka zależy od postrzegania ryzyka przez podmiot. Według innych autorów francuskich (Picoche, 1992, 619-844) pochodzenie słowa ryzyko jest dość niejasne, a podanie etymologii tego słowa jest zagadką w dalszym ciągu. Francuski ekonomista P-Ch. Pradier wykonał pracę leksykologiczną w języku francuskim nad ryzykiem, w której odrzucił dwa wcześniej wspomniane znaczenia jako mity o początkach ryzyka (Pradier, 2004, 171-186). Z kolei niemiecki socjolog Niklas Luhmann (Luhmann, 1993, 9) twierdził, że nie ma kompleksowego studium etymologii i historii pojęciowej słowa ryzyko, co nie oznacza, że

⁷⁷ Probabilité d'un événement négatif combinée avec l'impact chiffré qu'il peut avoir, (<https://www.lalanguefrancaise.com>).

nie znajdujemy jego elementów rozproszonych. Jeśli poszukamy w pracach naukowych historii pojęcia ryzyka, znajdziemy w szczególności dwa powtarzające się elementy: tezę modernistyczną i ryzyko morskie wyjaśniającą pochodzenie tego słowa (Pradier, 2006, 8-15). Pojęcie ryzyka pojawia się na początku ery nowożytnej „w celu wskazania sytuacji problemowej, której nie da się wystarczająco precyzyjnie opisać za pomocą istniejącego słownika” (Luhmann, 1993, 10). Matematycy jako pierwsi użyli „ryzyka” w sensie abstrakcyjnym (Pradier, 2006, 16-27), całkowicie wolnym od normatywnych konotacji.

Teoria określenia ryzyka w historii matematyzacji zjawisk losowych wyróżnia trzy okresy. W pierwszym słowo „ryzyko” nawet się nie pojawia, chociaż jest to kwestia gier losowych. W drugim, matematyka jest wyraźnie stosowana do ubezpieczenia, a zatem do obliczania ryzyka. Jednak dopiero w trzecim okresie pojawia się abstrakcyjne pojęcie ryzyka, na pograniczu ekonomicznych i statystycznych koncepcji podejmowania decyzji.

Obliczenie prawdopodobieństw pojawia się po rozwiązaniu przez Pascala i Fermata problemu stron, który przedstawił im Chevalier de Méré. Problem ten polega na rozłożeniu zakładów gry przerwanej przed jej zakończeniem. Przed lipcem 1654 r. wielu autorów bezskutecznie próbowało rozwiązać pytania tego samego rodzaju dotyczące prawdopodobieństwa. Cardan i Galileusz byli generalnie cytowani na ten temat (Pradier, 2006, 16-27). Interesujące stało się badanie przyczyn, które doprowadziły do pojawienia się obliczania prawdopodobieństw. E. Coumet szczegółowo opisał „sekularyzację” przypadku i ukonstytuowanie się prawa umów losowych, grup pod tą nazwą umów, w których ingeruje element przypadku (gry hazardowe, ubezpieczenia, kredyty morskie).

Finanse jako nauka zostały zbudowane jako działalność naukowa po ich wyłączeniu z nauki ekonomii przez ekonomistów. Prof. H. Markowitz odegrał szczególną rolę, ponieważ został pierwszym „wykluczonym” ekonomistą zajmującym się finansami⁷⁸. Jego badania związane są z podstawami, które doprowadziły do instytucjonalizacji finansów, dyscypliny, w której pojęcie ryzyka jest najważniejsze i centralne. Dwie duże rodziny modeli ryzyka wymagają zróżnicowanego traktowania (Pradier, 2006, 44-65). Są to modele równowagi na rynku papierów wartościowych, które są rozwijane od lat pięćdziesiątych XX wieku. Pomysł, że niepewne wybory są pokrewne kompromisowi między zyskiem, a bezpieczeństwem, prawdopodobnie sięga czasów starożytnych, a jego matematyczne sformalizowanie datuje się na koniec XVIII wieku. Najśłynniejszą jest prawdopodobnie teoria Harry'ego Markowitza, za którą otrzymał nagrodę Nobla w dziedzinie ekonomii w 1990 roku. Formalna praca

⁷⁸ H. M. Markowitz interesował się „ekonomią niepewności” oraz zagadnieniami efektywności i analizy efektywnych portfeli inwestycyjnych.

ekonomistów nad ryzykiem zaczyna się tam, gdzie skończył swoje prace Laplace. Badając kwestię rezerw bankowych, napisał, że „wypłacalność i zysk bankiera zależą od prawdopodobieństwa, że nie zostanie on wezwany do spłaty za jednym zamachem więcej niż jednej dziesiątej swoich zobowiązań” – to jest dokładne ujęcie ryzyka, z którą spotkaliśmy się w pracach XVIII wieku (Guggenheim, 1978, 57-92).

Definicja zawarta w słowniku języka polskiego (Sobol, 2002; Dubisz, 2003) określa „ryzyko”, jako możliwość niepowodzenia, straty a także działanie, które może przynieść takie skutki, zaś „ryzykowanie” definiuje, jako podejmowanie przedsięwzięcia o nieznanym wyniku, zakończeniu,

z narażaniem kogoś lub czegoś na niebezpieczeństwo, stratę. Inna definicja ze słownika języka polskiego⁷⁹, określa „ryzyko”, jako możliwość, prawdopodobieństwo, że coś się nie uda, a także przedsięwzięcie, którego wynik jest niepewny⁸⁰.

4.1.2. Zakres i klasyfikacja ryzyka

Współczesne społeczeństwo jest społeczeństwem ryzyka (por. Beck, 2008). Dzisiaj mamy do czynienia z komercjalizacją ryzyka (por. Millet, 2002). Wykluczenie ryzyka i zarządzanie nim jest możliwe przez ubezpieczenie (Hyski, 2017, 110). Wskazanie wszystkich definicji ryzyka występujących w literaturze ekonomicznej i prawnej jest niemożliwe i wymagałoby bardzo szerokiego spojrzenia także w wymiarze czasowym⁸¹.

Ryzyko jest podstawą umowy ubezpieczenia, umożliwia obliczenie składki oraz realizację roszczenia. Powinno spełniać cechy tkwiące w jego naturze, bez których umowa ubezpieczenia nie byłaby ważna. Ryzyko jest zdarzeniem losowym, przyszłym, niepewnym lub o nieokreślonym terminie, występuje poza wolą stron. Normatywne warunki ryzyka są dwa, ryzyko musi być rzeczywiste i zgodne z prawem. Natomiast ryzyko w matematyce jest głównie ujęte jako prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia. Właśnie od nazwy gry w kości „al

⁷⁹ Pierwszą istotną próbę rozpoczął Girolamo Cardano, autor książki *Liber de Ludo Alae (Księga o grach losowych)*. Kwestie ryzyka rozważał także Galileusz, przedstawiając w swym dziele *Sopra le Scoperte dei Dadi*, eksperymenty pewnych powtarzalności i typów wyników. Wiedzę matematyczną w zakresie naukowego podejścia do prawdopodobieństwa rozwijały całe pokolenia matematyków. Zob. szerz. Peter L. Bernstein, *Przeciw Bogom. Niezwykłe dzieje ryzyka*, Warszawa, 2020, s. 41.

⁸⁰ W literaturze przedmiotu brak jednej spójnej, powszechnie używanej definicji ryzyka. W słowniku języka polskiego ryzyko „jest to możliwość, prawdopodobieństwo, że coś się nie uda, przedsięwzięcie, którego wynik jest nieznanymi, niepewny, problematyczny. Jest to sytuacja, gdy szkodliwy czynnik ryzyka może się pojawić, ale nie jest w pełni znany oraz przewidywalny”.

⁸¹ Bardzo liczne akty prawne odnoszą się do określenia ryzyka. Na podstawie danych z Systemu Informacji Prawnej LEX stwierdzono, że pojęcie „ryzyko” wystąpiło w 2016 r. w 4828 aktach prawnych, co daje prawie dwukrotny wzrost w ciągu ośmiu lat względem 2009 r., w którym pojawiało się ono w 2686 aktach prawnych.

zabar” zaczęło się zainteresowanie analizą ryzyka, prawdopodobieństwem chybienia w grze. Stąd także ma pochodzić używany współcześnie słowo „hazard”. Od tego czasu poszukiwano rozwiązań, w jaki sposób los, przypadek, prowadzi do wzbogacenia lub straty grających.

Jérôme Cardanowi zawdzięczamy pierwszą definicję pojęcia prawdopodobieństwa w jego *Liber de ludo aleae* (Księżde o grach losowych) z 1563 r. (<https://www.universalis.fr>). Prawdopodobieństwo zdarzenia wyraża on jako stosunek liczby „sprzyjających” zdarzeń od liczby możliwych zdarzeń. Na przykład rzut uczciwą kostką do gry daje jedną szansę na sześć trafienia danej liczby, co odpowiada prawdopodobieństwu $1/6$. Definicja Cardana opiera się na domniemanym założeniu równego prawdopodobieństwa możliwych wyników. Chociaż założenie zostało zweryfikowane w podanym przykładzie, problem stwarza cykliczność definicji. Aby zdefiniować prawdopodobieństwo według Cardana, potrzeba aby wszystkie zdarzenia miały to samo prawdopodobieństwo. Ta dwuznaczność zostanie zniesiona dopiero na początku XX wieku wraz z aksjomatami Andrieja N. Kołmogorowa, który rozwinął matematyczną teorię ryzyka według zasad dedukcji⁸².

Pomimo zainteresowania pracą Cardana, Blaise Pascal i Pierre de Fermat są do dziś uznawani za twórców teorii prawdopodobieństwa, dzięki korespondencji, którą wymienili w 1654 r. (Gardou, 2006, 101-110). Obaj rozwiązują problem obliczania liczby sprzyjających zdarzeń. Jest to słynny trójkąt Pascala, który pozwala np. określić, że istnieje 11 na 16 szans na uzyskanie co najmniej dwóch „reszek” na cztery rzuty zbalansowaną monetą (Gardou, 2006, 101-110). Christiaan Huygens w XVII wieku, Thomas Bayes i Leonhard Euler w XVIII wieku, a następnie Karl Friedrich Gauss i Pierre Simon Laplace w XIX wieku przejęli dopracowanie teorii prawdopodobieństwa i statystyki, wychodząc poza podejście kombinatoryczne na rzecz nowej metody analizy. Pod wpływem Laplace'a rachunek prawdopodobieństwa znalazł zastosowanie w wielu dziedzinach, m.in. w medycynie, fizyce, chemii, polityce i innych naukach społecznych. Dla Laplace'a wszystkimi zjawiskami natury, a w szczególności procesami politycznymi i społecznymi, rządzi kombinacja stałych reguł i przypadkowych wypadków, którymi rządzą prawa prawdopodobieństwa⁸³.

Frank Knight wprowadził natomiast rozróżnienie między ryzykiem a niepewnością. Rozróżniając pojęcia wskazywał, że ryzyko ma charakter mierzalny. Wychodził

⁸² (<https://www.universalis.fr>) Należy dodać że w wieku XX cztery koncepcje matematyczne dotyczące prawdopodobieństwa cieszyły się szczególnym zainteresowaniem tj: koncepcja prawdopodobieństwa apriorycznego (logicznego), koncepcja częstościowa, koncepcja subiektywistyczna oraz koncepcja miary Kołmogorowa.

⁸³ Pojęcie losowości nie jest jednak łatwe do zdefiniowania. O grach można mówić, że są losowe, kiedy nie ma możliwości przewidzenia z całą pewnością jaki będzie wynik kolejnego zdarzenia, znając wyniki poprzednie.

z obserwacji, że nasza wiedza jest często w dużej mierze niewystarczająca do określenia prawdopodobieństwa różnych możliwych zdarzeń. O niepewności mówimy wtedy, gdy taka obiektywna kwantyfikacja prawdopodobieństw jest niemożliwa. Klasycznym przykładem jest gra polegająca na oferowaniu nagrody graczowi, który losuje białą kulę z urny, nie mówiąc, a priori o proporcjach białych i czarnych kul w niej zawartych. Niepewność można nawet zakwalifikować jako radykalną, gdy nie można ustalić listy możliwych zdarzeń związanych z zagrożeniem. Można więc mówić o ryzyku inwestora kupującego akcje lub ubezpieczyciela oferującego ubezpieczenie od wypadków samochodowych. Podczas gdy problem efektu cieplarnianego, organizmy modyfikowane genetycznie czy eksploracja kosmosu reprezentują sytuacje niepewności, a nawet istotnej niepewności. Zasługi w rozwoju ujęcia ryzyka i rachunku prawdopodobieństwa mieli również J.M.Keynes⁸⁴, F.P. Ramsey, H. Jeffreys R.Carnap⁸⁵, W. F. Donkin⁸⁶. Emile Borel francuski matematyk wniósł wkład w badanie matematycznych własności prawdopodobieństwa i można uznać go za pioniera interpretacji subiektywnej prawdopodobieństwa. F.P. Ramsey, jest uważany za twórcę nowoczesnego subiektywizmu dzięki swojej pracy „Prawda i prawdopodobieństwo”, opublikowanej w 1931 r. (Galavotti, 2009, 180 i n.). Podobnie jak Keynes, Ramsey uważał, że przedmiotem logiki jest prawdopodobieństwo, ale nie zgadzali się co do natury tej logiki. Ramsey rozróżnił „mniejszą logikę, która jest logiką spójności lub logiką formalną”, oraz „większą logikę, która jest logiką odkrycia lub logiką indukcyjną” (Galavotti, 2009, 182). Wraz z Bruno de Finettim subiektywna interpretacja prawdopodobieństwa dobiegła końca.

Pracując w tych samych latach co Ramsey, ale niezależnie, de Finetti sprecyzował podobny pogląd na prawdopodobieństwo jako stopień wiary, z zastrzeżeniem jedyne

⁸⁴ J.M. Keynes w *A Treatise on Probability* posługiwał się zamiast pojęciem ryzyka, pojęciem określoności i nieokreśloności w odniesieniu do przyszłości.

⁸⁵ Interpretacja logiczna została rozwinięta na początku XX wieku między innymi przez Johna M. Keynes'a ale najbardziej systematyczne ujęcie przypisuje się R. Carnap. W podejściu tym teorię prawdopodobieństwa traktuje się jako rozszerzenie logiki. Podejście logiczne stosuje się do wszystkich sytuacji, kiedy nie mamy wystarczającej informacji, aby zezwolić na wnioskowanie dedukcyjne.

⁸⁶ M.C. Galavotti *The Modern Epistemic Interpretations of Probability*, „Handbook of the History of Logic”, vol. 10, 2009, s. 153-195. Według koncepcji częstościowej Richarda von Misesa, pojęcie prawdopodobieństwa odnosi się do ciągu nieskończenie wielu elementów i jest cechą świata fizycznego, nie zaś miarą naszej wiedzy lub niewiedzy. Prawdopodobieństwo pewnych zdarzeń możliwe jest do poznania *a posteriori*. Koncepcja subiektywistyczna prawdopodobieństwa Bruno de Finettiego zakłada, iż prawdopodobieństwo w wymiarze obiektywnym nie istnieje. Prawdopodobieństwo to stopień przekonania lub wiedzy danej osoby w danej chwili. Koncepcja miary prawdopodobieństwa Andrieja Kołgomorowa umożliwiła ujęcie prawdopodobieństwa za pomocą aksjomatów. W koncepcjach pojawia się teoria obiektywizmu i subiektywizmu w nauce o ryzyku. Spór o znaczenie prawdopodobieństwa toczony jest do dnia dzisiejszego, a widoczny jest zwłaszcza między dwoma stanowiskami: obiektywnym, (i jednocześnie fizycznym) oraz częstościowym i subiektywnym (i jednocześnie epistemologicznym), tj. osobistym.

ograniczenia spójności. Do takiej definicji dodał pojęcie zmienności, które można uznać za decydujący krok ku zbudowaniu nowoczesnego subiektywizmu w prawdopodobieństwie .

Rozdźwięk pomiędzy obiektywizmem i subiektywizmem stanowią dwa różne typy niepewności. W pojęciu częstościowym niepewność związana jest z losowością zachodzących zdarzeń (z przypadkowością). Tej niepewności nie da się zredukować poprzez obserwacje i gromadzone informacje. U subiektywistów nie ma rzeczy zachodzących losowo, którymi rządziłby przypadek, ale wszystko pojawia się z pewnych powodów. W subiektywnym podejściu niepewność spowodowana jest brakiem całkowitej wiedzy co do przyczyn zachodzących zjawisk. Poprzez gromadzenie nowych danych empirycznych ta niepewność jest redukowana⁸⁷.

Pojęciem ryzyka (fr. *risque*, ang. *hasard*) w naukach ekonomicznych (Bochenek, 2012, 46) posłużył się po raz pierwszy Richard Cantillon w publikacji z roku 1755 r. *Essai sur la nature du commerce en général*⁸⁸. Pierwszą rozprawę ekonomiczną o ryzyku napisał A.H. Wilett⁸⁹. Zwracał w niej uwagę na potrzebę rozróżnienia niepewności i stopnia prawdopodobieństwa. (Papachristou, 1996, 89-95). Ryzyko ujmował jako zobiektywizowaną niepewność, a więc „obiektywny korelat subiektywnej niepewności” (Pogorzelski, 2014, 26).

Ważną i często powtarzaną myśl sformułował Frank Knight⁹⁰, w opublikowanym w 1921 r. opracowaniu *Risk, Uncertainty and Profit w którym rozróżniając pojęcie niepewności i ryzyka wskazywał, że ryzyko ma charakter mierzalny. Ryzyko oznacza sytuację, w której możliwości przyszłości są znane i prawdopodobne. Natomiast niepewność oznacza sytuację, w której wszystko jest nieznanne. Knight rozróżnia więc sytuacje ryzykowne (gdzie znany jest rozkład prawdopodobieństwa możliwych przypadków)⁹¹ i sytuacje niepewne (gdzie możliwe*

⁸⁷ Idzikowska K. Zniekształcanie prawdopodobieństw w decyzjach z ryzykiem, rozprawa doktorska Uniwersytet Warszawski Instytut Studiów Społecznych Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii, Warszawa 2013, https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/659/Zniekszt%C5%82canie%20prawdopodobie%C5%84stw%20w%20decyzjach%20z%20ryzykiem_K.Idzikowska.pdf?sequence=1, dostępne dnia 12.01.2023.

⁸⁸ R. Cantillon, *Essai Sur La Nature Du Commerce En General (1755)*, Paris, 2010. Esej napisany na początku lat trzydziestych XVIII wieku i opublikowany w 1755 r., nazywany pierwszym traktatem ekonomicznym. Pojęcie *risque* pojawia się na kilku stronach.

⁸⁹ Problematyka ryzyka w nauce zarządzania, jest pewnym problemem. Jak bowiem sformułowali to, dosyć już dawno, Upton i Casey (Upton M., Casey H., *Risk and Some Pitfalls in the Use of Averages in Farm Planning*, „Journal of Agricultural Economics”, vol. 26, 1975, s. 147, tłum. własne) „Konwencjonalna teoria produkcji bazuje na założeniach, że producenci mają pełną wiedzę o przyszłości i tak organizują produkcję aby maksymalizować zysk. Ponieważ pierwsze założenie jest w sposób oczywisty fałszywe, niemożliwe jest założenie drugie” (tekst oryginalny eng.) „The conventional economic theory of production is based on the assumptions that producers have perfect knowledge of the future and organise their production activities in such a way as to maximise profits. Because the first assumption is patently false the second assumption is impossible”.

⁹⁰ Teoretyk, ekonomii który nigdy nie uważał żadnego pomysłu za pewnik, miał duży wpływ w szczególności na Ronalda Coase'a, George'a Stiglera, Jamesa Buchanana i Paula Samuelsona. Wielu wśród noblistów w nauce ekonomii było jego uczniami.

⁹¹ Dzieli on ryzyko na trzy rodzaje -ryzyko matematyczne (*a priori*); ryzyko statystyczne oraz ryzyko szacunkowe.

przypadki nie są nawet znane). Niepewność wg Knight'a jest zatem sytuacją, w której przyszłość nie tylko nie jest znana, ale nie może być znana (Viviani, 1994, 105-146). W konsekwencji, w naukach ekonomicznych pojęcie ryzyka zaczęto utożsamiać z odchyleniem statystycznym, które można przewidzieć na podstawie rachunku prawdopodobieństwa. Także praca Johna von Neumanna oraz Oskara Morgensterna *Theory of Games and Economic Behavior* (Leonard, 2010, 321-326), odpowiada na pytania, które pojawiają się, gdy trzeba podejmować decyzje dotyczące alokacji zasobów w celu poprawy bezpieczeństwa.

Ryzyka, w sposób naturalny, wiązały się także z działalnością inwestycyjną i pracą Harrego Markowitza wcześniej anonsowaną a zatytułowaną *Portfolio Selection*, która dotknęła głównego problemu finansów – ryzyka – a w szczególności tego w jaki sposób można rygorystycznie traktować ryzyko giełdowe (Jean-Laurent Viviani, 1994, 105-146). Markowitz dokonał syntezy szeregu wcześniejszych autorów w kwestii zagadnienie doboru próby, czy krzywej rozkładu normalnego (Jean-Laurent Viviani, 1994, 105-146), wykazując, iż właściwa dywersyfikacja papierów wartościowych o wysokim ryzyku pozwala stworzyć portfel o ryzyku relatywnie niskim.

Dla podejmowania decyzji w warunkach niepewności opracowanych zostało szereg kryteriów ułatwiających ich podejmowanie. Wśród nich kryterium można wyróżnić kryterium Walda gdzie ze skrajnie niekorzystnych elementów wybiera się najkorzystniejszy wynik (Jean-Laurent Viviani, 1994, 105-146). Kryterium Walda (znane również jako Max Min) jest kryterium „absolutnego pesymizmu”, w którym dokonuje się wyboru wyłącznie na podstawie najgorszego zdarzenia, które może się wydarzyć (Jean-Laurent Viviani, 1994, 105-146). Kryterium Max Max jest dokładnym przeciwieństwem kryterium Walda: jest to kryterium „błogiego” optymizmu, polegającego na opieraniu własnego wyboru wyłącznie na tym, co jest najbardziej prawdopodobne (Jean-Laurent Viviani, 1994, 105-146). Kryterium Laplace'a polega natomiast na wykorzystaniu „zasady niewystarczającego powodu” do przypuszczenia, że prawdopodobieństwo różnych stanów natury jest identyczne, ponieważ nie mamy informacji o ich względnym prawdopodobieństwie. Kryterium Savage'a z kolei to wybór zarządzania ryzykiem, który pociągnie za sobą najmniejszą z maksymalnych strat. Polega ona na zaproponowaniu kryterium dostosowanego do tzw. „biurokratycznych” środowisk.

Teoria Bayesa wybiera wariant zapewniający największą wartość oczekiwaną. Podejście uwzględnia jako bagaż wstępnych informacji, które decydent uzyskał w ramach analizy swojego problemu. Decydent doskonale zdaje sobie sprawę, że ta informacja nie jest rozwiązaniem, ale raczej istotnym elementem, który należy wziąć pod uwagę, aby dojść do

rozwiązania. W ten sposób właśnie zrobił krok, który przenosi go z całkowitej niepewności do częściowej niepewności. Opiera się na tych częściowych informacjach, aby ocenić ilościowo możliwości różnych stanów natury. Otrzymane w ten sposób wyniki są brane pod uwagę i nazywane prawdopodobieństwami subiektywnymi. Następnie, znając subiektywne prawdopodobieństwa, znajdując się w ryzykownym wszechświecie, aby zakończyć analizę problemu, pracuje się nad kryterium oczekiwanej wartości pieniężnej.

Kryterium Hurwicza decyduje o wyborze strategii kompromisowej biorąc pod uwagę własne preferencje. Polega ona na próbie kompromisu pomiędzy poprzednimi kryteriami poprzez uwzględnienie współczynnika „pesymizmu”.

Powszechnie przyjmowane przez ekonomistów modele umożliwiające opisanie indywidualnych decyzji w środowisku ryzyka to modele oczekiwanej użyteczności. Wynika to przede wszystkim z teorii Bernoulliego, von Neumanna i Morgensterna oraz Savage'a. Teoria decyzji przeszła później znaczny rozwój dzięki podejściu zapoczątkowanemu przez Arrowa, Mossina, Ehrlicha i Beckera (Eeckhoudt et Ch. Gollier, 2013, 47-53). Od tego czasu prace w tej dziedzinie były bardzo liczne w różnych kierunkach, z których głównym była analiza problemów asymetrii informacji na rynku ubezpieczeniowym.

Kryteria modeli mogą opierać się na wartości oczekiwanej ryzyka, teorii gier, teorii de Walda czy kryterium Hurwicza czy Laplace'a.

Matematycznie wyliczone prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych zdarzeń wspiera prawne rozważania nad istotą ryzyka o tyle, że często pozwala współokreślać adekwatny związek przyczynowy. Im mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków wywołanych danym zachowaniem, tym mniejsza skłonność do przypisania zdarzeniu adekwatnego związku przyczynowego.

Wśród elementów zasadniczych ryzyka należy zwrócić uwagę na funkcjonowanie odszkodowania wypłaconego ubezpieczonemu. Ta zasada, która w dalszej części pracy określana jest jako zasada gwarancji ochrony ubezpieczeniowej, stanowi jeden z najbardziej charakterystycznych elementów ubezpieczenia także w Polsce (Ronka-Chmielowiec, 2016, 16). Należy wskazać, iż aby zakreślić pełny zakres ochrony ubezpieczeniowej trzeba wymienić zasadę pełności ochrony, realności ochrony związanej z zasadą gwarancji ochrony, czyli możliwości korzystania z ochrony mieszczącej się w zakresie możliwości finansowych zakładu ubezpieczeń i niewątpliwie w granicach prawa ubezpieczeniowego (Ronka-Chmielowiec, 2016, 16).

4.1.3 Rodzaje ryzyka

W literaturze polskiej istnieje także wiele definicji ryzyka,⁹² podziałów ryzyka⁹³ i kryteriów ich podziałów, szczególnie jeśli chodzi o ubezpieczenia. Zarządzaniem ryzykiem jest przede wszystkim częścią nauk o zarządzaniu (Jajuga, 2009, 13; Wyrębek, Ciekankowski, 2016, 7–20). Cztery podstawowe fazy zarządzania ryzykiem obejmują analizę ryzyka, kontrolę ryzyka, finansowanie ryzyka i administrowanie procesami kierowania (Janowicz-Lomott, Spigarska, Ireneusz, Łyskawa, 2020, 16). Należy wskazać także bogatą polską literaturę dotyczącą analizy ryzyka w ubezpieczeniach (Ronka-Chmielowiec, 2002, 73; Śliwiński, 2002, 19; Monkiewicz, 2004, 16).

Prof. W. Ronka-Chmielowiec podaje następujące przykładowe etapy występowania ryzyka. Pierwszym etapem jest szansa wystąpienia straty, następnie ryzyko jest możliwością wystąpienia straty, potem jest stanem, w którym istnieje możliwość straty. Dalej ryzyko jest prawdopodobieństwem wyniku innego niż oczekiwany. W konsekwencji ryzyko jest dyspersją rezultatów rzeczywistych i oczekiwanych. Ryzyko dookreśla również przedmiot ubezpieczenia. **Ryzyko** nie jest pojęciem jednorodnym dlatego też nie można ująć go jednej uniwersalnej definicji, jak wcześniej zostało podkreślone. Należy wziąć pod uwagę kilka różnych ujęć, ponieważ jest pojęciem zmiennym i zależnym od czasu. W związku z tym ryzyko powinno być traktowane jako proces, a analizy powinny wziąć pod uwagę jego dynamikę. Przy badaniu ryzyka powinno się brać pod uwagę czynniki, które mają wpływ na jego istotę i wymiar (Ronka-Chmielowiec, 2002, 73; Śliwiński, 2002, 19; Monkiewicz, 2004, 12).

Czynnikiem ryzyka ubezpieczeniowego jest zagrożenie (fr. le péril) jako zespół warunków i okoliczności, w których dane niebezpieczeństwo się realizuje, które mają wpływ na wielkość i rozmiary zagrożenia (Ronka-Chmielowiec, 2002, 73; Śliwiński, 2002, 19; Monkiewicz, 2004, 16). Niebezpieczeństwo może być przyczyną lub źródłem straty, wynikać z określonych zdarzeń, o których wiadomo z przeszłości, że mogą prowadzić do wystąpienia niepożądanych sytuacji, niekorzystnych zdarzeń, które wygenerują straty. W ubezpieczeniowej

⁹² „Ryzyko jest szansą nastąpienia straty”. Zgodnie z tą definicją ryzyko należy rozumieć jako możliwość lub prawdopodobieństwo, że coś się wydarzy lub jako stopień tego prawdopodobieństwa, zob. W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko i istota ubezpieczenia*, „Ubezpieczenia”, Warszawa, 2016, s. 11-26; W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko w ubezpieczeniach-Metody oceny*, Wrocław, 1997, s. 13; S. Gędek, *Definiowanie ryzyka*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 513, Wrocław, 2018, s. 119–30.

⁹³ Komisja Ekonomiczno-Finansowa PIU, *Klasyfikacja ryzyk ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń, Opracowanie Grupy Roboczej ds. Wypłacalności*, http://www.piu.org.pl/publikacje_piu/analizy/, dostępne dnia 20.03.2023 ; W. Ronka-Chmielowiec (2008), *Rodzaje i czynniki ryzyka w zakładzie ubezpieczeń*, „Zarządzanie ryzykiem”, Warszawa, s. 291-299; Z. Zawadzka, *Ryzyko bankowe – uwagi ogólne*, „Współczesny bank”, Warszawa, 1999, s. 307 ; G. Trzpiot, *O wybranych własnościach miar ryzyka*, „Badania Operacyjne i Decyzje” nr 3-4, 2004, s. 91-98.

teorii ryzyka wyróżniamy trzy kategorie zagrożeń. Pierwsze to zagrożenie fizyczne gdy wchodzi w grę zjawiska zewnętrzne o charakterze poza podmiotowym lub cechy fizyczne, które mają bezpośredni wpływ na nasilenie przyczyn strat, drugie to zagrożenie o charakterze moralnym jako grupa cech osoby, określającej negatywne podejście do otoczenia, tzw. zagrożenie motywacyjne będące subiektywną reakcją ubezpieczeniowego, wywołaną świadomością istnienia ochrony ubezpieczeniowej (Ronka-Chmielowiec, 2002, 73; Śliwiński, 2002, 19; Monkiewicz, 2004, 16).

Dalszy podział ryzyka jaki można wymienić jest podziałem na ryzyko obiektywne, subiektywne, czyste oraz sztuczne (spekulacyjne). Ryzyko obiektywne charakteryzuje się możliwością obiektywnego oddziaływania na zdarzenie, a miarą tego ryzyka jest stopień prawdopodobieństwa zdarzenia. Ryzyko subiektywne zależne jest od wiary podmiotu w stosunku do przyszłego zdarzenia. Miarą niebezpieczeństwa jest skala niepewności subiektywnej. Ryzyko czyste jest mierzone wariancją podwójną, metodami pomiaru statystycznego. Ryzyko spekulatywne wiąże się z tzw. wariancją potrójną (ryzyko, które powoduje stratę, a niezrealizowanie skutkuje wystąpieniem zysku). Ryzyko wywołuje działanie człowieka w sposób sztuczny, czyli w celu osiągnięcia wyraźnie spekulacyjnych celów i nie można go zmierzyć metodami statystycznymi (Kowalewski, 2002, 94-95).

W ogólnym podziale ryzyka według innych autorów wyróżnia się ryzyko właściwe, funkcjonujące na zasadach prawa wielkich liczb, ryzyko subiektywne i ryzyko obiektywne. Można wyodrębnić również ryzyko bezpośrednio związane z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa, ryzyko stałe (niezmienne), dotyczące gospodarki, ryzyko niestałe odnoszące się do określonego podmiotu. W zależności od prawdopodobieństwa wyróżnia się ryzyko normalne, które trzeba podjąć, naturalne dla danego typu działania, ryzyko dopuszczalne, na które można sobie pozwolić i niedopuszczalne, przekraczające poziom dopuszczalny, niezbędne, na które nie można sobie nie pozwolić.

Ryzyko można także analizować jako niesystematyczne, które składa się z ryzyka związanego z działalnością gospodarczą (operacyjnego), ryzyko systematyczne (niedywersyfikowane), na które składają się ryzyko rynkowe, ryzyko stopy procentowej, ryzyko stopy reinwestycji, ryzyko siły nabywczej, ryzyko kursowe i inne. Inna klasyfikacja pozwala wyróżnić ryzyko bezpośrednio związane z decyzjami rozwojowymi przedsiębiorstwa: ryzyko projektu, wiążące się z technicznymi warunkami jego realizacji, ryzyko przedsiębiorcy wynikające z błędnej oceny przez przyszłych warunków rynkowych, ryzyko właścicieli kapitału.

Rodzaje ryzyka z kolei można klasyfikować według różnych kryteriów. Biorąc pod uwagę kryterium efektu można wyróżnić ryzyko rynkowe i ryzyko specyficzne. Ryzyko rynkowe, zwane inaczej ryzykiem systematycznym, związane jest z czynnikami, które wpływają na osoby fizyczne, spółki ale są od nich niezależne. Ryzyko systemowe (określane jako zewnętrzne, podstawowe) jest determinowane przez siły zewnętrzne, przez co nie może być kontrolowane. Ryzyko systemowe, rozumiane jest także jako możliwość destabilizacji systemu finansowego, mające istotne negatywne skutki dla gospodarki, w sensie przyczynowo skutkowym rozpatrywane jest w zasadzie głównie jako istotne zakłócenia funkcjonowania systemu gospodarczego (Czerwińska, 2014, 41-63). Wiążą się one z warunkami ekonomicznymi danego rynku i rynku globalnego, a także z warunkami środowiskowymi.

Ryzyko specyficzne, indywidualne, wiąże się z przyszłymi zdarzeniami, które można kontrolować i przewidywać. Biorąc pod uwagę kryterium źródeł zysków przedsiębiorcy, można zauważyć następujące formy ryzyka: ryzyko niewypłacalności, ryzyko czyste, inaczej statystyczne, mające związek ze zjawiskami klimatycznymi i koniunkturą, ryzyko jako wynagrodzenie za innowacje i przedsiębiorczość (por. Księżyk, 2000). L. Korzeniowski przedstawia inne formy ryzyka, takie jak ryzyko tożsamości, które wiąże się z identyfikacją, jest to stwierdzenie, że określona osoba, podmiot lub organizacja są tożsame z inną osobą, organizacją, ryzyko wiarygodności, w tym przypadku wiara jest pewnością, że coś jest prawdziwe (Korzeniowski, 2000, 437-444).

W działalności przedsiębiorstwa można zidentyfikować następujące formy ryzyka: biznesowe (reputacji, konkurencji); finansowe (stopy procentowej, walutowe); kredytowe (niewypłacalności kontrahentów); operacyjne (klęsk, żywiołowych (Korzeniowski, 2002, 128). M. Biegański proponuje podział ryzyka na dwie charakterystyczne grupy: ryzyko strategiczne, wpływające na siłę konkurencyjną banku w długim okresie, wiążące się z profilem działalności, systemem zarządzania jak również strukturą organizacyjną; ryzyko operacyjne, składające się z dwóch podgrup: ryzyko w obszarze finansowym oraz techniczno-organizacyjnym (Biegański, 2001, 9-15). Według T. Kaczmarka istnieje ryzyko prawne, wiążące się z możliwością poniesienia strat w wyniku prowadzenia przez daną organizację działalności wykraczającej poza przepisy prawne oraz zawiera brak możliwości wyegzekwowania podpisanych umów (Kaczmarek, 2005, 11-41). Wyróżnia się także podział na **ryzyko akceptowalne** dla organizacji bez żadnych dodatkowych działań zaradczych bądź zmian.

Szczególnym przypadkiem ryzyka jest **ryzyko ubezpieczeniowe**. Zakłady ubezpieczeniowe, które ubezpieczają dane ryzyko, zdefiniowane jako możliwość wystąpienia pewnej straty, muszą je określić i odpowiednio oszacować. Ryzyko ubezpieczeniowe

w literaturze wyrażane jest w różny sposób. Jednak sens definicji zawsze pozostaje ten sam. Ryzyko ubezpieczeniowe oznacza możliwość wystąpienia strat określonej wielkości z określonym prawdopodobieństwem.

Albert Henry Mowbray w 1961 r. wprowadził podział ryzyka na spekulatywne i czyste, który do dziś uważany jest za najbardziej użyteczny w analizie ryzyka ubezpieczeniowego.

Innym podejściem do ryzyka charakteryzuje się dyrektywa Solvency II. Dyrektywa uwzględnia ryzyka poddające kwantyfikacji ilościowej, takich jak ryzyko rynkowe, kredytowe, ubezpieczeniowe, a także ryzyka weryfikowanych metodami jakościowymi, tj. ryzyko operacyjne, oraz ryzyko trudno lub niekwantyfikowalne jak ryzyko prawne, ryzyko koncentracji. Dyrektywa ujmuje ryzyka w modułach agregujących pokrewne rodzaje ryzyka, wskazuje na powiązanie kapitału podmiotu z jego profilem ryzyka i proponuje stosowanie określonej metodologii⁹⁴ przy obliczaniu poziomu ufności. Główny cel analizy ryzyka w dyrektywie polega na zastosowaniu metod technicznych do działalności ubezpieczycieli i proponowanie zagregowanych modułów ryzyka takich jak ryzyko ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia majątkowe, ubezpieczenia zdrowotne, ryzyko niewykonania zobowiązania przez kontrahenta, ryzyko rynkowe (Czerwińska, 2014, 41-63).

Polska Komisja Nadzoru Finansowego w dokumencie „*Metodyki Roczego Badania i Oceny Nadzorczej (BION) zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*” wskazała także na określone ryzyka, wśród których wymienia jako tytuły: ryzyko kredytowe, ryzyko rynkowe, ryzyko ubezpieczeniowe, ryzyka ochrony klientów, nowe pojawiające się zagrożenia (<https://www.knf.gov.pl/knf/pl>). Metodykę BION stosuje się do przeprowadzenia analizy i oceny ryzyka instytucji działających w sektorze finansowym- banków, zakładów ubezpieczeń i reasekuracji, towarzystw funduszy inwestycyjnych.

Jeszcze inne podziały ryzyka to podział na efekt realizacji ryzyka finansowego albo niefinansowego, na ryzyko statyczne i dynamiczne jako efekt różnych zmian w społeczeństwie, gospodarce, czy technologii.

Oczywiście jednym z najważniejszych podziałów ryzyka jakie stosuje się w ubezpieczeniach i prawie ubezpieczeń jest ryzyko osobowe związane przede wszystkim ze zdrowiem, życiem, zdolnością zawodową ubezpieczonego i ryzyko majątkowe odnoszące się do stanu majątku, czy jego składników. Podobnie ważnym z punktu widzenia techniki ubezpieczeń jest ryzyko statystyczne dające się obliczyć metodami matematycznymi (ryzyko aprioryczne) albo dające się obliczyć na podstawie danych (<https://mfiles.pl/pl>).

⁹⁴ Metoda Value at Risk - VAR.

Usystematyzowaną wiedzę prezentuje prawo prywatne, dla którego ryzyko jest pojęciem, które występuje w różnych gałęziach prawa od prawa cywilnego, karnego, prawa pracy czy prawa finansowego. Jednak związek ryzyka ubezpieczeniowego jest największy z prawem cywilnym. Ustawodawca polski, posługując się pojęciem ryzyka jako elementem języka prawnego, nie zdecydował się mimo wszystko na uniwersalną jego definicję, wspierając się określeniem gałęzi prawa.

Ryzyko pojawia się w normatywnym ujęciu zasad odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych gdzie ryzyko występuje jako odpowiedzialność z tytułu następstw wiążących się ze zdarzeniem. W definicji umowy ubezpieczenia w polskim Kodeksie Cywilnym nie znajdziemy pojęcia ryzyka. Zwrot ten został użyty w tytule XVII Kodeksu Cywilnego, tj. w zakresie umowy ubezpieczenia i w art. 824¹ § 1 i 2 Kodeksu Cywilnego⁹⁵.

W prawie francuskim teorię ryzyka w prawie zobowiązań stosujemy gdy dłużnik zobowiązania nie jest w stanie wykonać zobowiązania z przyczyny obcej lub działania siły wyższej. Teoria ta przewiduje dwie sytuacje:

1. *Res perit debitori*: rzecz zaginęła, to na dłużniku tego zobowiązania, które stało się niemożliwe, spoczywa obowiązek poniesienia skutków tej niemożności spełnienia.
2. *Res perit domino*: nastąpiło przeniesienie własności rzeczy od momentu wymiany zgody między stronami. Ryzyko wynika z przeniesienia własności i dlatego ciąży na właścicielu rzeczy.

Teorię ryzyka wyróżnia się w zależności od tego, czy ma ona zastosowanie w sprawach umownych, czy pozaumownych. W kwestiach umownych celem teorii ryzyka jest ustalenie, która ze stron umowy musi ponieść konsekwencje ostatecznej niemożności świadczenia w późniejszym czasie z powodu działania siły wyższej.

W sprawach pozaumownych (lub deliktowych) teoria ryzyka oznacza ruch doktrynalny wprowadzony przez Saleillesa i Joseranda do prawa francuskiego od połowy XIX wieku, w reakcji na postęp techniczny i mnożenie się szkód, które były z nim związane (fabryki, samochody, koleje, sprzęt AGD itp.). O ile pozaumowna (lub deliktowa) odpowiedzialność cywilna opierała się na pojęciu winy i indywidualnej kontroli swoich czynów, o tyle teoria

⁹⁵ (tłum wł.) § 1. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody.

§ 2. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, ubezpieczający nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

ryzyka skupia się na uszczerbku poszkodowanego i wprowadza odpowiedzialność bez winy (lub winy obiektywnej) na podstawie obserwacji, że niekoniecznie musimy już kontrolować szkody, które możemy wyrządzić. Zatem osoba, która jest źródłem ryzyka powodującego szkodę innym, musi ją naprawić.

Zazwyczaj przedstawia się trzy rodzaje ryzyka, które zostały wprowadzone przez orzecznictwo francuskiego Sądu Kasacyjnego. Pierwsze jest ryzyko, w którym każdy, kto czerpie korzyści z działalności generującej ryzyko, musi naprawić szkodliwe skutki (odpowiedzialność pracodawcy za szkody wyrządzone pracownikom, ale także za szkody wyrządzone przez pracowników w ramach ich działalności wprowadzone przez orzeczenie Sądu Kasacyjnego Costedoat z 25 lutego 2000 r.) (Cass., Ch. Réunies, du 13 février 1930, Bulletin ARRETS, Cour de Cassation Chambres réunies, NR 34, 68). Drugi rodzaj to ryzyko stworzone w szczególności przez działanie rzeczy, system odpowiedzialności bez winy wywiedziony z art. 1384 francuskiego Kodeksu Cywilnego od czasu orzecznictwa Jand'heur z dnia 13 lutego 1930 r. (Cass., Ch. Réunies, du 13 février, 1930). W końcu ryzyko związane z władzą lub kontrolą odnoszące się do odpowiedzialności osób sprawujących pieczę (wyrok Blicq o osobach niepełnosprawnych) (Cass., Assemblée plénière, du 29 mars 1991, 89-15.231, 1991), rodziców wobec swoich dzieci (odpowiedzialność bez winy, wyrok Bertrand z 1997 r.) (Cass. Civ., du 19 février 1997, 94-21.111, 1997).

4.1.4 Ryzyko a aleatoryjność zdarzeń w ubezpieczeniach francuskich

Prawo ubezpieczeniowe we Francji jest w dużej swojej części elementem prywatnego prawa gospodarczego, które zajmuje się stosunkami między ubezpieczającymi a ubezpieczycielami związanymi umową ubezpieczenia. Prawo ubezpieczeniowe dotyczy umowy ubezpieczenia (polisy ubezpieczeniowej), która określa gwarancje oferowane przez ubezpieczyciela. Ścisłej rzecz ujmując, ubezpieczenie to umowa, na mocy której jedna ze stron, ubezpieczony, uzyskuje gwarancję pokrycia negatywnych skutków, jakie mogą wyniknąć ze zdarzenia wywołującego szkodę. Ubezpieczony uzyskuje w ten sposób zobowiązanie swojego ubezpieczyciela, do wykonania przez niego usługi na warunkach określonych w art. L. 113-5 francuskiego Kodeksu Ubezpieczeń, w przypadku wystąpienia wspomnianego zdarzenia w dniu zawarcia umowy, a tym samym powstania ryzyka. Kodeks Ubezpieczeń reguluje prawo ogólne ubezpieczeń, jak wykazano w rozdziale poprzednim. Orzeczenia w zakresie ubezpieczeń wskazują także na podstawę prawną jak prawo cywilne, prawo konsumenckie.

Kodeks Cywilny we Francji przez długi okres pozwalał kwalifikować umowy ubezpieczenia jako umowy losowe⁹⁶. W zakresie zasad umownych należało się odwołać do zasad wypracowanych w prawie cywilnym a mianowicie do takich kwestii jak obowiązek informacyjny stron, dobra wiara i lojalność w wykonaniu zobowiązań kontraktowych, swoboda woli stron umowy zgodny z prawem przedmiot umowy czy kauzy pomimo jej szątkowej obecności po reformie Kodeksu Cywilnego w 2016r., zdolność kontraktowa stron, wiążący charakter umowy. Część przepisów Kodeksu Cywilnego w zakresie umów jest wyłączona ze stosowania wobec umów ubezpieczenia. Jednak wpływ teorii cywilnoprawnej widać w stosunku do terminologii prawniczej wobec ryzyka. „*Alea*” – losowość po łacinie określa szansę, ale to także łut szczęścia, świadczy o tym jego arabska etymologia. Szansa pochodzi od określenia „*zahar*” oznaczającego w języku arabskim, kostkę do gry w kości czyli szansę na wygraną (Guemriche, 2007). Niepewność jest tym, co trzyma inna siła niż ręka człowieka. Do tej terminologii nawiązuje się w teorii prawa ubezpieczeń, wskazując z kolei na *alea*⁹⁷ jako zasadniczy element umowy ubezpieczenia (Bartoloso, 2009, 431). Francuski Sąd Kasacyjny wciąż przypomina o niepewności-losowości w umowie ubezpieczenia i określa, iż umowa ubezpieczenia jest z natury losowa (aleatoryjna) (Cass. civ. 17.02.1990, Bull.Civ. nr 52), a nawet iż bez aleatoryjności nie ma umowy ubezpieczenia (Cass. civ. 26.10.2006, Bull. Civ. nr 17865). Zakres losowości jest związany ryzykiem, jest stanem, który nie pozwala człowiekowi panować nad powstałą niezależnie sytuacją⁹⁸. Aleatoryjność, która powinna charakteryzować ryzyko w ubezpieczeniach oznacza, że wymyka się ona woli człowieka. Aleatoryjność zdarzenia powinna utrzymywać się w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Aleatoryjność ryzyka nie polega na materializacji ryzyka lecz na jego dacie zdarzenia, która powinna pozostać nieznaną.

Zdarzenie losowe, które ma być ubezpieczone powinno mieć określone cechy. Powinno być poza kontrolą ubezpieczonego przy jego realizacji. Należy zauważyć, że istnieją pewne wyjątki od braku ubezpieczenia w przypadku winy umyślnej. Najbardziej jaskrawym przykładem jest ubezpieczenie rodziców za dobrowolne czyny spowodowane przez ich małoletnie dzieci, nawet w przypadku popełnienia przestępstwa.

⁹⁶ Chociaż obecny francuski Kodeks Cywilny *expressis verbis* nie zawiera już takiego określenia.

⁹⁷ Niepewność, losowość polega na nieprzewidywalnym wystąpieniu zdarzenia, którego szkodliwe skutki doprowadzą do zastosowania warunków umowy. Należy dodać, że każde zdarzenie losowe podlega co do zasady ubezpieczeniu. Nie podlega ubezpieczeniu zdarzenie nieprzypadkowe, tj. zdarzenie, którego wystąpienie jest pewne lub już nastąpiło.

⁹⁸ Jedną z ważniejszych pozycji literatury przywoływanych w przypadku analizy ryzyka jest *Risk, Uncertainty and Profit* autorstwa Franka H. Knighta wydana w 1921 r. w której wprowadzone zostało rozróżnienie pomiędzy ryzykiem i niepewnością, jak podkreślano we wcześniejszych punktach dysertacji.

Nie ma zdarzenia losowego samego w sobie. Niektóre wydarzenia mają raczej przypadkowy aspekt, niektóre wydarzenia są przypadkowe. Jak wcześniej podkreślono aleatoryjność nie opiera się na mierzeniu ryzyka, ale na jego terminie wystąpienia (zob. <https://www.legifrance.gouv.fr>).

Niepewność zdarzenia losowego jest wymagana. W tej kwestii francuski Kodeks Cywilny w wersji poprzedzającej reformę z 2016 roku, w art. 1104 stanowił, że umowa jest losowa, gdy ekwiwalent polega na szansie zysku lub straty dla każdej ze stron, stosownie do zdarzenia niepewnego (zob. <https://www.legifrance.gouv.fr>). Poprzedni art. 1964 przed reformą kodeksu uznawał umowę losową za umowę wzajemną, której skutki w zakresie korzyści i strat dla stron zależą od niepewnego zdarzenia (Art 1964 francuskiego Kodeksu cywilnego (fr.) - Le contrat était aléatoire lorsque l'équivalent consiste dans la chance de gain ou de perte pour chacune de parties, d'après un évènement incertain. ancien art.1964 considérait le contrat aléatoire comme une convention réciproque dont les effets quant aux avantages et aux pertes pour les parties dépendant d'un évènement incertain). Obecnie w tym zakresie obowiązuje art. 1108 Kodeksu Cywilnego (zob. art. 1108 francuskiego kodeksu cywilnego (fr.) „Le contrat est commutatif lorsque chacune des parties s'engage à procurer à l'autre un avantage qui est regardé comme l'équivalent de celui qu'elle reçoit”). Treść przepisu z art 1108 wskazuje umowę, która ma charakter losowy, gdy strony postanawiają uzależnić skutki umowy od korzyści czy strat, jakie wynikną z niepewnego zdarzenia (zob. art. 1108 francuskiego kodeksu cywilnego (fr.) „Le contrat est commutatif lorsque chacune des parties s'engage à procurer à l'autre un avantage qui est regardé comme l'équivalent de celui qu'elle reçoit”). Niektórzy autorzy nazywają zdarzenie losowe - faktyczną niepewnością (Stoffel-Munck, 2014) Ważne orzeczenie Sądu Kasacyjnego pokazało się w tym zakresie w 1994 r., gdzie losowość istnieje od momentu zawarcia umowy. Zagrożenie jest częścią aleatoryjności, gdy w momencie zawierania umowy strony nie mogą docenić korzyści, którą zachowują, ponieważ zależy ona od niepewnego zdarzenia. Czy istnieje zatem niepewność co do ryzyka, gdy ubezpieczony częściowo przyczynił się do zdarzenia wywołującego szkodę? Obecność części niepewności co do zdarzenia zachowuje charakter losowości umowy ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia, w której zdarzenie losowe jest niepewne, ale wiadomo, że jest nieosiągalne, jest nieważna, zdarzenie losowe musi być rzeczywiste. Niekiedy wskazuje się na wygaśnięcie umowy w przypadku zdarzenia niemożliwego podczas gdy zagrożenie ewoluuje w trakcie trwania umowy, aby następnie zniknąć. Trzeba podkreślić, że Sąd Kasacyjny nie faworyzuje jednego kryterium zdarzenia, bierze również pod uwagę jego natychmiastowy

i późniejszy skutek. Powyższe kryterium umożliwia przyznanie pierwszeństwa zdarzeniu, które jest najbardziej oczywiste do wykrycia (Beignier, Ben Hadj Yahia, 2018).

W przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej łatwiej postawić na szkodę niż na samo zdarzenie losowe. Od czasu wprowadzenia we Francji tego ubezpieczenia do Kodeksu Ubezpieczeń ustawą z dnia 31 grudnia 1989 r. ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnoprawnej jest każda czynność polegająca na opłaceniu uprzednio uzgodnionej składki w ubezpieczeniu na pokrycie kosztów postępowania lub świadczenia usług wynikających z ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku sporu lub postępowania sądowego między ubezpieczonym a osobą trzecią w celu obrony lub reprezentowania ubezpieczonego w postępowaniu cywilnym, karnym lub administracyjnym. W tym ubezpieczeniu należy się odwołać do zdarzenia będącego podstawą sporu. Można zastanowić się czy jest to fakt lub czynność, bez której spór by nie powstał, czy wszczęcie postępowania na wezwanie powoda. Wiele sporów powstaje w wyniku stopniowego pogarszania się relacji między dwiema stronami, a typowym przypadkiem jest rozwód lub zwolnienie z pracy.

Następnym związkiem między aleatoryjnością a ryzykiem jest stosunek niepewności do warunku w Kodeksie Cywilnym. W art. 1304 kodeksu zobowiązanie jest warunkowe gdy zależy od zdarzenia przyszłego i niepewnego⁹⁹. Niepewność w umowie ubezpieczenia nie jest rodzajem zobowiązania lecz elementem podstawowym umowy ubezpieczenia a umowa ubezpieczenia nie jest umową warunkową lecz losową. Warunkowym jest odszkodowanie wypłacone przez ubezpieczyciela ale to nie stanowi najważniejszego elementu, którym jest zagwarantowanie wypłaty ubezpieczenia. **Ubezpieczyciel jest gwarantującym zapłatę wobec ubezpieczonego, a nie odwrotnie.**

Umowa ubezpieczenia wyróżnia się wśród innych umów losowych, w których losowość stanowi kauzę¹⁰⁰. Kauzą dla zobowiązania ubezpieczonego stała się jego składka, z kolei dla ubezpieczyciela zasadniczym zobowiązaniem jest gwarancja zapłaty ubezpieczenia. Do tej pierwszej bezpośredniej kauzy dochodziła kauza pośrednia - odszkodowanie. Niepewność jest kauzą w obowiązku zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela.

W przeciwieństwie do umowy gry i zakładu, umowa ubezpieczenia nie opiera się wyłącznie na losowości. Umowa ubezpieczeniowa, najpierw jest umową synallagmatyczną, a dopiero następnie umową losową. Jako taka dla każdego ze zobowiązań posiada kauzę

⁹⁹ Dawny art. 1168 Kodeksu Cywilnego precyzował bardziej, że zdarzenie musi być przyszłe i niepewne, wskazując jednocześnie na konsekwencje zawieszenia czy wypowiedzenia umowy.

¹⁰⁰ Wraz z reformą prawa kodeksu cywilnego ustawodawca nie mówi już wprost o kauzie – przywołuje w art. 1128 francuskiego Kodeksu cywilnego, o treści umowy zgodnej z prawem. Jednak kauza nie zniknęła całkowicie z obszaru rozważań teoretyczno- praktycznych.

zwykłą ale też kauzę specyficzną. Prof. F. Grua podkreślał, że w umowie ubezpieczenia lub renty dożywotniej strony wiedzą, że ustalając wzajemne świadczenia nie będą one równoważne (Grua, 1983, 263). W chwili zawarcia przyjmuje się, że umowa jest zrównoważona co do ryzyka i szans każdej ze stron. Losowość przywraca równowagę między obowiązkami stron, które mogłyby być nieproporcjonalne (Grua, 1983, 263).

To, co w kontrakcie jest losowe, to realizacja ryzyka – nie dotyczy to natomiast samego istnienia ryzyka. Obowiązek ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio związany z istnieniem ryzyka wynika z przystąpienia do umowy i może być udzielony przed ostatecznym zawarciem umowy w formie innej ochrony przedkontraktowej. Z drugiej strony realizacja ryzyka jest niepewna gdy tylko wypłata przez ubezpieczyciela w wyniku następstw losowego zdarzenia pozostaje przypadkowa. Pozostaje obowiązek zapłaty. Brak ryzyka musi prowadzić do nieważności umowy z powodu braku świadczenia wzajemnego, ponieważ niszczy przyczynę zobowiązania ubezpieczyciela.

Mimo wszystko wyroki Sądu Kasacyjnego przed reformy prawa umów rzadko wymieniały aleatoryjność jako kauzę w umowie ubezpieczenia. Po reformie kodeksu cywilnego nie ma mowy o kauzie, a mowa jest o treści umowy zgodnej z prawem.

Umowa ubezpieczenia musi obejmować działanie zgodne z porządkiem publicznym. Nie można zagwarantować, na przykład, zabronionych czynności zawodowych. Ryzyko musi być przysłe, to znaczy nieznanne jeszcze ubezpieczonemu w momencie zawierania umowy ubezpieczenia.

Orzecznictwo francuskie od dawna wskazywało na cechę losowości w umowie ubezpieczenia (Cass. Civ., 04.11.2003, JCP G, 2004, I, 237) i to że niepewność powinna istnieć w momencie zawierania umowy. Wyrok Sądu Kasacyjnego z dnia 9 listopada 1999 r. stwierdzał, że nieważność umowy jest względna i nie może być wnioskowana przez osobę trzecią (Cass. Civ., 09.11.1999, 97-16.306 97-16.800).

Prawdą jest, że art. 121-15 francuskiego Kodeksu Ubezpieczeń wydaje się zastrzegać hipotezę nieważności na wypadek, gdyby umowa ubezpieczenia przestała być użyteczna w przypadku powstania szkody. Często wystąpienie szkody nie kończy przydatności umowy, a rzecz nadal może być narażona na ryzyko. Umowa ubezpieczenia może zawierać klauzulę przeciwdziałającą brakowi niepewności lub losowości. W ramach rozpatrywania stanu faktycznego danego zdarzenia ubezpieczeniowego często nie jest jednoznaczne, że ubezpieczony miał wiedzę lub nie wiedział o urzeczywistnieniu jednego z elementów konstrukcyjnych ryzyka.

W umowie ubezpieczenia występują dwa elementy: ubezpieczenie i składka, które stanowią zobowiązania stron. Wszystko pozostaje związane z ryzykiem, którego główną cechą jest niepewność. Należy natomiast odróżnić zdarzenie niepewne z natury od zdarzenia, które powoduje niepewność.

4.1.5 Zasada gwarantowania ochrony ubezpieczeniowej

Zasada gwarantowania ochrony ubezpieczeniowej jest szczególnie często podkreślana jako jedna z zasad podstaw umowy ubezpieczenia we Francji. Ochrona ubezpieczonego była decydującym pomysłem na interwencję prawodawcy francuskiego aby zmienić przepisy ustawy z 1930 r.¹⁰¹. Jednak z powodu oporu ubezpieczycieli, cel ochrony ubezpieczonego stopniowo zastępowano pragnieniem zapobiegania konfliktom. Troską otoczono ubezpieczyciela przed nieuzasadnionymi roszczeniami ubezpieczonego, które przeważają nad ochroną ubezpieczonego (Nicolas, 2012, 53). Niektóre przepisy stosują minimum sumy odszkodowania, której każdy ubezpieczony może dochodzić bez konieczności omawiania ich z ubezpieczycielem.

Pierwsza znacząca reforma prawa umów ubezpieczenia miała miejsce w ustawie nr 81-5 z 7 stycznia 1981 r. Dotyczyła umowy ubezpieczenia i transakcji kapitalizacji, której celem była ochrona ubezpieczonych. Ogólnym celem ustawy z 1981 r. była, przy jednoczesnym promowaniu rozwoju ubezpieczeń osobowych - poprawa ochrony i informacji ubezpieczonego w zakresie ubezpieczenia na życie (Assurance et capitalisation, Dossier législatif, Loi relative au contrat d'assurance et aux opérations de capitalisation, Rapport Geoffroya, przedstawiony przed Senatem RF w dniu 28 października 1980 https://www.senat.fr/rap/1980-1981/i1980_1981_0061.pdf, 2023).

W 1989 r. nastąpiły inne reformy, wskazać należy na ustawę Evin nr 89-1009 z 31 grudnia 1989 r. (Loi n. 89-1009, 31.12.1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. JORF, 2.01.1990 z późn. zm.), której celem było wzmocnienie gwarancji ochrony oferowanych osobom ubezpieczonym od niektórych rodzajów ryzyka, która ustanowiła warunki komplementarne ubezpieczeń wzajemnych ochrony socjalnej w ramach przedsiębiorstw poprzez zapewnienie przepisów ochronnych dla pracownika i osób będących na jego utrzymaniu. Ustawa Bérégovoy (Loi n. 89-1014, 31.12.1989 portant adaptation du code des assurances à l'ouverture du marché européen, JORF, 3.01.1990 z późn. zm)

¹⁰¹ Wcześniej opisywana ustawa z 13 lipca 1930 r. sur le contrat d'assurance terrestre, (tłum. własne „o umowach ubezpieczenia gruntów”).

dostosowała kodeks ubezpieczenia do otwarcia rynku europejskiego, przyjmując przepisy korzystne dla ubezpieczonego. Wskazać należy, że art. L. 112-2 Kodeksu Ubezpieczeń, nakłada na ubezpieczyciela obowiązek uprzedniej informacji, który powinien dostarczyć kwestionariusz informacyjny. Prawo wprowadza kolejną istotną zmianę, usuwając dobrowolny charakter początkowej deklaracji ryzyka przez kandydata na ubezpieczonego. Art. L. 113-4 Kodeksu Ubezpieczeń, stwarzał możliwość obniżenia składki w przypadku zmniejszenia ryzyka i podwyższenia składki w przypadku pogorszenia ryzyka.

Kolejne ustawy, które zmodyfikowały ustawę z 1930 r. miały na celu wzmocnienie ochrony ubezpieczonego, który jako oszczędzający, pracownik lub nawet kredytobiorca starał się zaspokoić potrzebę ubezpieczenia.

Postawy prawne umów ubezpieczeniowych służą dwóm odrębnym celom, na które zwraca się uwagę we Francji. Są to ochrona ubezpieczonego oraz prawidłowe funkcjonowanie techniki ubezpieczeniowej. Przepisy dotyczące pierwszego celu nie mają jednak wysokiej wartości jakościowej, ponieważ mają do odegrania rolę we wszystkich umowach w których ustawodawca określił jako zawarte ze „słabszą stroną”, i nie tylko w umowach ubezpieczenia. Różni się to od przepisów, których funkcją jest wdrożenie techniki ubezpieczeniowej, dla których nie znajdzie się miejsce w żadnym innym rodzaju umów.

Zasady są bezpośrednią konsekwencją wdrożenia przez ubezpieczyciela techniki ubezpieczeniowej, to znaczy łączenia ryzyka zawartych w umowach. Ubezpieczyciel zawiera umowy w celu przeprowadzenia transakcji ubezpieczeniowej. Obejmuje to przeniesienie ryzyka ubezpieczonego na ubezpieczyciela, który zgodnie z prawem dużych liczb korzysta z efektów łączenia ryzyka będąc mniej narażonym na ryzyko niż ubezpieczony. Bezsporne jest zatem, że to dzięki funkcji gwarancyjnej umowy ubezpieczenia jest ona uznana obiektywnie za źródło zobowiązań. Umowa ubezpieczenia ma także funkcję ekonomiczną, z której wywodzi się jej cechy charakterystyczne. Z drugiej strony, podobnie jak umowy, które zakładają konkurencję między stronami, przydatność ubezpieczenia zależy także od jego funkcji gwarancyjnej. Jednak umowa ubezpieczenia, dzięki technice łączenia ryzyka, stanowi wzór losowych umów o charakterze gwarancyjnym.

Definicja koncepcyjna umowy ubezpieczenia, która opierałaby się wyłącznie na zapewnieniu funkcji gwarancyjnej ubezpieczenia byłaby jednak niewystarczająca. Rzeczywiście, gwarancja jest pojęciem funkcjonalnym, to znaczy, że jej treść różni się w zależności od zastosowania. Koncepcja ekonomiczna ubezpieczenia, wywodzi się z ogólnej idei odszkodowania, jest niezwykle złożona. W rzeczywistości gwarancja ochrony nie ma obowiązkowej treści - nie odpowiada ani konkretnemu zobowiązaniu, ani rodzajowi

zobowiązania. Ponadto, jeżeli gwarancja nie pozwala na opisanie zobowiązań stron, wyprowadza się ją ze społeczno-ekonomicznego celu umowy i z podwójnym warunkiem. Z drugiej strony przyjmuje się subiektywną wizję przyczyny umowy ubezpieczenia, uwzględniając technikę ubezpieczeniową w jej definicji. Zatem koncepcja gwarancji może być kryterium kwalifikującym umowę ubezpieczenia tylko wtedy, gdy przyjmie się definicję techniczną łączenia ryzyka. Oznacza to, że prawna definicja umowy ubezpieczenia opiera się na kryterium czysto ekonomicznym, które jest uzasadnione funkcją, jaką ta umowa odgrywa we francuskim systemie prawnym. W rzeczywistości umowy są prawnym wyrazem rzeczywistości gospodarczej, gdy służą użyteczności publicznej i sprawiedliwości. Umowa ubezpieczenia jest obiektywnie przydatna, ponieważ umożliwia wdrożenie techniki ubezpieczenia na dużą skalę. To kryterium uzasadnia uznanie jej za umowę i zastosowanie powiązanego szczególnego reżimu prawnego.

4.1.6 Zasada ostrożności

Wdrożenie zasady ostrożności obliguje wszystkie podmioty, decydentów politycznych i gospodarczych, członków społeczeństwa obywatelskiego, do wypowiedzenia się na temat charakteru i stopnia ryzyka, które społeczność jest gotowa zaakceptować i podjąć. Zasada ostrożności nie tylko ustanawia stan ciągłej czujności, aby obserwować nadejście nowych wspólnych zagrożeń, które groziłyby bezpieczeństwu ludzi, ich zdrowia i środowiska. Wymaga również stałego dialogu ze wszystkimi zainteresowanymi stronami w celu dostosowania limitów ochrony zapewnianej zgodnie z szybkim i zmieniającym się rozwojem wiedzy naukowej i technicznej. Zasada ostrożności oferuje zatem nowe punkty odniesienia, które podmioty społeczne wykorzystują do reorganizacji decyzji zbiorowych.

Zasada ostrożności bierze pod uwagę sytuację ograniczonego pokrycia szkód związanych z ryzykiem związanym z nowymi ryzykami. W rzeczywistości koncepcja zasady ostrożności powstaje w sytuacji paradoksalnej. Coraz większa niepewność odczuwana przez ludność w odniesieniu do możliwych zagrożeń, których prawdopodobieństwo może być jednak minimalne, kontrastuje z osłabieniem instytucji ubezpieczeniowej. W tych warunkach zasada ostrożności ma kilka ról do odegrania w dziedzinie ubezpieczeń. Debaty i dyskusje zwracają uwagę opinii publicznej na fakt, że w społeczeństwie naukowo-technicznym z wielokrotnością katastrof technologicznych jest zawsze możliwe i że ryzyko to przyczynia się do kruchości złożonych organizacji społeczno-gospodarczych. Ta złożoność jest wzmocniona przez fakt, że dzięki biotechnologii mamy do czynienia z żywymi organizmami, które stanowią otwarty

system, które pozostają w stałej interakcji z otoczeniem, a przetrwają dzięki wymianie materii i energii ze środowiska. Jednak proces ten jest niedookreślony, a jego działanie jest losowe. Naukowcy zastanawiają się również nad przyszłą ewolucją roślin GMO, biorąc pod uwagę, że ewolucja genomów jest niestabilna. Podkreśla się, że ukryta złożoność żywych stworzeń może wywoływać nieoczekiwane interakcje metaboliczne. Nic więc dziwnego, że obawa przed ryzykiem związanym z organizmami zmodyfikowanymi genetycznie pozostaje w dużej mierze hipotetyczna.

4. 2. Technika ubezpieczeń- wybrane zasady techniczne ubezpieczeń związane z ryzykiem

Realizacja operacji ubezpieczeniowej generuje szereg wymagań mających wpływ na ryzyko. Ubezpieczyciel dąży do zawarcia jak największej liczby umów, aby zrekompensować ich ryzyko poprzez wdrożenie prawa dużych liczb. W rzeczywistości im większa liczba ubezpieczających, tym bardziej koszt każdego roszczenia zostanie podzielony. Subskrybowane ryzyko musi mieć pewne cechy – muszą być to zdarzenia niepewne, aby nie zakłócać obliczeń statystycznych oraz muszą być jednorodne, zarówno pod względem rodzaju, jak i wartości. W rzeczywistości statystyki opierają się na ryzyku sklasyfikowanym w kategoriach i podkategoriach, jak na przykład statystyki wypadków drogowych, które są podzielone według pewnej liczby kryteriów, takich jak użytkowanie samochodu, jego moc lub powiązanie geograficzne tras. Ryzyko musi mieć również jednorodną wartość, ponieważ równowaga finansowa podmiotu ubezpieczającego może być zaburzona przez ryzyko, którego wartość jest znacznie wyższa niż pozostałe.

Wymagania techniczne są tłumaczone prawnie w oparciu o niektóre zasady, które tworzą podstawy prawne umowy ubezpieczenia. Określenie tych zasad nie jest jednak łatwe, ponieważ umowa ubezpieczenia stanowi połączenie rozbieżnych interesów, które ustawodawca starał się zrównoważyć. Zauważa się jednak, że to ryzyko leży u podstaw techniki ubezpieczeniowej i dlatego ustawodawca ustanowił szereg bezwzględnie wiążących obowiązków, które w równym stopniu obciążają jego istnienie, jak i jego ocenę.

4.2.1 Sposób obliczania ryzyka w ubezpieczeniach

Technika ubezpieczenia opiera się na racjonalnej kontroli przypadkowości, dzięki odkryciu w 1654 r. praw odnoszących się do prawdopodobieństwa przez Blaise'a Pascala

i Pierre'a de Fermat'a (Gardou, B. Pascal, 2006, 101 – 110). Prawdopodobieństwo matematyczne polega na obliczeniu w sposób czysto teoretyczny liczby wystąpień zdarzenia z uwzględnieniem ich możliwości realizacji.

W odniesieniu do tej oceny, która pozostaje abstrakcyjna, obserwuje się częstotliwość zdarzenia. Chodzi o to, jak często zdarzenie ma miejsce w realnym życiu. Obie liczby nigdy dokładnie się nie pokrywają. Zawsze istnieje luka między prawdopodobieństwem matematycznym, a częstotliwością w rzeczywistości, przy czym ta ostatnia liczba jest zwykle mniejsza niż pierwsza. Powyższa obserwacja pozwoliła szwajcarskiemu matematykowi Danielowi Bernoulli'emu odkryć prawo wielkich liczb. Problem został po raz pierwszy sformułowany przez Nicolasa Bernoulliego w liście do Pierre'a Rémonda de Montmorta z 9 września 1713 r. Rozwiązanie w 1738 r. zaproponował jego kuzyn, Daniel Bernoulli, który uczynił to za pomocą funkcji użyteczności (Janowicz-Lomott, Spigarska, Dąbrowski, Łyskawa, 2020, 19). Oczekiwana użyteczność użyta przez Bernoulliego jest pojęciem bezpośrednio związanym z podejmowaniem decyzji. Jednak ta koncepcja, choć w swej istocie matematyczna, wprowadza ocenę tego, co „popycha” ludzi do poszukiwania zysków i unikania strat w sytuacjach, w których muszą obstawiać wynik. Bernoulli zauważył, że w konfrontacji z grami losowymi człowiek nie działa w sposób całkowicie racjonalny, to znaczy zgodny z przewidywaniami praw matematycznych w kategoriach prawdopodobieństwa. Gdyby jednostka była doskonale racjonalna w matematycznym sensie tego słowa, jej wybory zawsze powinny być zgodne z matematycznymi oczekiwaniami. Równanie zaproponowane przez Bernoulliego, oparte na koncepcji wartości oczekiwanej użyteczności, pozwala jednostce podejmować decyzje na podstawie wyniku tego równania. Twierdzenie Bernoulliego można podsumować stwierdzeniem, że użyteczność niepewnej ewentualności jest sumą wszystkich użyteczności wszystkich wyników ważonych ich prawdopodobieństwem. Nawet jeśli równania Bernoulliego zostały od tego czasu zakwestionowane, koncepcja oczekiwanej użyteczności wciąż ważna w ekonomii.

Ubezpieczyciele stosują bardzo różne techniki w celu oceny ryzyka, które pokrywają. W przypadku ryzyk zwykłych i bieżących preferują kryterium częstotliwości ich występowania. Na tym polega praca aktuariuszy, określa się ich zadania jako matematykę aktuarialną.

Ubezpieczyciel musi zachować się w sposób rygorystyczny wobec rzeczywistości. Ustalenie częstotliwości zdarzeń można przeprowadzić tylko w przypadku ryzyka o tym samym charakterze. Stąd widać znaczenie klasyfikacji ryzyka w celu uzyskania ujednocnienia go dzięki kategoriom lub podkategoriom ryzyka. Klasyfikacja odbywa się według natury (np.

transport, ogień, śmierć), przedmiotu (podobne rzeczy lub ludzie) i wartości¹⁰². Tego typu podejście do ryzyka prowadzi do odróżnienia dobrego ryzyka od trudnego i drogiego do ubezpieczenia. Jest to technika segmentacji, którą definiuje się jako operację, za pomocą której ubezpieczyciel stara się rozróżnić ryzyka, w celu sklasyfikowania ich w jednorodnych kategoriach i zastosowania wobec nich odpowiedniego podejścia z uwzględnieniem ich specyfiki.

W przypadku nowych ryzyk lub ryzyk, których wystąpienie jest wyjątkowe ubezpieczyciel musi polegać wyłącznie na prawdopodobieństwie matematycznym.

4.2.2. Wycena ryzyka

Ubezpieczyciel musi znać prawdę o ryzyku w większości przypadków tylko kandydat do ubezpieczenia będzie mógł mu o niej powiedzieć. Jedną z podstawowych formalności zawarcia umowy ubezpieczenia jest konieczność odpowiedzi w kwestionariuszu czyli deklaracja ryzyka.

Znaczące naruszenie obowiązku lojalności wobec ubezpieczyciela może zachwiać równowagę jego kalkulacji i zaburzyć całą pulę ryzyk ubezpieczanych. Ubezpieczony nie tylko może oszukać ubezpieczyciela, ale innych ubezpieczonych, nakładając na nich dodatkowe ponoszenie ryzyka i większe koszty. Rzetelność deklaracji decyduje o gospodarce ryzykiem. Ubezpieczyciel musi zatem klasyfikować różne ryzyka, które bierze na siebie w ramach ubezpieczenia, ale musi prowadzić politykę ostrożności zmierzającą do rozdziału ryzyka. Ubezpieczyciel odradza praktykowanie ubezpieczenia niektórych ryzyk. Zagrożenia są rozproszone lub rozpowszechniane. Niektóre działy ubezpieczeń jako bardziej narażone na wystąpienie są chronicznie w stanie deficytu (zdrowie), epizodycznie (samochodowe), wyjątkowe (pożar), a nawet w niektórych branżach klientela powinna dostosować się do harmonizacji ryzyk.

Francuski ustawodawca przyjął ustawę n 2018-493 z dnia 20 czerwca 2018 r. o ochronie danych osobowych zgodnie z ogólnymi przepisami o ochronie danych, która weszła w życie w dniu 25 maja 2018 r. Ustawa dotyczy danych umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciele gromadzą dane osobowe za zgodą ubezpieczonego. Zbierają informacje o roszczeniach i

¹⁰² Przykład z ubezpieczenia samochodów - ubezpieczyciel rozróżni samochody małe, średnie i duże, a wewnątrz grup odróżni kryterium zgodnie z wiekiem kierowcy i jego doświadczeniem.

stratach, a następnie sprawdzają i zestawiają dane. Ubezpieczyciele mogą również udostępniać dane.

Wszystkie sektory działalności są uzupełniane przez masowe dane informacyjne. Klasyfikowanie danych ułatwiają nowe technologie, pomimo że każdy sektor gospodarczy dba o zebranie dużej ilości danych aby uzyskać z tego korzyści gospodarcze. Podobnie jest z ubezpieczeniami. W przypadku dużych zbiorów danych, w których ubezpieczyciel otrzymuje nieskończoną ilość danych, klasyczne techniki ubezpieczeniowe nie są wystarczające. Big data nie jest metodą dedukcyjną opartą na twierdzeniach z przeszłości, ani metodą indukcyjną przewidującą przyszłe zdarzenia na podstawie wielu i zmiennych danych. Metody analizy są odwrócone w big data, ubezpieczyciel polega na algorytmach, aby zrozumieć i zbadać ryzyko i przekazać dane.

Dane w big data są automatycznie pobierane i analizowane, służą jako wsparcie dla ubezpieczyciela w ocenie ryzyka. Dane ubezpieczyciela nie pochodzą wyłącznie z oświadczeń składanych przez ubezpieczonego, ale mogą pochodzić z dowolnego źródła. Big data co bywa niebezpieczne, czasami ignoruje pewne dane. Metoda big data oparta na technologii bywa zatem też omylna. Stosowania nie można jej uogólniać i stosować w odniesieniu do wszystkich segmentów ryzyka.

Debata o stosowaniu algorytmu została ożywiona przez rozwój big data i obecną ewolucję w ubezpieczeniach, która ma tendencję do przekształcania danych w informacje. Finansowanie ubezpieczenia od szkód cybernetycznych zakłada możliwość ustalenia wartości informacji, w przeciwnym razie odszkodowanie za niekwalifikowalną szkodę obiektu informacyjnego byłoby bardzo skomplikowane. Klasyczna metoda oceny ryzyka nie jest jeszcze do całkowitego wyeliminowania. Ubezpieczyciel powinien łączyć starą i nową metodę obliczania ryzyka zgodnie z charakterem ryzyka.

Gromadzenie danych przez ubezpieczycieli nie jest dowolne¹⁰³. Podstawowe prawa i zasady muszą być przestrzegane. Gromadzenie danych związanych na przykład z informacjami medycznymi, jest ściśle uwarunkowane.

¹⁰³ W istocie niewątpliwie walka z poważną przestępczością, a zwłaszcza z przestępczością zorganizowaną i terroryzmem, ma pierwszorzędne znaczenie dla zagwarantowania bezpieczeństwa publicznego, zaś jej skuteczność może w znacznym stopniu zależeć od wykorzystania nowoczesnych technik dochodzeniowo-sledczych. Jednakże tego rodzaju cel interesu ogólnego, mimo że ma on fundamentalne znaczenie, sam w sobie nie uzasadnia stwierdzenia, że system zatrzymywania danych taki jak ten ustanowiony przez dyrektywę 2006/24, jest konieczny do celów tej walki. Ochrona danych osobowych, wynikająca z wyraźnego obowiązku ustanowionego w art. 8 ust. 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, ma szczególne znaczenie dla prawa do poszanowania życia prywatnego ustanowionego w art. 7 karty. W rezultacie rozpatrywane uregulowania Unii muszą zawierać jasne i dokładne reguły dotyczące zakresu i sposobu stosowania rozpatrywanych środków, a także ustanawiać minimalne zabezpieczenia służące temu, aby osoby, których dane zostały zatrzymane, miały wystarczające gwarancje rzeczywistej ochrony ich danych osobowych przed ryzykiem nadużyć oraz ich

We Francji gromadzenie danych można stosować tylko za zgodą Krajowej Komisji ds. Informatyki i Swobód (fr. Commission nationale de l'informatique et des libertés - CNIL). Ten organ regulacyjny został ustanowiony w celu ochrony wszystkich danych osobowych wprowadzanych do zapisów komputerowych.

W zakresie możliwości dostępu ubezpieczycieli do danych osobowych dotyczących przestępstw, wyroków skazujących lub środków bezpieczeństwa wypowiedział się TSUE¹⁰⁴. Orzeczenie TSUE z dnia 8 kwietnia 2014 r. stwierdza nieważność dyrektywy 2006/24 z 15 marca 2006 r. w sprawie zatrzymywania danych generowanych lub przetwarzanych w związku ze świadczeniem usług łączności zmieniającej dyrektywę 2002/58/WE. TSUE stwierdza, że wystąpiła ingerencja w prawa podstawowe zapisane w art. 6 i 7 Karty Praw Podstawowych. TSUE potwierdza konieczność, że gromadzeniu i przechowywaniu danych, zwłaszcza danych osobowych muszą towarzyszyć bardzo precyzyjne i określone ramy prawne. Orzeczenie wyraźnie pokazuje, że nie wszystkie dane mogą być udostępniane przez organy publiczne¹⁰⁵.

bezprawnym udostępnianiem i wykorzystywaniem. Okazuje się, że dyrektywa 206/24 dotyczy wszystkich środków komunikacji elektronicznej, którymi posługiwano się jest bardzo rozpowszechnione i ma coraz większe znaczenie w życiu codziennym każdego oraz obejmuje ona swoim zakresem stosowania wszystkich abonentów i zarejestrowanych użytkowników. Ingeruje więc w prawa podstawowe prawie wszystkich mieszkańców Unii Europejskiej. Tymczasem po pierwsze, dyrektywa 2006/24 obejmuje generalnie wszystkie jednostki, środki łączności elektronicznej i dane o ruchu, przy czym nie przewidziano w niej jakiegokolwiek zróżnicowania, ograniczenia lub wyjątku w zależności od celu dotyczącego zwalczania poważnych przestępstw. Po drugie, dyrektywa 2006/24 nie przewiduje żadnego obiektywnego kryterium, które pozwoliłoby zagwarantować, że właściwe organy krajowe będą miały dostęp do danych i będą mogły je wykorzystywać wyłącznie w celu zapobiegania, wykrywania i ścigania przestępstw, które z uwagi na zakres i wagę ingerencji w prawa podstawowe ustanowione w art. 7 i 8 karty, można uznać za wystarczająco poważne, by taką ingerencję uzasadnić. Ponadto dyrektywa 2006/24 nie określa żadnych materialnych i proceduralnych przesłanek, w przypadku zaistnienia których właściwe organy krajowe będą mogły uzyskać dostęp do danych i następnie je wykorzystać. Po trzecie, dyrektywa 2006/24 przewiduje okres co najmniej sześciu miesięcy, przy czym nie wskazuje żadnych różnic między kategoriami danych w zależności od zainteresowanych osób lub ewentualnej użyteczności danych w stosunku do zakładanego celu. Ponadto nie jest wskazane, że ustalenie czasu na jaki dane są zatrzymywane winno być oparte na obiektywnych kryteriach, aby zagwarantować, że będzie on ograniczał się do tego, co ściśle niezbędne. W rezultacie dyrektywa 2006/24 wyjątkowo szeroko i mocno ingeruje w te podstawowe dla porządku prawnego Unii prawa, przy czym przepisy mające zagwarantować to, że ingerencja ta nie będzie rzeczywiście wykraczać poza to, co ściśle niezbędne, nie regulują precyzyjnie tej kwestii.

¹⁰⁴ Wyrok Trybunału z dnia 8 kwietnia 2014 r. (wnioski o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym złożone przez High Court of Ireland, Verfassungsgerichtshof - Irlandia, Austria) - Digital Rights Ireland Ltd przeciwko Minister for Communications, Marine and Natural Resources, Minister for Justice, Equality and Law Reform, The Commissioner of the Garda Síochána, Irlandii i Attorney General (C-293/12); Kärntner Landesregierung, Michael Seitlinger, Christof Tschohl i in. (C-594/12) (Sprawy połączone C-293/12 i C-594/12) (Dz. U. UE C z dnia 10 czerwca 2014 r.).

¹⁰⁵ Ibidem, „Stwierdza się nieważność dyrektywy 2006/24 w sprawie zatrzymywania generowanych lub przetwarzanych danych w związku ze świadczeniem ogólnie dostępnych usług łączności elektronicznej lub udostępnianiem publicznych sieci łączności oraz zmieniającej dyrektywę 2002/58. Dyrektywa 2006/24 nie ustanawia gwarancji takich jak te określone w art. 8 karty, pozwalających na zapewnienie skutecznej ochrony zatrzymanych danych przed ryzykiem nadużyć oraz przed jakimkolwiek dostępem do nich i wykorzystywaniem w sposób niedozwolony. Z całości powyższych względów przyjmując dyrektywę 2006/24 w sprawie zatrzymywania generowanych lub przetwarzanych danych w związku ze świadczeniem ogólnie dostępnych usług łączności elektronicznej lub udostępnianiem publicznych sieci łączności oraz zmieniającą dyrektywę 2002/58, prawodawca Unii przekroczył granice, które wyznacza poszanowanie zasady proporcjonalności na gruncie art. 7, 8 i art. 52 ust. 1 karty.”

Z drugiej strony w orzeczeniu kwestią nierozstrzygniętą pozostała kwestia jakie informacje mogą udostępnić ubezpieczyciele.

Wraz z rozporządzeniem nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych zwanym ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych obowiązującym od 25 maja 2018 r. ubezpieczyciele, jak również wszyscy pośrednicy ubezpieczeń podlegają zaostrzonym zasadom ochrony danych osobowych. Francuski ustawodawca uwzględniając tę nową regulację przyjął różne ustawy takie jak ustawa nr 2016/1321 z dnia 7 października 2016 r. odnoszącą się do republiki cyfrowej (Loi nr 2016-1321, 7.10.2016 pour une République numérique, JORF, 2016) czy ustawa nr 2018-493 z dnia 20 czerwca 2018 r. o zmianie ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 6 stycznia 2016 r. (Loi nr 2018-493, 20.06.2018 relative à la protection des données personnelles, JORF, 2018).

4.2.3. Deklaracja czy kwestionariusz dotyczący ryzyka

Deklaracja ubezpieczeniowa jest podstawowym dokumentem, na podstawie której ubezpieczyciel może sformułować opinię na temat ryzyka, które ma być ubezpieczane, sklasyfikować go w kategoriach ryzyk wymienionych według statystyk i ustalić koszt, a zatem obliczyć ryzyko związane z ubezpieczeniem.

Obecnie w Unii Europejskiej dominuje tendencja w prawie do niemówienia wszystkiego i prawo do milczenia, zachowania prywatności, do zachowania danych prywatnych dla siebie. Prawo ubezpieczeń natomiast osadza się na zasadzie szczerości. Każda ze stron umowy ubezpieczenia musi przekazać informacje w dobrej wierze, z zachowaniem zasady lojalności, tak aby mogła obiektywnie ocenić swoje obowiązki i prawa (Klein, 2014, 77). Obowiązek informowania drugiej strony umowy jest dzisiaj fundamentem konsensualizmu w prawie umów (Radwański, Olejniczak, 2018; Gniewek, Machnikowski, 2018; Gniewek, Machnikowski 2018; Osajda, 2020; Gutowski, 2019). Natomiast francuskie orzecznictwo używa różnych określeń dla obowiązku informacyjnego stron, od zobowiązania (fr. obligation), informowania (fr. renseignement), doradztwa (fr. conseil), o ostrzeżenie (fr. la mise en garde). Doktryna ta podkreśla przedkontraktowy obowiązek doradzania przez ubezpieczyciela w przeciwieństwie do obowiązku informowania w trakcie realizacji umowy. Orzecznictwo w tym zakresie jest dość chaotyczne, zastępując określenie *informacja* określeniem *wiadomość* (fr. information – renseignement) lub stosując je zamiennie (Beignet, S. Ben Hadj Yahia, *Droit des assurances*, Paryż, 2021, s. 179-180).

W umowie ubezpieczenia podkreśla się obowiązek informowania przez kandydata na ubezpieczonego, często zapominając o obowiązku powiadamiania tego drugiego przez ubezpieczyciela (Orlicki, 2011; Orlicki, 2017). W zakresie umów ubezpieczeń nie chodzi o informowanie w ogólności ale w szczególności informowaniem o ryzyku. W tym zakresie prawo ubezpieczeń w odróżnieniu od obowiązku informacji, który spada na profesjonalistę w umowie B2C. W umowie ubezpieczeń nieprofesjonalista jest obowiązany informować profesjonalistę aby ten drugi mógł przekazać kandydatowi na ubezpieczonego właściwe wskazówki. W tym sensie mamy do czynienia ze współpracą między stronami. Prawo chroni także ubezpieczyciela wobec nieprofesjonalisty (Orlicki, 2011; Orlicki, 2017).

Długa droga regulacyjna do zmian w zakresie informacji o ryzyku zawiera się w dwóch etapach czasowych od 1930 r. do 1989 r. i obecnie. Ustawa z 1930 roku wprowadziła dobrowolną deklarację kandydata na ubezpieczonego, która funkcjonowała do 1989 roku. Art. 15 ustawy z 1930 roku wskazywał bowiem na to, że ubezpieczony jest zobowiązany zadeklarować wszystkie okoliczności znane mu, które mogą wpłynąć na ubezpieczyciela w zakresie ryzyka które przejmuje ubezpieczyciel. Wszystko miało na celu lepszą ochronę ubezpieczonego. Chodziło o wiedzę ubezpieczonego w czasie złożenia deklaracji/wypełnionego kwestionariusza. W obu wypadkach ubezpieczyciel potrzebuje informacji w określonym celu jakim jest wycena ryzyka, w sytuacji w której kandydat na ubezpieczonego powinien zająć miejsce ubezpieczyciela i weryfikować jakie informacje mogą być potrzebne do ubezpieczenia.

Orzecznictwo w tej materii funkcjonowało w sposób dwuznaczny, ponieważ w kilku wyrokach kandydat do ubezpieczenia nie posiadał informacji, którą powinien znać, a mogła ona mieć wpływ na ocenę ryzyka i skłonić ubezpieczyciela do odmowy lub podwyższenia składki ubezpieczeniowej. W orzecznictwie francuskim zauważało się czasem wymóg że ubezpieczony „nie mógł nie wiedzieć” (Cass. civ. 18.01.1989). Komisja ds. klauzul abuzywnych w tym zakresie złożyła poważne zastrzeżenia, wskazując, że kandydat do ubezpieczenia nie jest w stanie wiedzieć, jakie okoliczności mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka, od którego będzie się ubiegał o ochronę ubezpieczeniową.

Sąd Kasacyjny zazwyczaj orzekał, że ubezpieczony ma obowiązek ujawnić ubezpieczycielowi okoliczności, które mogą skłonić go do oceny ryzyka, podczas gdy kwestionariusz ma wyłącznie na celu zwrócić uwagę ubezpieczonego na te okoliczności. Przed 1989 r. zagadnienie informacji o ryzyku miało na celu ochronę materiału dowodowego na rzecz ubezpieczyciela, gdy kandydat milczał w istotnych kwestiach. Kwestionariusz jest dziś niepodważalnym sposobem ochrony dla ubezpieczonego choć system kwestionariusza nie

obejmuje wszystkich ubezpieczeń, bowiem ubezpieczenia morskie wymykają się przepisom z 1989 r. Niektóre ubezpieczenia transportowe nadal podlegają swobodnej deklaracji ubezpieczonego. Ten wyjątek został następnie rozciągnięty na ubezpieczenie transportu lotniczego i w przestrzeni kosmicznej.

Kwestionariusz powinien być wypełniony przez kandydata na ubezpieczonego w fazie przedumownej. Ubezpieczony jest zobowiązany nie tylko do poinformowania ubezpieczyciela o ryzyku, ale także do zadeklarowania nowych okoliczności, które w konsekwencji będą miały wpływ na pogorszenie ryzyka lub powstanie nowych ryzyk. Należy zauważyć, że oryginalność umowy ubezpieczenia w prawie francuskim wyraża się również w karach przewidzianych w przypadku fałszywego oświadczenia ubezpieczonego. Art. L. 113–8 i L. 113–9 Kodeksu Ubezpieczeń przewidują szczególny system kar.

Wypełnienie kwestionariusza dotyczącego ryzyka przez ubezpieczonego jest ważnym elementem transakcji ubezpieczenia i kalkulacji ryzyka. Ubezpieczony ma obowiązek określenia ryzyka objętego ochroną (art. L113-2/L113-8 i 9 Kodeksu Ubezpieczeń) ale także przez cały okres umowy jest zobowiązany do przekazywania informacji z tytułu nowych okoliczności w zakresie objętym ubezpieczeniem.

Proces złożenia informacji rozpoczyna wstępna deklaracja w formie kwestionariusza. Zgodnie z art. L.113-2 Kodeksu Ubezpieczeń ubezpieczony jest zobowiązany dokładnie odpowiedzieć na pytania zadane przez ubezpieczyciela, w szczególności w formularzu oświadczenia o ryzyku, za pomocą którego ubezpieczyciel zadaje pytanie przed zawieraniem umowy. Orzecznictwo francuskie potwierdza konieczność zadawania przez ubezpieczyciela precyzyjnych pytań, aby móc sankcjonować brak precyzyjnej odpowiedzi lub kłamstwo ubezpieczonego. Kwestionariusz powinien być, jak wskazuje orzecznictwo, dostępny dla kandydata na ubezpieczonego, nawet jeśli umowę zawiera się na odległość (Cass. crim., 15.05.1012, n. 11-85420).

Wstępnie wypełnione kwestionariusze nie są jednak zawsze wystarczające. Zasadą jest, że ubezpieczony ma obowiązek zgłoszenia nowych okoliczności, które zwiększają ryzyko początkowe lub stanowią nowe ryzyko. Artykuł L113-2 Kodeksu Ubezpieczeń wskazuje, że *„ubezpieczony ma obowiązek zgłosić w trakcie trwania umowy nowe okoliczności, które skutkują albo zwiększeniem ryzyka, stworzeniem nowych, tym samym czyniąc je niedokładnymi lub nieaktualnymi odpowiedziami udzielonymi ubezpieczycielowi, w szczególności w kwestionariuszu (...)”*¹⁰⁶. Ubezpieczony powinien wysłać informacje o nowych

¹⁰⁶Art. L113-2 Kodeksu Ubezpieczeń (fr.) „*L'assuré est obligé: 1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues; 2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de*

okolicznościach w ciągu 15 dni od powzięcia wiadomości o nowej okoliczności. Obowiązek ten istnieje tylko w przypadku wzrostu ryzyka, nie w przypadku zmniejszenia ryzyka. Ubezpieczyciel w razie otrzymania informacji o nowych okolicznościach może wypowiedzieć umowę w określonych warunkach albo zaproponować wyższą składkę. Nowa propozycja składki uruchamia 30-dniowy okres, w którym ubezpieczony może wyraźnie odrzucić nową propozycję. Ubezpieczyciel może także nie zmienić składki. Zgodnie z artykułem L112-2 Kodeksu Ubezpieczeń brak odpowiedzi ubezpieczyciela w ciągu 10 dni jest równoznaczny z akceptacją zmian bez modyfikacji taryfy. W przypadku zmniejszenia ryzyka ubezpieczony ma prawo żądać obniżenia składki, w przeciwnym razie ma 30 dni na rezygnację z ubezpieczenia. Niezłożenie oświadczenia o ryzyku ubezpieczenia szkód reguluje art. L. 113-8 i L. 113-9 Kodeksu Ubezpieczeń.

Jednym z przypadków nieważności umowy jest fałszywa deklaracja ubezpieczonego co do ryzyka. Artykuł L113-8 Kodeksu Ubezpieczeń stanowi, że umowa ubezpieczenia jest nieważna w przypadku umyślnego wprowadzenia w błąd ubezpieczającego, gdy opóźnia się z przekazaniem wiadomości lub wprowadza się w błąd prowadząc do zmiany przedmiotu ryzyka lub zmniejszenia ryzyka. Ryzyko pominięte lub zniekształcone przez ubezpieczonego nie ma wpływu na roszczenie. Zapłacone składki pozostają wówczas u ubezpieczyciela, który jest uprawniony do zapłaty wszystkich składek należnych tytułem odszkodowania¹⁰⁷.

Kodeks Ubezpieczeń nakłada obowiązek złożenia dokumentów przed zawarciem umowy oraz obowiązek doradztwa ze strony ubezpieczyciela. Niektóre dokumenty powinny być przedłożone dla wszystkich umów ubezpieczenia, inne dokumenty są specyficzne dla określonych ubezpieczeń. Ubezpieczyciel powinien dostarczyć ubezpieczonemu arkusz informacyjny o stawce i wykupionej ochronie. Kopię projektu umowy wraz z ewentualnymi załącznikami należy przekazać wnioskodawcy (przyszłemu ubezpieczonemu). Te dwa dokumenty należy przekazać wnioskodawcy, nawet jeśli ten ostatni o nie nie wystąpi.

déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge; 3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus. L'assuré doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance”.

¹⁰⁷ Artykuł L113-8 Kodeksu Ubezpieczeń (fr.) „*Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*”

Przekazanie tych dokumentów musi być poświadczony podpisem wnioskodawcy wraz z oświadczeniem o przyjęciu ich doręczenia wraz z datą (Art. R. 112-3 Kodeksu Ubezpieczeń).

Dla niektórych ubezpieczeń wymagane są specyficzne dokumenty. W ubezpieczeniu na życie ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać informację o warunkach skorzystania z prawa odstąpienia. Nieprzedstawienie takiej informacji automatycznie przedłuża termin na odstąpienie od umowy do ostatniego dnia kalendarzowego następującego po dacie faktycznego złożenia tych dokumentów (maksymalnie 8 lat).

W ubezpieczeniach grupowych na podstawie art. L-141-4 Kodeksu Ubezpieczeń wymaga się od ubezpieczonego dostarczenia ogłoszenia o zamówieniu na ubezpieczenia. Każdy pracownik jest zobowiązany pisemnie potwierdzić otrzymanie takiego dokumentu, a podpisując listę dostarcza się dowód, który powinien być następnie archiwizowany.

Zdalne ubezpieczenie w przypadku zwykłego konsumenta usług ubezpieczeniowych wymaga od ubezpieczyciela dostarczenia konsumentowi wzoru oświadczenia prawa odstąpienia od ubezpieczenia. Konsumentowi przysługuje 14-dniowy okres odstąpienia od umowy na odległość, bez konieczności uzasadniania przyczyny i ponoszenia jakichkolwiek kar. Ten okres zaczyna biec albo od dnia zawarcia umowy na odległość albo od dnia otrzymania przez zainteresowaną stronę szczególnych warunków i informacji, o których mowa powyżej, jeżeli data ich otrzymania jest późniejsza niż data zawarcia umowy. Prawo do odstąpienia od umowy nie ma zastosowania do polis ubezpieczeniowych dla podróżnych lub bagażu lub podobnych polis zawieranych na okres krótszy niż jeden miesiąc oraz do umów ubezpieczenia samochodowego.

4.3 Podsumowanie

Przedmiotem rozdziału czwartego jest ryzyko jako zasadniczy element działań ubezpieczycieli. W rozdziale wyjaśniono historyczne, etymologiczne i matematyczno-ekonomiczne podejście do ryzyka. Dokonano porównania ryzyka z niepewnością, losowością i zagrożeniem. Techniczne podejście do ryzyka zamknęło się w teoriach związanych z obliczeniem prawdopodobieństwa i innymi miarami ryzyka, wymieniono modele umożliwiające podejmowanie decyzji w środowisku ryzyka przez ubezpieczycieli oraz omówiono wycenę ryzyka i sposób postępowania z danymi ubezpieczonych. W rozdziale wskazano, że pytanie, kwestionariusz czy deklaracja jest już pewnego rodzaju przeszłością w stosunku do obecnych możliwości gromadzenia i zarządzania danymi przez nowe

technologie. W rozdziale także umieszczono pojęcie aleatoryjności związane z ryzykiem w umowie ubezpieczenia.

Rozdział 5. Rodzaje ryzyka w ubezpieczeniach a rodzaje ubezpieczeń

Związek między ubezpieczonym a ubezpieczycielem jest źródłem podwójnej funkcji społecznej, polegającej na solidarności ubezpieczonych i przybliżaniu ich do ryzyka, któremu należy przeciwdziałać. Jednak zarówno teoria umów, jak i praktyka prawno-ubezpieczeniowa zmierzają w kierunku indywidualizacji stron i desocjalizacji umowy ubezpieczeniowej. Należy zastanowić się, czy w ramach stosunku umownego, który łączy ubezpieczonego z ubezpieczycielem, ubezpieczony może być postrzegany inaczej niż jako uosobienie ryzykownych aktywów w sensie ekonomicznym, którymi zarządza zakład ubezpieczeń i odwrotnie, czy ubezpieczyciel, jest kimś więcej niż handlowcem mającym na celu uzyskanie zysku?

Interes transakcji ubezpieczenia stanowi interes ubezpieczonego do ochrony przed zdarzeniem się ryzyka. Tak zdefiniowany interes w niezrealizowaniu ryzyka staje się podstawowym kryterium wyróżniający umowy ubezpieczenia (Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 10 kwietnia 2014 r., sygn. VI ACa 1114/13, LEX nr 1469451 – essentialia negotii umowy ubezpieczenia w prawie polskim) kryterium pozwalającym odróżnić ją od innych umów takich jak gry, hazard czy zakład. W przeciwieństwie do ubezpieczonego, który stara się zabezpieczyć przed zaistnieniem zdarzenia, którego skutki byłyby dla niego niekorzystne, ubezpieczyciel ma interes ekonomiczny w uzyskaniu zysku. Należy przy tym zauważyć że usługi świadczone przez ubezpieczycieli nie mają w prawie europejskim definicji legalnej, nie ma tam także ich wyczerpującego wyliczenia. Ubezpieczeniowy charakter usług należy zatem wywieść z istoty działalności ubezpieczeniowej, którą jest przejmowanie ryzyka w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (zob. więcej Zawadzka, Baluta, Błachnio-Parzych, Czajkowska, Glicz, Grzeszczak, Kozłowska-Chyła, Krajewski, Leśniak, Lisowski, Pabian, Pinior, Szczepańska, Śliwiński, Wajda, Wajda, Wojno, 2017). Dyrektywa 2009/138/WE18 w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tzw. Solvency II) ustanowiła nowe ramy prowadzenia i nadzorowania działalności ubezpieczeniowej na wewnętrznym rynku finansowym UE, wprowadzając zasadę jednolitej licencji oraz jednolite zasady nadzoru i normy ostrożnościowe. Zakres usług świadczonych na rynku ubezpieczeniowym przez zakłady ubezpieczeń jest objęty zezwoleniem na podjęcie działalności ubezpieczeniowej udzielanym dla określonej grupy ubezpieczeń bezpośrednich wymienionej w pkt A załącznika I lub w załączniku II do dyrektywy 2009/138/WE. W dyrektywie jest także zdefiniowany przedmiot działalności reasekuracyjnej. Komplementarną regulacją rynku ubezpieczeniowego jest dyrektywa

Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/51/UE20 z dnia 16 kwietnia 2014 r. (dyrektywa Omnibus II). Interes ubezpieczenia jest zarówno powodem ubezpieczenia, rozumianym jako konsekwencja bycia narażonym na ryzyko, jak i celem ubezpieczenia, rozumianym jako poszukiwanie ochrony przed tym ryzykiem¹⁰⁸.

5.1. Umowa ubezpieczenia i jej najważniejsze elementy

Ani francuski Kodeks Cywilny, ani Kodeks Ubezpieczeń nie definiują transakcji ubezpieczeniowej ani umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenie jest we Francji ogólnie definiowane jako czynność, poprzez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczenia usługi na rzecz innej osoby w przypadku zaistnienia zdarzenia losowego, ryzykując w zamian za otrzymanie sumy pieniężnej, premii. Ryzyko, składka i świadczenie ubezpieczyciela są bowiem zasadniczymi elementami umowy ubezpieczenia (na temat różnych definicji umowy ubezpieczenia zob. L. Mayaux, 2011). Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej stwierdził, że „transakcję ubezpieczeniową charakteryzuje w sposób powszechnie przyjęty to, że ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za wcześniejszą zapłatę składki zapewnić ubezpieczonemu, w przypadku wystąpienia objętego ryzyka, usługę uzgodnioną przy zawarciu umowy” (CJCE, 2006). Odniesienie do elementu „ryzyka” z pewnością stało się niewystarczające dla niektórych ubezpieczeń na życie.

Z kolei niektóre czynności wykonywane przez osoby nieposiadające statusu zakładu ubezpieczeń mogą także budzić podejrzenie, że zawierają one umowę ubezpieczenia. Dlatego też, jeśli niezależny od sprzedawcy samochodu, podmiot udziela gwarancji na wypadek awarii mechanicznej pojazdu, mogą pojawić się wątpliwości, co do dokładnej charakterystyki umowy (Jastrzębski, 2018, 4-15). Wydaje się, że należy zastanowić się czy usługa polegająca na zagwarantowaniu dla podmiotu gospodarczego niezależnego od sprzedawcy pojazdów używanych, że nie nastąpi awaria mechaniczna, która może wystąpić w niektórych częściach używanego pojazdu, należy do kategorii działalności ubezpieczeniowej czy należy do świadczenia usług. TSUE odpowiedział, że jest to transakcja ubezpieczeniowa, w której w tym przypadku ubezpieczycielem jest podmiot gospodarczy niezależny od sprzedawcy używanego pojazdu, a ubezpieczony jest nabywcą tego pojazdu. Ryzyko polega na konieczności zapłaty przez nabywcę używanego pojazdu naprawy w przypadku awarii mechanicznej objętej ubezpieczeniem, do której zobowiązuje się ubezpieczyciel. Natomiast składkę stanowi ryczałt

¹⁰⁸ Znaczenie ryzyka w umowie ubezpieczenia w prawie francuskim por. Y. Lambert-Faivre, L. Leveneur, *Droit des assurances*, Paris 2011, s. 266–267.

płacony przez nabywcę używanego pojazdu, czy to w cenie zakupu tego pojazdu, czy też dodatkowo (CJUE, 16.07.2015 r., sprawa C-584/13, RGDA 2015, 465). Sąd Kasacyjny zastosował powyższe kryteria w celu ustalenia, że przedłużenie gwarancji udzielone przez osobę trzecią jest transakcją ubezpieczeniową. Jeśli chodzi o zakład ubezpieczeń, który pokrywa ryzyko finansowe poniesione przez osobę trzecią w okresie przedłużenia gwarancji, to nie zapewnia on ubezpieczenia od ryzyk komunikacyjnych, ale ubezpieczenie od ryzyk finansowych (Cass. com., 5.11.2013, nr 12-15.361, RGDA 2016, 24).

Z ekonomicznego punktu widzenia operacja ubezpieczeniowa ma dwie zasadnicze cechy (Fuchs, 2012, 24-30). Zbierając składki, ubezpieczyciel aby świadczyć swoje usługi powinien wziąć pod uwagę prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka objętego ubezpieczeniem, aby określić wysokość składek, które musi otrzymać. Z ekonomicznego, a co za tym idzie, również z technicznego punktu widzenia, ubezpieczenie nie może prowadzić do dobrowolnego podejmowania przez ubezpieczyciela ryzyka spłaty roszczeń. Z jego punktu widzenia działanie to polega na łączeniu ryzyka poprzez rozłożenie ciężaru pomiędzy wszystkich ubezpieczających. Firma ubezpieczeniowa kompensuje ryzyko, korzystając z osiągnięć statystyki¹⁰⁹.

Transakcja ubezpieczeniowa skutkuje powstaniem umowy, czyli stosunku prawnego pomiędzy co najmniej dwoma podmiotami. Rozpatrywany jest on wówczas i traktowany jako pojedynczy akt, niezależnie od całości gospodarczej, w której jest ekonomicznie i technicznie umiejscowiony. Umowa ubezpieczenia jest także instytucją prawa. Płacąc składkę, współwykonawca ubezpieczyciela uzyskuje pewność, jednakże ta składa się po prostu z zobowiązań prawnych podjętych przez ubezpieczyciela (Mayaux, 2002, s. 281).

Innym problemem są spotykane w praktyce zjawiska jak to czy w danej umowie ubezpieczenia zignorowano przepis prawny, czy interpretacja klauzuli umowy jest przedmiotem nowej interpretacji orzeczniczej, a nowy rodzaj ubezpieczeń wprowadzony na rynek wymyka się spod kontroli ubezpieczyciela i ubezpieczonego.

¹⁰⁹ Zob. rozdz. 4 niniejszej pracy.

5.2 Interes stron w umowie ubezpieczenia

Powszechnie uznaje się, że umowa ubezpieczenia podąża za ryzykiem i interesem stron¹¹⁰. W potocznym rozumieniu interes stron jest tym co się liczy, co jest pożyteczne lub korzystne dla stron. Od tak rozumianego interesu stron francuski Kodeks Ubezpieczeń uzależnia ważność umowy od tego, czy jest ona użyteczna dla osoby, która ją zawiera, a przynajmniej dla osoby, która może z niej skorzystać. Wymagana użyteczność musi być charakterystyczna, a nie dowolna. Przykładowo art. L. 121-1 Kodeksu Ubezpieczeń definiuje ubezpieczenie rzeczy jako umowę o charakterze odszkodowawczym¹¹¹. Interesem w przystąpieniu do umowy ubezpieczeniowej, jest zrekompensowanie ubezpieczonemu usługi ubezpieczyciela, za szkody majątkowe poniesione w wyniku realizacji ubezpieczanego ryzyka. Umowa chroni ubezpieczonego przed ryzykiem straty. Interes strony jest co do zasady przyczyną (kauzą) umowy ubezpieczenia, a nie przedmiotem zobowiązania, jak zdaje się sugerować art. L.121-1 Kodeksu Ubezpieczeń¹¹².

Działalność ubezpieczeniowa ma zatem swoje źródło w woli podmiotów do ochrony przed niekorzystnymi zdarzeniami, czy to uszkodzeniami mienia lub osób niezależnie od tego, czy szkody zostały wyrządzone innym osobom czy samemu sobie. Niektóre ubezpieczenia są obowiązkowe, takie jak ubezpieczenie samochodu od szkód wyrządzonych osobom trzecim¹¹³. Wiele ubezpieczeń to fakultatywne, uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne lub ubezpieczenie dobrowolne na życie. Brak interesu stron w ubezpieczeniach może wynikać z braku uprzedniego ryzyka przy zawieraniu umowy lub z nieadekwatności ubezpieczenia do rodzaju ponoszonego ryzyka.

Rola interesu stron w ubezpieczeniu jest oceniana zarówno na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, jak i na etapie jej realizacji. Koncepcję tę można zatem wykorzystać do ustalenia

¹¹⁰ Liczne modyfikacje i nowe tendencje jakie nastąpiły w 2016 roku we francuskim kodeksie cywilnym uwzględniły praktykę orzeczniczą, wypracowaną doktrynę, ale też przyczyniły się do obalenia niektórych debat doktrynalnych lub sądowych. Dość spektakularne jest zniknięcie z kodeksu pojęcia „*causa*”, chociaż pozostawiono je w innej nazwie jako motyw czy interes stron.

¹¹¹ Art. L.121-1 Kodeksu Ubezpieczeń (fr.) - „L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. Il peut être stipulé que l'assuré reste obligatoirement son propre assureur pour une somme, ou une quotité déterminée, ou qu'il supporte une déduction fixée d'avance sur l'indemnité du sinistre.”

¹¹² Reforma kodeksu cywilnego we Francji w 2016 r. przesunęła ciężar kauzy na interes stron, chociaż o tym całkowicie nie zapomniiała w doktrynie.

¹¹³ O tym dalej w niniejszym rozdziale.

możliwej sytuacji **nadubezpieczenia**¹¹⁴, do wykrycia **kumulacji ubezpieczeń**¹¹⁵ lub do obliczenia maksymalnej kwoty odszkodowania należnej od ubezpieczyciela.

Artykuł L. 121-6 Kodeksu Ubezpieczeń formalnie czyni z interesu stron ubezpieczenia warunek ważności umowy ubezpieczenia usankcjonowanej nieważnością (Fiche, 2019, 106-117).

Umowa ubezpieczenia z definicji wprowadza ryzyko do transakcji na dwa przeciwstawne sposoby. Czasami przypadek losowy jest tym, przed którym się chronimy, czasami jest wyzwaniem. Interes ubezpieczeniowy jest zdefiniowany negatywnie: umowę ubezpieczenia mogą zawrzeć tylko ci, którzy mają interes w tym, aby ryzyko nie wystąpiło (interes w niezrealizowaniu się ryzyka). Jest to zainteresowanie niezrealizowaniem się pożaru, kradzieży, klęski żywiołowej, każdego niepewnego zdarzenia, przed którym chce się zabezpieczyć. W tym przypadku ubezpieczony nie igrza z losem, szuka zabezpieczenia przed zdarzeniem losowym poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia.

Definicja interesu podlegającego ubezpieczeniu zawarta jest w art. L. 121-6 Kodeksu Ubezpieczeń. Każdy, kto ma interes w zachowaniu rzeczy, może ją ubezpieczyć. Jakikolwiek bezpośredni lub pośredni interes w niezrealizowaniu ryzyka może być objęty ubezpieczeniem¹¹⁶. Jeden z autorów kodeksu Napoleona - Portalis, przedstawiając organowi ustawodawczemu projekt Kodeksu Cywilnego poświęcony umowom losowym, zauważył, że „umowy te są wytworem naszych nadziei i naszych obaw”¹¹⁷. Chcemy kusić fortunę lub być ubezpieczeni od jej kaprysów (Bourdoiseau, 2019). Interesy stron umów losowych to z jednej strony te, które organizują ochronę jednej ze stron przed skutkami losu, z drugiej organizują dobrowolne poddanie się obu stron mogącym się zdarzyć skutkom zdarzeń losowych.

Interes stron w ubezpieczeniu jest podstawowym technicznym instrumentem odróżniającym ubezpieczenie od innych transakcji które zabezpieczają od pewnych zdarzeń. W umowie zakładu , grający nie jest narażony na żadne wcześniej istniejące ryzyko, którego

¹¹⁴ Sur-assurance- – art. L. 121-3 Kodeksu Ubezpieczeń, który obejmuje sytuację, w której wysokość ewentualnej szkody jest mniejsza niż kwota umownie przewidziana na pokrycie tej szkody. W przypadku oszustwa ze strony ubezpieczonego ubezpieczyciel może żądać unieważnienia umowy, a także dochodzić odszkodowania. Natomiast wymuszone ubezpieczenie prowadzi do obniżenia składki w przyszłości, a należne składki pozostają u ubezpieczyciela.

¹¹⁵ Ubezpieczony ma prawo zawrzeć kilka umów, każdą z innym zakładem ubezpieczeń. Jeżeli jednak polisy ubezpieczeniowe zostały zawarte w sposób oszukańczy, ubezpieczyciel może żądać ich nieważności, a także dochodzić odszkodowania (Kodeks ubezpieczeniowy, art. L. 121-3). W przypadku braku oszustwa każda z polis skumulowanych wywołuje skutki w granicach kontraktowych i z zachowaniem zasad zawartych w umowie ubezpieczenia.

¹¹⁶ Art. 121-6 Kodeksu Ubezpieczeń – „Toute personne ayant intérêt à la conservation d'une chose peut la faire assurer. Tout intérêt direct ou indirect à la non-réalisation d'un risque peut faire l'objet d'une assurance”.

¹¹⁷ „Ces contrats sont le produit de nos espérances et de nos craintes. On veut tenter la fortune ou être rassuré contre ses caprices”, cytowany przez H. Groutel, *Contrat d'assurance*, Paris, 1997, s. 131.

mogłaby się obawiać. Gra on dla siebie w nadziei na osiągnięcie zysku, a nie w celu zabezpieczenia się przed ryzykiem zubożenia. W momencie zawarcia umowy gracz nie jest zainteresowany umową, ponieważ brak w jego majątku nie jest zagrożony przez jakiegokolwiek szkodliwe zdarzenie losowe. Gracz (Lemonnier, 2016, 54-58) nie jest zainteresowany zachowaniem przedmiotu gry. Ma interes w zaistnieniu straty, z definicji nie jest poszkodowany. Postrzeganie jego zysku jest uwarunkowane stratą dotyczącą innych – graczy lub kasyna.

Zdarzenie losowe podlega ubezpieczeniu tylko wtedy, gdy jest statystycznie kontrolowane. Gdyby przypadkiem prawdopodobieństwo jego realizacji było zbyt duże, operacja ubezpieczeniowa straciłaby swój interes ekonomiczny. Jeżeli zaistnienie zdarzenia, którego realizacja jest niepewna, jest podstawowym elementem ubezpieczenia, strony powinny zdefiniować to zdarzenie, które znajdzie się w centrum ich umowy. Definicja ta jest jednak szczególnie trudna do ustalenia. Przyczyna trudności wynika z faktu, że nigdy nie ubezpiecza się ryzyka bez wytyczenia jego granic. W momencie podpisania umowy konieczne jest opisanie przyszłego wydarzenia poprzez próbę wyobrażenia sobie różnych elementów, tj. charakteru zdarzenia oraz miejsca powstania ryzyka. Zdarzenie może dotyczyć majątku określonej lub możliwej do ustalenia osoby, a skutki realizacji zdarzenia losowego mogą mieć znaczenie dla mienia lub osoby. Miejsce zagrożenia decyduje często o poddaniu się ryzyku, przyczyną może być całkowita lub częściowa utrata mienia, szkoda majątkowa lub niemajątkowa, niezdolność do pracy, śmierć¹¹⁸.

5.2.1 Cechy interesu stron w umowie ubezpieczenia we francuskim ujęciu orzecznictwym

Aby wiedzieć, czy dana osoba może dochodzić odszkodowania od ubezpieczyciela, należy jeszcze ustalić, co oznacza interes stron i jaka jest treść tego pojęcia. Interes ubezpieczonego powinien być zgodny z prawem. Na zwykłym posiadaczu, który nie jest jednocześnie właścicielem nieruchomości, ciąży obowiązek ubezpieczenia. Ten ostatni obowiązek nie jest interesem prawnym, ale interesem gospodarczym Właściciel, sprawujący de facto władzę nad majątkiem, jest w stanie poprzez sposób, w jaki z niego korzysta, czerpać z

¹¹⁸ D. Maśniak, *Zakres pokrycia*, „Ubezpieczenia ekologiczne”, Kraków, 2003, s. 140 „Przyjmuje się powszechnie, że istota pojęcia zdarzenia losowego opiera się na trzech zasadniczych cechach: niepewności nastąpienia zdarzenia losowego, niezależności zdarzenia losowego od woli podmiotu, który został nim dotknięty oraz niemożności przewidzenia, czy i kiedy określone zdarzenie losowe zajdzie.”

nego korzyści. Ma zatem interes gospodarczy w zapewnieniu ubezpieczenia. Z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i być może z wyjątkiem ubezpieczenia kosztów lub różnych strat pieniężnych, ubezpieczenie od szkód w rzeczywistości chroni majątek ubezpieczonego i wartości ekonomiczne. To właśnie konkretna, fizyczna strona ubezpieczenia kontrastuje z bezpieczeństwem, które jest bardziej abstrakcyjne.

Artykuł L. 121-6, ustęp pierwszy Kodeksu Ubezpieczeń, wskazuje, że „każda osoba zainteresowana omówieniem danej rzeczy może ją ubezpieczyć”¹¹⁹. Jest to przepis podstawowy, który stawia interesy stron w centrum uwagi. Nie mówi jednak, co należy rozumieć pod pojęciem interesu. Odniesienie do ust. 2 tego samego artykułu, zgodnie z którym „przedmiotem ubezpieczenia może być każdy bezpośredni lub pośredni interes w niezrealizowaniu ryzyka”¹²⁰, byłoby istotne przynajmniej jeśli za „pośrednim ryzykiem”, istnieje możliwość rozszerzenia go na interesy czysto ekonomiczne.

Art. 1134 francuskiego Kodeksu Cywilnego - obecnie art. 1103, ustanawia zasadę mocy wiążącej umów. Zastosowanie prawa umów do ubezpieczenia jest konieczne pomimo wątpliwości, jakie można mieć co do statusu właściciela rzeczy ubezpieczanej. Francuski Sąd Kasacyjny zauważył (Cass. civ, 4 July 2019, Pourvoi nr 18-19.242), że zgodnie z polisą ubezpieczonym przedmiotem był pojazd, a nie prawo (takie jak prawo własności, użytkowanie czy udział w rzeczy). Gdy rzecz jest ubezpieczona, może tracić oczekiwaną użyteczność, na której z kolei zyskuje zwykły jej posiadacz. Wreszcie sąd odwołał się do art. L. 121-1 akapit pierwszy Kodeksu Ubezpieczeń, w szczególności do jego pierwszego zdania, zgodnie z którym „ubezpieczenie majątkowe jest umową odszkodowawczą”¹²¹. Zdanie to, niestety w kontekście zdania następnego, odnoszące się do zasady odszkodowań, zasługuje na długi komentarz, ponieważ stanowi sedno ubezpieczenia szkód. Głównym słowem jest „kompensacja”. Ubezpieczenie od szkód zabezpiecza ubezpieczonego przed stratami, jakie poniesie na przykład w przypadku klęski żywiołowej, niezależnie od tego, czy chodzi o straty materialne w przypadku zniszczenia lub utraty mienia (w szerokim tego słowa znaczeniu, łącznie z kradzieżą), czy też straty gospodarczej, a co za tym idzie, wartości. Dla właściciela, który w wyniku klęski zostaje pozbawiony faktycznej władzy nad rzeczą, liczy się przede wszystkim wartość użytkowa rzeczy. Ale podlega to kompensacji w taki sam sposób, jak wartość rynkowa. Jeżeli ponadto posiadaczem tym jest osoba wskazana w polisie jako ubezpieczona, ubezpieczyciel ma obowiązek wypłacić jej odszkodowanie lub wypełnić ciężący na niej

¹¹⁹ Fr. „toute personne ayant un intérêt à la conservation d’une chose peut la faire assurer”.

¹²⁰ Fr. „tout intérêt direct ou indirect à la non-réalisation d’un risque peut faire l’objet d’une assurance”.

¹²¹ Fr. „l’assurance relative aux biens est un contrat d’indemnité”.

obowiązek odszkodowawczy¹²². Jeśli dana osoba ma interes ubezpieczeniowy i jeśli polisa określa ją jako osobę ubezpieczoną, ubezpieczyciel ma obowiązek wypłacić jej odszkodowanie, niezależnie od przyczyny tego zainteresowania.

Kwestia interesu stron zakłada, że powinien on być **zgodny z prawem**. W orzecznictwie zajęto się tą kwestią, utrzymując, że „oszustwo przy nabyciu nieruchomości nie jest przyczyną nieważności umowy ubezpieczenia zawartej na zagwarantowanie jej utraty”¹²³. Z pewnością nie stwierdzono oszustwa, a nawet gdyby tak było, ubezpieczyciel był zobowiązany do wykonania umowy. Sad Kasacyjny sugeruje, że zabezpieczenie interesów posiadacza, nawet będącego w złej wierze, nie jest samo w sobie nielegalne. Kodeks Ubezpieczeń nie poświęca żadnego rozwinięcia kwestii legalności interesu. Kodeksu Cywilny, przed reformą prawa umów rozróżniał przedmiot nielegalny (art. 1128, który dotyczył rzeczy poza obrotem handlowym i niedozwoloną kauzę (art. 1131 i nast.).

Czy interes jest przedmiotem czy przyczyną umowy ubezpieczenia? Pytanie to wiąże się z samą naturą prawną interesu strony rozumianego z kolei jako łącznik osoby z rzeczą (Mayaux, 2008, 601 i nast), zgodnie z art. L. 121-6 ust. 1 Kodeksu Ubezpieczeń, czy też samego przedmiotu ubezpieczenia, jak wynikałoby z ust. 2 tego samego artykułu.

W tym drugim przypadku byłby on podobny do przedmiotu umowy. Jednak skoro ubezpiecza się rzeczy, a nie interes stron to ogólnie, ubezpiecza się rzecz, która sama w sobie nie jest nielegalna. Jeśli chodzi o ubezpieczenie jako łącznik osoby z rzeczą, która ma charakter bardziej przyczynowy, czy możemy powiedzieć, że w przypadku właściciela przyczyną zawarcia umowy ubezpieczenia były niejasne okoliczności związane z nabyciem rzeczy? Nielegalny nabywca rzeczy nie ubezpiecza się z myślą o przeszłości, ale o przyszłości, ubezpiecza od ryzyka (kradzież, pożar itp.), na które zawierana jest umowa.

Reforma Kodeksu Cywilnego z 2016 r., usuwa przedmiot umowy, na rzecz treści umowy, która musi być zgodna z prawem i pewna (Kodeks Cywilny, art. 1128), oraz przyczynę na rzecz celu, który również musi być zgodny z prawem (art. 1162). Treścią umowy są jednak jej klauzule lub, jak stanowi przepis kodeksu, jej postanowienia (Kodeks cywilny, art. 1162) i poza wyjątkami (klauzule nieuczciwe, klauzule wyłączające, które nie mają charakteru formalnego i ograniczonego), jest trudno zrozumieć, w jaki sposób klauzule umowy ubezpieczenia od szkód miałyby być sprzeczne z porządkiem publicznym.

¹²² Fr. „exécuter l’obligation indemnitaire dont il était tenu envers celui-ci”.

¹²³ Fr. „la fraude dans l’acquisition d’un bien n’est pas une cause de nullité du contrat d’assurance souscrit pour en garantir la perte”.

Przedmiot zobowiązania, czyli usługa przewidziana w umowie (która ze strony prawnej istnieje - art. 1163, al. 1, Kodeksu Cywilnego) nie ma tu nic „nielegalnego”. Zapłata sumy pieniężnej w przypadku wystąpienia szkody będącej przedmiotem obowiązku zapłaty ubezpieczyciela nie narusza porządku publicznego, podobnie jak ryzyko objęte ubezpieczeniem (kradzież, pożar), które jest przedmiotem obowiązku ubezpieczeniowego. Celem ubezpieczenia jest pokrycie obecnego i przyszłego ryzyka, a nie przeszłej i przestępczej działalności.

Kryterium działalności decyduje także o ważności umowy, ponieważ ubezpieczenie działalności nielegalnej jest niezgodne z prawem

Należy wskazać, że pojawiają się niewłaściwe praktyki, które wskazują na to, że nieuczciwi ubezpieczyciele w pewien sposób uczestniczą w praniu brudnych pieniędzy. Gdy zastępuje się nabyty nielegalnie majątek przez ubezpieczonego odszkodowaniem, którego ze swojej strony nie może dochodzić właściciel majątku (ani inny ubezpieczyciel występujący w ramach poprzedniego roszczenia i beneficjent klauzuli odstąpienia od umowy) (Cass. civ., 9.12.1997, nr 95-17544: RGDA 1998, 137). Czy jednak można powiedzieć, że celem umowy rzeczywiście było takie „wybielenie”? Odpowiedź jest a priori negatywna, ponieważ „pranie pieniędzy” działa tylko w przypadku niepewnej hipotezy, w której dochodzi do zdarzenia losowego. Ze względu na charakter losowy nie może być celem umowy. Oczywiście należy wykluczyć przypadek, gdy ubezpieczony w ramach ubezpieczenia planował popełnienie z winy umyślnej, a więc dobrowolnej, szkodą będącą konsekwencją zagrożenia. W przypadku gdy pojazd został spalony (przypadkowo, choć mogło to wynikać także z braku dowodu umyślności) zaledwie trzy dni po zawarciu umowy ubezpieczenia. Jednak pożar miał miejsce w nocy w grudniu okresie przedświątecznym i można go było powiązać z wydarzeniami ogólnego braku porządku publicznego w wielu częściach miast, jakie miały miejsce w tamtym okresie, bez obciążania nabywcy. W każdym razie kwestia ta nie została podniesiona przed sądem ani, przynajmniej bezpośrednio, nie dotyczyła legalności interesu strony. Jednak legalność jest zasadą także wówczas, gdy w grę wchodzi interes właściciela (Cass. civ. z 25.04.1990 r., Cass. civ. z 15.01.2015 r., Cass. civ. z 15.02.2000 r.). Ostatecznie ubezpieczeniu podlega wszystko, co jest warte zainteresowania - rzeczy, które się posiada, te, które posiada się w dobrej lub nawet złej wierze. I poza pewnymi wyjątkami nie ma tak niegodnego interesu, którego nie dałoby się pokryć ubezpieczeniem.

5.3. Rodzaje ubezpieczeń – rodzaje ryzyka

Ubezpieczenia dzieli się na ubezpieczenia, które chronią, na te, które utrzymują stan i ubezpieczenia, które finansują, jak ubezpieczenia na życie. Inne kryteria podziału ubezpieczeń są związane z przedmiotem ubezpieczenia, inne ze strony technicznej czy formalnej je różnicują. Jednakże oprócz interesu stron najważniejszym elementem ubezpieczenia pozostaje ryzyko.

5.3.1 Ryzyka pojedyncze i złożone

Praktyka ubezpieczeń jest mniej lub bardziej złożona i wymaga mniejszej lub większej liczby elementów w celu zdefiniowania ryzyka, od którego ubezpieczony ubiega się o ochronę ubezpieczeniową. Ryzyko może być bardzo szerokie, obejmujące na przykład wszystkie skutki (niezdolność do pracy, inwalidztwo, śmierć, bezrobocie itp.) jakiegokolwiek choroby i wypadku dotyczącego osobę, lub odwrotnie, czy węższe, ponieważ określające, że jest to rodzaj odpowiedzialności, np. tylko szkody materialne ubezpieczonego wobec współwykonawcy przy okazji wyraźnie określonej czynności, która ma miejsce w określonym czasie (Fuchs, 2006, 24-29). Praktyka pokazuje, że wyobraźnia ludzka nie jest doskonała z dwóch powodów - z jednej strony złożoności przewidywania samych faktów, a z drugiej strony niepewności prawnej, która wynika zarówno z często bardzo szybkiego rozwoju legislacji ubezpieczeniowej oraz zmian orzecznictwa

O ryzyku składającym się z pojedynczego zdarzenia możemy mówić wtedy, gdy niepewne zdarzenie przewidziane w umowie ubezpieczenia może zostać zrealizowane przez zajście pojedynczego zdarzenia: kradzieży, pożaru, śmierci. Z drugiej strony istnieje ryzyko złożone, gdy kilka zdarzeń, kilka faktów musi zostać zebranych razem, aby doszło do zdarzenia.

Na przykład przy ubezpieczenia kredytu powinien wystąpić brak płatności i upływu okresu karencji. W ubezpieczeniu od klęsk żywiołowych (ubezpieczenie obowiązkowe), powinny wystąpić zdarzenia naturalne i szkody z nich wynikające. W przypadku tzw. ubezpieczenia wypadkowego chorobowego lub niezdolności-inwalidztwa-śmierci, wypadku lub choroby, po których następuje niezdolność do pracy, inwalidztwo, śmierć.

Wydaje się jednak, że francuski Sąd Kasacyjny wyklucza pojęcie ryzyka złożonego w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia od ryzyka nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił przed wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia. Sąd Kasacyjny odrzucił wniosek

o udzielenie odszkodowania złożonego przez ubezpieczonego na tej podstawie, że ryzyko ubezpieczone było umową, a nie fizycznym wypadkiem, choć skutki wypadku oznaczały trwałe inwalidztwo uznane przez ubezpieczenie społeczne (Cass. civ., 26.03.1996, nr 93-11.470, RGDA 1996, Cass. civ., 18.06.1996, nr 93-18.502, RGDA 1996). Przywołane orzeczenie formalnie rozróżnia ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczenie osobowe.

Koncepcja ryzyka złożonego znajduje się w centrum różnych szczególnych problemów: oceny zagrożenia, okresu obowiązywania ubezpieczenia, ustalenia i zgłoszenia roszczenia (Fras, 2015).

5.3.2 Ryzyka indywidualne, ubezpieczenia multi-risk, nowe ryzyka

Różnorodność ubezpieczeń chroniących przed innymi niż klasyczne ryzyka, oferowanych przez zakłady ubezpieczeniowe umożliwia osobom fizycznym i przedsiębiorstwom **dostosowanie ubezpieczenia do swoich aktywów, działalności, do ich potrzeb w zakresie bezpieczeństwa.**

W przypadku ubezpieczyciela, który stoi w obliczu odwróconego cyklu produkcyjnego, jego celem jest osiągnięcie średnio i długoterminowej stabilności finansowej poprzez podział ryzyka. W tym celu może wykorzystywać opisane w rozdziale następnym techniki koasekuracji i reasekuracji.

Jeśli ubezpieczający i ubezpieczyciele mogą się jedynie cieszyć z mnogości udostępnionych im środków ochrony majątku, to nie można zaprzeczyć trudności w zrozumieniu wszystkich przepisów, które mogą znaleźć zastosowanie w ramach tej bardzo zróżnicowanej oferty ubezpieczeń i reasekuracji. Trudność dodatkowo uwydatniają liczne zmiany w ustawodawstwie dotyczącym prawa ubezpieczeniowego i odpowiedzialności ubezpieczających na forum europejskim i krajowym.

Ubezpieczyciele oferują dziś **umowy „multi-risk”**, w których tradycyjnej gwarancji pożaru i ryzyk z nim związanych towarzyszy ubezpieczenie od kradzieży, ubezpieczenie od szkód zalania, ogólna ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej itp. Podobnie w odniesieniu do ryzyk biznesowych oferowane są inne umowy „multi-risk” obejmujące pożar i ryzyko z nim związane, ryzyko zalania, kradzieży, awarii maszyny, straty operacyjnej, odpowiedzialności cywilnej i eksploatacyjnej.

W zasadzie każda nowa **pojawiająca się okoliczność mająca wpływ na ryzyko** dotyczy szczególnego ryzyka: kradzieży, pożaru itp. Rzadko zdarza się, aby zaostrenie

obejmowało wszystkie ryzyka, od których ubezpieczony jest ubezpieczony. Jeżeli ryzyka objęte są tą samą umową ubezpieczenia, wypowiedzenie umowy ma wpływ na ryzyko, które było podstawą oświadczenia lub umowy jako całości. Artykuł L. 113-4 Kodeksu ubezpieczeń formalnie wspomina, że ubezpieczyciel ma prawo odstąpić od umowy. Istnieje możliwość **kontynuacji indywidualizacji ryzyk**, jedynie ze względu na ryzyko, którego ubezpieczyciel nie chce ubezpieczać ze względu na nową okoliczność, która mogłaby być powodem wypowiedzenia umowy. W tym sensie orzecznictwo indywidualizujące ryzyko w odniesieniu do pierwotnej deklaracji ryzyka uwzględnia zastrzeżenie, wyrażne lub milczące, niepodzielności ryzyka ubezpieczanego. Zakładając, że wypowiedzenie umowy ubezpieczenia ogranicza się do zabezpieczenia ryzyka, na które wpływa nowa okoliczność, ubezpieczyciel i ubezpieczony mogą nie dojść do porozumienia co do zakresu wypowiedzenia. Pierwszy może chcieć w dalszym ciągu gwarantować inne ryzyka – i w związku z tym zachować odpowiednie składki – podczas gdy ubezpieczony chce powierzyć całe swoje ryzyko jednemu ubezpieczycielowi. Podzielność umowy ze względu na ubezpieczane ryzyka zakłada, że również na każde z ryzyk można przypisać część składki. Oprócz podzielności składki *pro rata temporis* istnieje potrzeba jej podzielności przez ryzyko ubezpieczane. Skutki stwierdzenia przez ubezpieczonego **nowej okoliczności** w trakcie umowy określa art. L. 113-4 Kodeksu Ubezpieczeń¹²⁴. Jednakże przepis ten jedynie formalnie odnosi się do hipotezy o pogorszeniu się ryzyka. Nie ma w nim mowy o przypadku, w którym nowa okoliczność spowodowała powstanie nowego ryzyka. Czy powinno się w tej konkretnej kwestii rozszerzyć reżim zwiększenia ryzyka, czy też odwołać się do art. L. 112-2 Kodeksu Ubezpieczeń, który stanowi, że „propozycję uważa się za przyjętą, zalecaną przedłużeniem lub zmianę umowy lub wznowieniem zawieszonyj umowy, jeżeli ubezpieczyciel nie odrzuci tej propozycji w terminie dziesięciu dni od jej otrzymania”¹²⁵? Wydaje się, że możliwe jest połączenie obu tych rozwiązań, w zależności od stanowiska ubezpieczyciela.

Innym podziałem formalnym jest ryzyko bezwzględnie wykluczone z ubezpieczenia. Są nimi - ryzyko szkody wyrządzonej umyślnie przez ubezpieczonego, (Kodeks Ubezpieczeń, art. L. 113-1), ryzyko nuklearne oraz kary pieniężne niepodlegające zwrotowi.

¹²⁴ Art. L.113-4 Kodeksu Ubezpieczeń, fr. „En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime”.

¹²⁵ Art. L 122-2 Kodeksu Ubezpieczeń, fr. „Est considérée comme acceptée la proposition, faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les dix jours après qu'elle lui est parvenue”.

Wyłączenia względne obejmują – o ile nie określono inaczej, że ubezpieczeniem nie są objęte szkody spowodowane wojną domową lub wojną zagraniczną (Kodeks Ubezpieczeń, art. L. 121-8), skutki zobowiązań umownych przekraczających zobowiązania prawne, szkody spowodowane przez źródła promieniowania.

5.3.3 Ryzyko ubezpieczane

Ryzyko jest zdarzeniem losowym, które odgrywa dominującą rolę w ubezpieczeniu (Krajewski, 2011, 7-26; Kucharski, 2019). Oświadczenie o możliwym ryzyku dotyczy zarówno okoliczności znanych ubezpieczonemu w momencie zawarcia umowy, jak i nowych okoliczności, które pojawiły się w trakcie obowiązywania umowy. Sankcje za nieprawidłowe zgłoszenia przez ubezpieczonego, od których ubezpieczyciel może odstąpić, różnią się w zależności od charakteru nieprawidłowości zgłaszanej. Wyłączenia ryzyka mogą mieć charakter prawny lub umowny. Realizacja ryzyka wiąże się z obowiązkiem zgłoszenia zdarzenia zagrożonego utratą ubezpieczenia. Francuski Kodeks ubezpieczeń podobnie jak prawo polskie i większość systemów prawnych, nie podaje definicji ryzyka. W praktyce koncepcja ryzyka nie jest jednolita. Czasami oznacza zdarzenie (kradzież, pożar, wypadek itp.), którego zaistnienie warunkuje uruchomienie gwarancji ubezpieczeniowej. Może również odnosić się do części majątku, działania lub osoby, którą ubezpieczony zdecydował się chronić. Ryzykiem bywa sama szkoda wyrządzona przez klęskę żywiołową (straty materialne lub niematerialne), co wyjaśnia, dlaczego czasami zamiast, choć właściwszego terminu, wyłączenia ubezpieczenia, używa się określenia wykluczenie ryzyka.

Umowa ubezpieczenia pojawiła się wśród umów losowych wymienionych w dawnym art. 1964 francuskiego Kodeksu Cywilnego (Cass. civ. 04.03.1997, nr 95-12.572: RGDA 1997). Reforma prawa umów, nie pozbawiła umowy ubezpieczenia jej losowego charakteru. Istotnie, nowy art. 1108 ust. 2 francuskiego Kodeksu Cywilnego stanowi, że umowa „jest niepewna, gdy strony zgadzają się uzależnić skutki umowy w zakresie korzyści i strat z niej wynikających, od niepewnego zdarzenia”. Na tych podstawach umowa ubezpieczenia pozostaje umową losową, o ile ma na celu zabezpieczenie przed przypadkiem i naraża ubezpieczyciela na ryzyko ekonomiczne (Leduc, 2015, 895). Orzecznictwo francuskie ugruntowane na przez przepis dawnego art. 1104 Kodeksu Cywilnego, zgodnie z którym nakłada się na ubezpieczonego i ubezpieczyciela obowiązek umiejscowienia ryzyka, w tym przypadku rozumianego jako zdarzenia niepewnego, mającego pozostać w centrum kontraktu (Cass. civ., 08.07.1994, nr 92-15.551: JurisData nr 1994-001733; Bull. Civ. I, nr 235), a zagrożenie istnieje, gdy w momencie

podpisania umowy strony nie są w stanie oszacować korzyści, jakich z niej odniosą, gdyż zależy ona od niepewnego zdarzenia (Cass. civ., 08.07.1994, nr 92-15.551: JurisData nr 1994-001733; Bull. Civ. I, nr 235). Niepewność może dotyczyć zarówno samego wystąpienia zdarzenia - kradzieży, pożaru, wypadku ubezpieczeniowego, jak i daty zaistnienia zdarzenia (w ubezpieczeniach na życie niepewna jest tylko data śmierci ubezpieczonego). Natomiast losowy charakter ryzyka utrudnia uwzględnienie zdarzenia, które już nastąpiło. Przykładowo ubezpieczenie „jest nieważne, jeżeli w chwili zawarcia umowy rzecz ubezpieczona uległa już zniszczeniu lub nie może być już narażona na ryzyko” (Art. L. 121-15 Kodeksu Ubezpieczeń). Dlatego ubezpieczyciel nie może gwarantować ryzyk, o których istnieniu ubezpieczony wiedział już w momencie podpisywania umowy (Cass. civ., 5.04.2010, nr 08-20.377 : JurisData nr 2010-004148, Cass. civ., 11.09.2014, nr 13-17.236 : JurisData nr 2014-027237). 15.04.2010, nr 08-20.377: JurisData nr 2010-004148; Cass. civ., 11.09.2014, nr 13-17.236, JurisData nr 2014-027237). Jednakże Sąd Kasacyjny przyznaje istnienie domniemanego ryzyka, nawet jeśli nie jest to wyraźnie określone w polisie ubezpieczeniowej (por. Bertolaso, 2009, 431-436). Ubezpieczyciel ma obowiązek odmówić ubezpieczenia ryzyka, które mogłoby naruszyć porządek publiczny lub dobre obyczaje. Wymóg ten wyjaśnia na przykład brak możliwości ubezpieczenia odpowiedzialności karnej. Ogólnie rzecz biorąc, sądy stwierdzają nieważność umów związanych z ryzykiem niezgodnym z prawem, takich jak umowa dotycząca nielegalnej praktyki lekarskiej (Cass. civ., 5.05.1993, nr 91-15.401: JurisData nr 1993-001765). Z przyczyn niezgodności z prawem rozwiązana została także umowa gwarantująca skutki odwołania wystawy wykorzystującej szczątki i narządy ludzkie do celów komercyjnych (Cass. civ., 29.10.2014, nr 13-19.729: JurisData nr 2014-025655; Bull. civ. I, nr 178; Resp. civ. et insur. 2015, comm. 30).

Pod wpływem przepisów wynikających z reformy prawa umów we Francji takie podejście powinno być kontynuowane w oparciu o art. 1162 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym „umowa nie może odbiegać od porządku publicznego ani ze względu na swoje postanowienia, ani ze względu na cel, niezależnie od tego, czy ten ostatni był znany wszystkim stronom, czy nie”¹²⁶. Ryzyko odgrywa dominującą rolę wśród elementów składowych umowy ubezpieczenia. Rzeczywiście od jego charakteru i zakresu zależy wysokość składki należnej ubezpieczonemu w zamian za ubezpieczenie oferowane przez ubezpieczyciela. Ponadto wystąpienie ryzyka, jest zdarzeniem powodującym uruchomienie ubezpieczenia.

¹²⁶ Art. 1162 Kodeksu Cywilnego, fr. „Le contrat ne peut déroger à l'ordre public ni par ses stipulations, ni par son but, que ce dernier ait été connu ou non par toutes les parties au contrat”.

5.4 Podstawowe rodzaje ubezpieczenia

Dla potrzeby ochrony niektórych poszkodowanych i ułatwienia uzyskania odszkodowania, przepisy nakładają w różnych obszarach obowiązek ubezpieczenia od określonych ryzyk. Są nimi ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej producenta, ubezpieczenie pracodawcy od wypadków przy pracy itp. Większość ubezpieczeń jest jednak dobrowolna.

W systemie ubezpieczeń we Francji podobnie jak w wielu krajach istnieją dwie główne kategorie ubezpieczeń: ubezpieczenie **od szkód** i **ubezpieczenie osobowe**.

Celem ubezpieczenia od szkód jest zabezpieczenie majątku ubezpieczonego. Ubezpieczenia te opierają się na zasadzie odszkodowania w zakresie odszkodowania za poniesione straty. Należą do nich ubezpieczenia majątku i ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ubezpieczenia majątkowe chronią ubezpieczonego przed bezpośrednimi stratami finansowymi, jakie może ponieść w wyniku zagrożeń a które mogą dotyczyć należących do niego rzeczy lub mienia. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (por. Krajewski, 2011) gwarantuje ubezpieczonemu **naprawę szkody** jaką może być on winien osobom trzecim w związku ze szkodami, które im wyrządził i za które odpowiada. Przykłady obejmują ubezpieczenie samochodu od kradzieży¹²⁷, ubezpieczenie od pożarów¹²⁸, ubezpieczenie odpowiedzialności zawodowej¹²⁹.

¹²⁷ Generalnie ubezpieczeniem od kradzieży objęte jest mienie ruchome należące do ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony, w szczególności o pokrycie szkód majątkowych powstałych w trakcie kradzieży. Warunki ubezpieczenia często wskazują, gdzie musi znajdować się towar, aby został objęty ubezpieczeniem. Najczęściej umowa ubezpieczenia wymaga dla swojej realizacji, aby kradzież nastąpiła w określonych, udowodnionych przez ubezpieczonego okolicznościach: włamanie, rozbój, nieuprawnione wejście. Mówiąc bardziej ogólnie, w odniesieniu do zdarzenia objętego polisą, wszystkie pojęcia użyte w polisach ubezpieczeniowych nie muszą być zdefiniowane w Kodeksie karnym, sędzia musi przeprowadzić kwalifikację, przypominając, że „kradzież to oszukańcze odebranie cudzego majątku” (Zob. art. 311-1 francuskiego Kodeksu karnego).

¹²⁸ Artykuł L. 122-1 Kodeksu Ubezpieczeń stanowi, że (tłum. własne) „ubezpieczyciel od ognia odpowiada za szkody powstałe w wyniku pożaru, pożaru lub zwykłego spalania”. Jeśli chodzi o umowy ubezpieczenia od ognia, definiują je jako „spalanie płomieniami poza kominem”. Artykuł L. 122-1 dodaje, że (tłum. własne) ubezpieczyciel „nie ponosi odpowiedzialności, chyba że uzgodniono inaczej, za szkody powstałe na skutek samego działania ciepła lub bezpośredniego i natychmiastowego kontaktu z ogniem lub substancją żarzącą się, jeżeli nie doszło do pożaru ani rozpoczęcia się pożaru, który może przerodzić się w prawdziwy ogień.

Szkody wyrządzone przez służby ratownicze i działania ratownicze są prawnie zrównane ze szkodami od ognia (Kodeks ubezpieczeń, art. L. 122-3), utratą lub zaginięciem ubezpieczonych przedmiotów powstałymi w czasie pożaru (Kodeks ubezpieczeń, art. L. 122-4), a także szerzej szkody materialne będące bezpośrednim następstwem pożaru lub jego zapoczątkowania. Należą do nich te spowodowane przez dym, ciepło i żrące opary.

¹²⁹ Przez ubezpieczenie „odpowiedzialności cywilnej zawodowej” rozumie się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące działalność zawodową w odróżnieniu od prowadzenia działalności gospodarczej. Polisy ubezpieczeniowe obejmują odpowiedzialność umowną i deliktową zaciągniętą przez nich wobec swoich klientów i osób trzecich z tytułu uszkodzeń ciała, szkód materialnych lub niematerialnych, powstałych na skutek zaniedbań i błędów popełnionych w wykonywaniu zawodu. Często jest to naruszenie obowiązku udzielania porad i informacji.

Ubezpieczenie osobowe ma na celu zabezpieczenie osoby poprzez zabezpieczenie przed określonymi ryzykami i zapewnienie wypłaty sum ubezpieczenia w przypadku wystąpienia tych ryzyk. Spełniają one funkcję ryczału lub odszkodowania za szkodę. Należą do nich ubezpieczenia zdrowotne (wypadki, choroby, inwalidztwo, niezdolność do pracy, wydatki na leczenie itp.) i ubezpieczenia na życie (przeżycie, śmierć, oszczędności, emerytura). Te rodzaje ubezpieczeń wymienione są w dwudziestu sześciu działach francuskiego Kodeksu Ubezpieczeń.

Ubezpieczenie osobowe na zasadzie ryczałtowej sumy ubezpieczonej oznacza, że w przypadku wystąpienia szkody ubezpieczyciel może zaoferować „odszkodowanie” niezależnie od wysokości faktycznie poniesionej szkody. Nie ma to miejsca w przypadku ubezpieczenia, które opiera się na zasadzie odszkodowalności, co oznacza, że w przypadku szkody ubezpieczyciel nie może zaoferować odszkodowania wyższego niż wysokość szkody. Celem zapłaty odszkodowania jest też uniknięcie wzbogacenia się ubezpieczonego. Ubezpieczony, który wykupił kilka polis ubezpieczeniowych obejmujących to samo ryzyko nie będzie mógł zsumować odszkodowania. Natomiast w przypadku odmowy wypłaty odszkodowania przez jeden z zakładów, może on żądać pełnego odszkodowania od innego towarzystwa z którym zawarł umowę ubezpieczenia.

Zasada wypłaty odszkodowań pozwala na subrogację ubezpieczyciela. Gdy ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie swojemu ubezpieczonemu, może zwrócić się przeciwko ubezpieczycielowi „winnego”, z żądaniem odszkodowania za środki przekazane ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel wstępuje w prawa ubezpieczonego, gdyż odzyskuje prawo dochodzenia odszkodowania przez swojego ubezpieczonego przeciwko sprawcy szkody. Subrogacja w ubezpieczeniach osobowych nie jest możliwa w przypadku ubezpieczeń o charakterze ryczałtowym, natomiast pozostaje możliwa w przypadku ubezpieczeń osobowych o charakterze kompensacyjnym (renty inwalidzkie lub świadczenia chorobowe) i jest potwierdzona w orzecznictwie (Loi n. 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives no 92-49 et no 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes, JORF nr184 du 10 .08. 1994).

Rozróżnienie między ubezpieczeniem szkody a ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej należy porównać z innymi typami klasyfikacji ubezpieczeń,

takimi jak podział między ubezpieczeniem na życie¹³⁰ a ubezpieczeniem innym niż na życie¹³¹, ponieważ ubezpieczenie na życie nie jest ubezpieczeniem opartym na szkodzie. Rozróżnienie pomiędzy ubezpieczeniem na zasadzie odszkodowania a ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej należy rozpatrywać także w świetle rozróżnienia pomiędzy ubezpieczeniem szkód a ubezpieczeniem osobowym¹³². Jednakże niektóre ubezpieczenia, takie jak prywatne ubezpieczenia zdrowotne, popularne we Francji, obejmują ubezpieczenie o charakterze ryczałtowym i ubezpieczenie o charakterze odszkodowawczym. Na przykład umowy ubezpieczenia domu to umowy obejmujące wiele ryzyk, które obejmują zarówno szkody wyrządzone innym osobom, jak i szkody w mieniu. Ubezpieczenie szkód obejmuje zarówno szkody powstałe w rzeczach, jak i odpowiedzialność właściciela lub zarządcy. Ubezpieczenie mienia opiera się na zasadzie naprawienia wartości rzeczy w momencie powstania szkody. Jest to zasada rekompensaty określona w artykule L. 121-1 Kodeksu Ubezpieczeń¹³³.

Ubezpieczony nie może mieć możliwości wzbogacenia się na swoim odszkodowaniu. Strony mogą jednak zgodzić się na ustalenia umowne podczas podpisywania umowy, dlatego też faza przedumowna jest najważniejszą fazą w prawie ubezpieczeniowym. Korekty umowy mogą być dwojakiego rodzaju: korekty odliczeń i pułapów ubezpieczenia. Istota odpowiedzialności cywilnej polega na przywróceniu możliwie najdokładniej równowagi zniszczonej przez powstałą szkodę i postawieniu poszkodowanego w sytuacji, w której

¹³⁰ Definicja ubezpieczenia na życie pojawia się w art. L. 310-1 Kodeksu Ubezpieczeń jako (tłum. własne) „którego wykonanie uzależnione jest od długości życia człowieka”. Do tej zbyt zwięzłej definicji możemy zastąpić tę, zgodnie z którą umowa ubezpieczenia na życie to taka, w której ubezpieczyciel w zamian za określoną sumę pieniężną (składkę) zobowiązuje się zapłacić subskrybentowi lub wskazanej osobie trzeciej przez niego określoną sumę pieniędzy (kapitał lub rentę) z tytułu śmierci ubezpieczonego lub odwrotnie, jego dożycia w określonym dniu.

¹³¹ Prawo, a także dyrektywy europejskie rozróżniają w ubezpieczeniach osobowych ubezpieczenia na życie i inne niż na życie. Gwarancje obejmujące ryzyko uszkodzenia ciała, śmierci, niezdolności do pracy lub inwalidztwa w wyniku wypadku lub choroby należą do kategorii „inwestycji innych niż na życie”, ponieważ zasadniczo stanowią operacje ubezpieczeniowe polegające na rozłożeniu ryzyka w ramach „zorganizowanej wspólnoty”. Należy także dokonać rozróżnienia pomiędzy ubezpieczeniem na życie a innymi formami ubezpieczenia osobowego.

¹³² Zasada kompensacyjna, reguluje ubezpieczenie od szkód, gdyż ma na celu ograniczenie świadczenia ubezpieczeniowego do poniesionej szkody, jest zatem nieznaną w ubezpieczeniach osobowych. Wynika z tego, że w przypadku wystąpienia gwarantowanego ryzyka ubezpieczyciel ma obowiązek wypłacić przyrzeczone sumy, bez uwzględnienia szkody podlegającej naprawie. Wynika z tego z jednej strony, że nic nie stoi na przeszkodzie łączeniu ubezpieczeń, mogło zostać zawartych kilka umów na to samo ryzyko, a z drugiej strony ubezpieczyciel nie posiada – co do zasady – uprawnienia do subrogacji, a ubezpieczony może skorzystać z kumulacji ubezpieczenia z odszkodowaniem należnym od odpowiedzialnej osoby trzeciej.

¹³³ Art. L. 121-1 Kodeksu Ubezpieczeń (fr.) „L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité ; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. Il peut être stipulé que l'assuré reste obligatoirement son propre assureur pour une somme, ou une quotité déterminée, ou qu'il supporte une déduction fixée d'avance sur l'indemnité du sinistre.

znalazłaby się, gdyby zdarzenie nie miało miejsca. Jednakże granica pomiędzy ubezpieczeniem szkód a ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej bywa skomplikowana do ustalenia w umowie ubezpieczenia, kiedy obejmują one zarówno ryzyko odpowiedzialności cywilnej jak i szkody.

5.5 Ryzyka specyficzne

Jeżeli zagrożenie dotyczy zaistnienia zdarzenia, ważność umowy ubezpieczenia jest *a priori* uzależniona od niewystąpienia tego zdarzenia w momencie zawarcia umowy. Pomijając jednak problem zgłaszania ryzyka, które należy przyjąć za dokładne, można rozważyć możliwość ubezpieczenia zdarzenia, które już nastąpiło. W tym celu należy przyznać, że nieznajomość tego zdarzenia zastępuje niepewność.

5.5.1. Ryzyko domniemane

Ryzyko uważa się za domniemane, gdy strony w trakcie wymiany zgód nie są świadome, że ono już wystąpiło. Ryzyko jest wówczas wymyślone, istnieje jedynie w umyśle ubezpieczonego i ubezpieczyciela. Jeżeli ryzyko jest już zrealizowane w momencie zawarcia umowy ubezpieczeniowej, należy wziąć pod uwagę dwie koncepcje ryzyka podlegającego ubezpieczeniu. Koncepcja obiektywna odnosi się do rzeczywistej sytuacji zagrożenia (Picard, Besson, 1982, 36), charakter subiektywny uwzględnia głównie istnienie zagrożenia w świadomości umawiających się stron. Jeżeli ubezpieczający w momencie zawarcia umowy wiedział, że roszczenie uprawniające do ochrony już wystąpiło, ubezpieczenie jest nieważne. Z drugiej strony, jeśli zignoruje ryzyko, należy zastanowić się nad ubezpieczalnością domniemanego ryzyka. Art. L. 121-15 Kodeksu Ubezpieczeń stanowi, że ubezpieczenie jest nieważne, jeżeli w chwili zawarcia umowy rzecz ubezpieczona uległa już zniszczeniu lub nie może być narażona na ryzyko (Cass. civ., 23.06. 1993, nr 91-18.380).

Prawo francuskie zawiera możliwość ubezpieczenia domniemanego ryzyka tylko w ubezpieczeniach morskich. Odwołanie do art. L. 172-4 Kodeksu Ubezpieczeń pozwala wykazać, że sam ustawodawca uważa, że już zrealizowane ryzyko podlega ubezpieczeniu z technicznego punktu widzenia. Prawdą jest, że względy historyczne uzasadniały tę zasadę ponieważ w przeszłości środki komunikacji nie pozwalały dowiedzieć się, czy statek w trakcie podróży zaginął, czy nie. Dziś takiej niemożności już nie ma, ale wspomniany art. L. 172-4 Kodeksu Ubezpieczeń nadal obowiązuje i nie został dotknięty licznymi reformami prawa ostatnich lat. Istnienie szczególnej zasady dotyczącej ubezpieczenia morskiego pozostaje

jednak neutralne w stosunku do systemu ubezpieczeń śródlądowych. Ubezpieczenie domniemanego ryzyka zakłada klauzulę przewidującą na przykład naprawienia szkody z przeszłości (Groutel, 1997, 78).

Koncepcja subiektywna opiera się o wiedzę o wystąpieniu ryzyka. Z tej perspektywy ubezpieczenie ryzyka, którego strony w rzeczywistości nie są świadome, uważa się za ważne, a żadna zasada ubezpieczenia nie stoi temu na przeszkodzie. We Francji niektórzy autorzy opowiadają się za tym rozwiązaniem, które nie stoi w sprzeczności z żadną zasadą techniczną, prawną ani moralną (Bigot, 1990, 523; por. Cass. civ., 30.03.1994, nr 92-14.768, RGAT 1994, s. 1205). W tej koncepcji nieznanostwo ryzyka stanowi kryterium niepewności charakterystyczne dla charakterystyki zagrożenia.

Podział ryzyka na ryzyko obiektywne ma znaczenie kiedy ważność umowy ubezpieczenia zależy od niezrealizowania się ryzyka, gdzie niepewność zdarzenia jest namacalna i obiektywnie obecna. W koncepcji subiektywnej ryzyka niepewność zdarzenia opiera się na przekonaniu, iż ryzyko nie zrealizuje się. Niepewność jest obiektywnie nieobecna ale subiektywnie jest. Zdarzenie ma miejsce ale bez wiedzy stron czy jednej strony umowy ubezpieczenia.

Czasami pojawia się trudność dotycząca możliwości ubezpieczenia domniemanego ryzyka, to znaczy ryzyka, które już wystąpiło, ale którego nikt nie był świadomy w momencie zawierania umowy. Następnie ubezpieczyciel dokonuje rozróżnienia między obiektywnym, a subiektywnym rozważeniem zagrożenia.

Niektóre przepisy szczegółowe, w tym art. L. 172-4 Kodeksu Ubezpieczeń stanowią, że „ubezpieczenie zawarte po zaginięciu lub przybyciu statku przewoźnika jest nieważne, jeżeli wiadomość ta była znana przed zawarciem umowy, w chwili w którym została podpisana lub w miejscu gdzie przebywał ubezpieczony czy ubezpieczyciel”¹³⁴. Inny przykład to art. L. 172-5 Kodeksu Ubezpieczeń, który wskazuje, że „Ubezpieczenie dobrych lub złych zdarzeń jest nieważne, jeżeli zostanie ustalone, że przed zawarciem umowy ubezpieczony miał wiedzę o katastrofie lub ubezpieczyciel wiedział o dotarciu do celu ubezpieczonych przedmiotów”¹³⁵.

Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczony zabezpiecza się przed ewentualnymi ryzykami, a ubezpieczyciel udziela mu ubezpieczenia. Jeśli ryzyko zostało już zrealizowane lub transport zakończył się sukcesem w momencie zawierania umowy, w umowie brakuje

¹³⁴ Fr. „Toute assurance faite après le sinistre ou l'arrivée du navire transporteur est nulle, si la nouvelle était connue, avant la conclusion du contrat, au lieu où il a été signé ou au lieu où se trouvaient l'assuré et l'assureur”.

¹³⁵ Fr. „L'assurance sur bonnes ou mauvaises nouvelles est nulle s'il est établi qu'avant la conclusion du contrat, l'assuré avait personnellement connaissance du sinistre ou l'assureur de l'arrivée des objets assurés”.

podstawowego elementu – zagrożenia (ryzyka). Nieważność umowy bez ryzyka jest wyrażona w dwóch artykułach Kodeksu Ubezpieczeń – L. 172-4 i L. 172-5, które zawierają przepisy względnie obowiązujące. (Delebecque, 2020, 428). W artykule 172-5 Kodeksu Ubezpieczeń chodzi o to, że strony przewidziały, że ryzyko mogło już zaistnieć lub, że nie należy się go już obawiać¹³⁶.

Umowa zachowuje ważność, jeżeli strona nie miała o ryzyku osobistej wiedzy. Gdy w polisach typu „float”¹³⁷ przyjmuje się, że ubezpieczyciel pokrywa ryzyko już poniesione w chwili przesłania przez ubezpieczonego deklaracji, wskazane zasady nie mają zastosowania. Polisę zakontraktowano przed zdarzeniem. Art. L. 121-15 kodeksu ubezpieczeń nie doprecyzowuje tej materii. Po opowiedzeniu się za obiektywną koncepcją ryzyka (Planiol, Ripert, 1954, 1253; Picard, Besson, 1982, 23) francuska doktryna ubezpieczeń zmierza głównie w kierunku koncepcji subiektywnej (Bigot, 2002, 106; Kullmann, 2008, 108, por. Cass civ., 2003, RGDA 2004. 338). Również orzecznictwo zdaje się to potwierdzać. Roszczenie jest objęte ochroną, gdy zdarzenie wywołujące szkodę (choć miało miejsce przed zawarciem umowy) i nie było znane. Innymi słowy, nieznana przyszłość podlega ubezpieczeniu w zakresie „subiektywnego ryzyka” (Cass. civ., 26.03.2015, nr 14-14.661).

We francuskim systemie ubezpieczeniowym umowa ubezpieczenia nie może dotyczyć ryzyka, o którym ubezpieczony wie, że już wystąpiło (np. dotyczące pojazdu zniszczonego przed zawarciem umowy ubezpieczenia) (Cass. crim., 11.12.2007 r., nr 07-81.665). Zagrożenie musi zatem istnieć podczas ubezpieczenia odpowiedzialności i powstaniu szkody. Umowa jest nieważna w dwóch przypadkach bez ryzyka. Po pierwsze jeżeli w momencie wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej ryzyko już się zmaterializowało, po drugie jeżeli zawierając umowę ubezpieczony jest świadomy bliskiego i nieuchronnego wystąpienia roszczenia (Bigot, 2020, 260).

Należy jednak zauważyć, że istnieją praktyki transferu ryzyka, poprzez tzw. klauzule „run-off”¹³⁸, które odpowiadają przejściu zarządzania przez innego ubezpieczyciela. „Run off” można określić jako organizację finansową postępującej likwidacji portfela, gdy ubezpieczyciel zaprzestał zawierania polis ubezpieczeniowych (angielski termin odwołuje się również do

¹³⁶ Fr. „Les parties ont prévu que le risque pouvait être déjà survenu ou qu’il n’était plus à craindre”.

¹³⁷ W Polsce polisa abonamentowa lub polisa zmienna jest jednym z 4 rodzajów ubezpieczenia transportowego. Jest to umowa ubezpieczenia zawarta z góry na określony czas i obejmująca wszystkie przesyłki realizowane przez tego samego wysyłającego, dowolnym rodzajem transportu, dla dowolnego produktu i miejsca wysyłki.

¹³⁸ Klauzule typu run-off odnoszą się do polis ubezpieczeniowych lub umów reasekuracji, które zostały rozwiązane, ale w odniesieniu do których ubezpieczyciel lub reasekurator pozostaje zaangażowany do czasu uregulowania wszystkich roszczeń. Klauzule mogą odnosić się do przedsiębiorstwa lub obszaru geograficznego, na którym ubezpieczyciel lub reasekurator już nie działa, ale dla którego wynikające z niego umowy lub zobowiązania nadal obowiązują.

czasu) (zob. <https://www.labase-lextenso.fr>). Likwidacja jest zarówno wygaśnięciem portfela umów ubezpieczeniowych, jak i sposobem na upłynnienie aktywów, które musiały spełniać określone zasady ostrożnościowe. Często zdarza się, że aktywa te ukrywają niezrealizowane zyski kapitałowe, które mogłyby zostać odpowiednio uwolnione, czy to z korzyścią dla grupy, do której należy firma ubezpieczeniowa, czy dla dobra jej akcjonariuszy” (zob. <https://www.dalloz-actualite.fr>).

Orzecznictwo francuskie **stosuje podwójną koncepcję ryzyka**. Czasami opowiada się za obiektywną koncepcją ryzyka. Na przykład gdy w momencie zawarcia umowy ryzyko inwalidztwa ubezpieczonego nie było już przypadkowe (Cass. civ. 7.06.2001, n. 98-21477, RGAT 1992, 386). W takim przypadku sprawdzenie czy ryzyko był stronom nieznanie nie ma większego znaczenia.

Francuski Sąd Kasacyjny dopuszcza ubezpieczenie ryzyka domniemanego, ponieważ umowa ubezpieczenia z natury rzeczy jest umową losową więc nie może dotyczyć ryzyka nieznanego stronom (Cass. civ. 25.02.1995, n. 95-13.545). Stanowisko to jest zgodne z art. L. 121-15 Kodeksu Ubezpieczeń, w którym przypomina się „aby o tej sytuacji wiedział albo ubezpieczony, albo ubezpieczyciel”¹³⁹. W art. 121-5 Kodeksu Ubezpieczeń ubezpieczyciel nie obejmuje umową ubezpieczonego od skutków majątkowych roszczeń, jeżeli ustali, że ubezpieczony wiedział o zdarzeniu wywołującym szkodę w dniu podpisania umowy (Art. 121-5 Kodeksu Ubezpieczeń, fr. „L'assureur ne couvre pas de l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres s'il établit que l'assuré avait connaissance du fait dommageable a la date de la souscription de la garantie”). W różnych wyrokach **Sąd Kasacyjny** regularnie potwierdza zasadę, zgodnie z którą „umowa ubezpieczenia nie może gwarantować ryzyka, o którym ubezpieczony wie, że już powstało” (Cass. civ., 12.02.1991, nr 88-18.149, RGAT 1991), przypominając, że wynika to z jej losowego charakteru (Cass. civ., 10.04.1996, Bull. Civ. nr 94-11.174). Dlatego też nacisk położony jest na wiedzę lub niewiedzę ubezpieczonego co do realizacji ryzyka, mając to na uwadze w momencie podpisania umowy ubezpieczenia. Chodzi zatem o subiektywną koncepcję zagrożenia, jaką można dostrzec w świadomości stron, a problem w istocie pojawia się w powiązaniu jej ze stroną podmiotową ubezpieczonego¹⁴⁰. Jeśli zaś chodzi o wiedzę, ryzyko gwarantowane jest umową. Jest zatem zrozumiałe, że Sąd Kasacyjny widzi zagrożenie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, gdy w tym momencie ubezpieczony nie rozumiał charakteru i zakresu zaobserwowanych elementów, których rozwój nastąpił później (Cass. civ., 16.03.2011, nr 10-30.189, RGDA 2011), a z drugiej strony ocenia,

¹³⁹ Fr. „que cette situation est connue ou de l'assuré ou de l'assureur”.

¹⁴⁰ Strona podmiotowa w rozumieniu polskich przepisów karnych.

że umowa ubezpieczenia jest nieważna ze względu na brak ryzyka, gdy w momencie zawarcia umowy przyszły ubezpieczony był „świadomy” realizacji ryzyka ze względu na problemy, które pojawiły się kilka lat wcześniej, a wynikające ze złego stanu budynku, jego braku konserwacji oraz słabej jakości wykonanych przez niego prac (Cass. civ., 20.06.2019, nr 17-26.383). Wiedzę ubezpieczonego można ustalić na podstawie opinii biegłego sporządzonej w chwili zgłaszania przez ubezpieczonego roszczenia, na przykład w sprawach medycznych (Cass. civ., 9.05.1996, nr 94-11.016).

Umowa ubezpieczenia nie jest jedyną umową losową, która powoduje tak subiektywne poszukiwanie zagrożenia. Przy ofercie ubezpieczenia z dożywotnią rentą ważność umowy wynika z istnienia poważnego zagrożenia „w świadomości stron” (Cass. civ. 7.11.1968, nr 66-12.508, Bull. civ. III, nr 447).

Sąd Kasacyjny zasadniczo opierał się na art. 1964 Kodeksu Cywilnego (artykułe uchylonym od 1 października 2016 r.) i wskazywał, że wiedza lub niewiedza, a co za tym idzie, realizacja ryzyka przez ubezpieczonego przesądza o braku lub istnieniu zagrożenia (w sprawach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej). Sąd Apelacyjny, uznając, że umowa wiążąca strony została zawarta w dniu 30 grudnia 1999 r. ze skutkiem od dnia 1 stycznia 2000 r. oraz, że oświadczenie prezydenta miasta o szkodzie datowane jest na dzień 16 października 2002 r., natomiast elementy spornej sytuacji zostały ujawnione już wcześniej jak w 1996 r., wywnioskował, że fakty leżące u podstaw głównego sporu były znane gminie przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w związku z czym w przypadku braku sytuacji awaryjnej ubezpieczyciel powinien zostać zwolniony z zarzutów (Cass. civ., 28.05.2009, nr 08-14.273). Uchylając orzeczenie sędziów niższej instancji, sąd czasami odwołuje się nie tylko do art. 1964 Kodeksu Cywilnego (Cass. civ., 25.02.1992, nr 89-18.440, RGDA 1992, 386), ale bierze pod uwagę art. L 121-15 Kodeksu Ubezpieczeń. Z tych przepisów wynika, że umowa ubezpieczenia nie może w sposób ważny odnosić się do ryzyka, o którym wiadomo, że już wystąpiło. Jednakże art. L 121-5 zdaje się ustanawiać bardziej ogólnie zasady (Cass. civ., 23.06.1993, nr 91-18.380). Sprawy te odpowiadają przepisom prawnym, które w sposób wyraźny lub dorozumiany odnoszą się do pojęcia zagrożenia, a zasada określona przez Sąd Kasacyjny wywodzi się z jego uprawnień do interpretacji prawa. W tym przypadku wykonywanie funkcji dostosowywania do porządku prawnego nie koliduje bezpośrednio z wolą ustawodawcy, biorąc pod uwagę przemilczenie przepisów i prace przygotowawcze nad ustawą z 1930 r. dotyczącą domniemanego ryzyka. Orzecznictwo mogłoby jednak zostać zakwestionowane przez uznanie przez Sąd Kasacyjny suwerennej władzy w zakresie oceny ryzyka ubezpieczonego.

Jednakże doktryna stawia pytania czy taka linia orzecznicza zostanie utrzymana ze względu na to, że art. 1964 Kodeksu cywilnego został uchylony. Należy zauważyć, że od czasu reformy z 10 lutego 2016 r. **umowę losową definiuje** obecnie nowy artykuł 1108 Kodeksu Cywilnego, zgodnie z którym umowa „jest przypadkowa, gdy strony uzgodnią, że skutki umowy zależą od wynikających z tego korzyści i strat wynikających z niepewnego zdarzenia”. Przepis nie precyzuje, że wpływ zdarzenia na oczekiwane korzyści i straty musi wystąpić w odniesieniu do obu umawiających się stron. Jeden z autorów uważa, że reforma doprowadziłaby zatem do zmiany w stosunku do prawa pozytywnego a zagrożenie gospodarcze mogłoby odtąd być dwustronne lub jednostronne (Nicolas, 2018, 745).

Skutki stwierdzenia przez ubezpieczonego nowej okoliczności w trakcie umowy określa art. L. 113-4 Kodeksu Ubezpieczeń. Przepis ten jednak jedynie formalnie nawiązuje do hipotezy o nasileniu ryzyka. Nie mówi nic o przypadku, w którym nowa okoliczność spowodowała powstanie nowego ryzyka. Czy w tej konkretnej kwestii konieczne jest rozszerzenie systemu zwiększania ryzyka lub odwoływanie się do art. L. 112-2 Kodeksu ubezpieczeń, a oświadczenie dotyczące nowego ryzyka zostaje wówczas zrównane z propozycją zmiany umowy? Wydaje się, że możliwe jest zastosowanie obu tych koncepcji, w zależności oczywiście od postawy ubezpieczyciela.

5.6 Specyficzne rodzaje ubezpieczeń

Wśród ubezpieczeń, które najczęściej wymieniane są jako dość specyficzne, zwłaszcza co do wystąpienia ryzyka, znajduje się ubezpieczenie związane z życiem człowieka, które polega na tym, że ubezpieczyciel zobowiązuje się, w przypadku śmierci ubezpieczonego przed wygaśnięciem umowy, do zwrotu wyznaczonemu beneficjentowi lub beneficjentom kwot wpłaconych na finansowanie umowy ubezpieczenia. Wiele produktów ubezpieczeniowych na życie zbudowanych jest w oparciu o formułę „kapitału odroczonego z kontra -asekuracją”, czyli równego zgromadzonym oszczędnościom. W ubezpieczeniu na życie czy przeżycie (<https://sip.lex.pl>) zakład ubezpieczeń zobowiązuje się wypłacić kapitał na koniec umowy, jeśli ubezpieczony żyje lub na rzecz innego uprawnionego, jeśli ubezpieczony umrze przed końcem umowy. Zatem albo w ramach ubezpieczenia na życie albo na wypadek śmierci, ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty gwarantowanego świadczenia (Szczepańska, 2013, 67-77).

5.6.1 Ubezpieczenie na życie i przeżycie

Bez ryzyka nie ma ubezpieczenia. Ubezpieczenie na życie stanowi specyficzny przypadek, w którym ryzyko może nie wystąpić.

Istotne etapy ewolucji definicji umowy ubezpieczenia na życie we Francji doznawały istotnych zmian kierunkowych. W 1681 r. ustawą formalnie zabroniono ubezpieczania na życie, w 1804 r., wszedł w życie art. 1964 Kodeksu cywilnego (Artykuł uchylony 1 października 2016 r. Rozporządzeniem nr 2016-131, 10.02.2016 r., JORF 2016, nr 11), zgodnie z którym do kategorii umów losowych zalicza się umowę ubezpieczenia, chociaż ubezpieczenie na życie było w dalszym ciągu niezgodne z prawem. Dopiero w 1818 r. zalegalizowano ubezpieczenia na życie na podstawie opinii Rady Stanu. W 1905 r. ustawą z 17 marca zdefiniowano umowę ubezpieczenia na życie jako umowę, w której ubezpieczyciel zaciąga zobowiązanie, którego wykonanie zależy od długości życia ludzkiego, bez odniesienia do art. 1964 Kodeksu Cywilnego¹⁴¹.

We francuskim porządku prawnym istniały więc pojęcia i definicja ubezpieczenia na życie jako ogólne pojęcie umowy losowej, ustanowione w art. 1964 Kodeksu Cywilnego i umowa ubezpieczenia będąca umową losową, chociaż ubezpieczenia na życie było wówczas poza Kodeksem Cywilnym. Funkcjonowała także definicja umowy ubezpieczenia na życie, ustanowiona pierwotnie ustawą z dnia 17 marca 1905 r.

Umowa losowa zgodnie z uchylonym przepisem art. 1964 kodeksu cywilnego jest umową wzajemną, której skutki w zakresie korzyści i strat dla wszystkich stron, albo dla jednej lub więcej z nich, zależą od niepewnego zdarzenia¹⁴². Wśród umów losowych wymienia się umowę ubezpieczenia, gry i zakłady, umowę o rentę dożywotnią. To właśnie z przepisu z art. 1964 zrodziły się dyskusje, jakie toczyły się około dziesięć lat temu na temat dokładnej **kwalifikacji niektórych umów ubezpieczenia na życie**. Kilku autorów kwestionowało ich kwalifikację jako ubezpieczeń na życie ludzkie. Argumentowano, że są to w rzeczywistości umowy kapitalizacyjne (Mayaux, 2000, 775, Mayaut, 2011, 247; Ghestin, Billiau, 2001, Heuzé, 2010, 193; Mayaux, 2010, 281). **W umowie ubezpieczenia na życie** pojawia się **ryzyko mieszane**, stawiamy w niej na ryzyko śmierci lub ryzyko przeżycia. Obie formy ryzyka są brane pod uwagę, o ile wpływają na majątek beneficjenta końcowego. Jednak celem

¹⁴¹ Art. L. 310-1 u.1 Kodeksu Ubezpieczeń, fr. „Le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurance et de capitalisation. Sont soumises à ce contrôle”.

¹⁴² Contrat aléatoire – (umowa losowa, fr.) „Le contrat aléatoire est une convention réciproque dont les effets, quant aux avantages et aux pertes, soit pour toutes les parties, soit pour l'une ou plusieurs d'entre elles, dépendent d'un événement incertain”.

ubezpieczenia na życie jest utrzymanie poziomu majątku beneficjenta finansowego, utrzymanie jego poziomu aktywów. Definicja ryzyka będzie wtedy rozumiana jako możliwość, że zajście przewidywanego przez strony umowy niepewnego zdarzenia może wywołać szkodliwe skutki dla wskazanego odbiorcy w dniu zawarcia umowy. Niepewność jest związana ze zdarzeniem, a to co powinno powodować ryzyko, powinno podlegać przypadkowi.

Ubezpieczenie na życie z elementem kapitałowym (<https://sip.lex.pl>) (ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) oznacza wprowadzenie do ubezpieczenia dodatkowego elementu strictly finansowego. Kapitalizacja jest transakcją, w której żadna ze stron nie podlega ryzyku podczas gdy umowa ubezpieczenia na życie zawiera ryzyko określenia momentu śmierci ubezpieczonego. Pytanie jakie stawia sobie doktryna francuska i polska (Art. 23 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 656 z późn. zm.) polega na zastanowieniu się czy umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest albo nie jest umową ubezpieczenia.

Poszczególne formuły umowy ubezpieczenia „na przeżycie” (ubezpieczenie, kapitał odroczoney, renta na wypadek życia, itp.) działają w oparciu o zasadę że ubezpieczyciel zobowiązuje się wypłacić oczekiwaną sumę pieniędzy w określonym terminie, jeśli ubezpieczony dożyje tego dnia. Zdarzeniem losowym jest tu dożycie ubezpieczonego do określonego wieku lub określonej daty. Jeżeli ubezpieczony umrze przed tymi terminami, zobowiązanie ubezpieczyciela wygasa, a opłacone składki pozostają nabyte, przynajmniej teoretycznie, ponieważ aby zrekompensować ryzyko utraty majątku, zakłady ubezpieczeniowe oferują alternatywne kombinacje działające w razie śmierci ubezpieczonego.

Francuskie orzecznictwo przyjmowało w przeszłości różne kierunki i różne kwalifikacje prawne. We Francji ubezpieczenie na życie które stało się z powodów podatkowych (zob. więcej Nieborak, 2010, 113-121) i spadkowych ważnym środkiem inwestycyjnym. Podkreśla się, że umowa ubezpieczenia na życie jest postanowieniem dla osoby trzeciej, a środki finansowe przeznaczone dla osoby trzeciej na wypadek śmierci ubezpieczonego są uznawane za nienależące do zmarłego ale są przekazane beneficjentowi przez zakład ubezpieczeń jako świadczenie nieodpłatne.

We Francji umowa ubezpieczenia na życie oznacza obowiązywanie najczęściej klauzul, w których ubezpieczyciel zobowiązuje się za otrzymywanie określonych środków pieniężnych w jednej płatności czy płatności podzielonej, do wypłaty kapitału w określonym momencie zapadalności kontraktu. Taka transakcja kapitałowa zasadniczo nie jest ubezpieczeniem, ponieważ nie ma za przedmiot ubezpieczenia od ryzyka (Orzeczenie Cour d'Appel de Colmar,

19.03.1993, 1996, II, 22595). Jeśli ubezpieczenie na życie pozostaje we Francji bardzo istotną inwestycją finansową, inwestorzy mogą również przejść w kierunku innych rozwiązań. Wśród nich jest umowa kapitalizacji. Obie umowy mają kilka punktów wspólnych, a zarówno kapitalizacja jak i ubezpieczenie na życie pozostaje flagowym produktem oszczędnościowym ostatnich dekad we Francji.

Artykuł 1 dekretu z mocą ustawy z dnia 14 czerwca 1938 r. (Obecnie artykuł L. 310-1 Kodeksu Ubezpieczeń) rozróżniał zobowiązania, których wykonanie zależy od długości życia ludzkiego i kapitalizacji¹⁴³. Artykuł L. 310-1 Kodeksu ubezpieczeń ma następujące brzmienie (tłum. własne): „Kontroli (państwa) podlegają towarzystwa, które w formie ubezpieczeń bezpośrednich podejmują zobowiązania, których realizacja uzależniona jest od długości życia ludzkiego, zobowiązują się do wpłaty kapitału w przypadku zawarcia małżeństwa lub urodzenia dzieci albo korzystają z oszczędzania w celu kapitalizacji i kontraktowania konkretnych zobowiązań w tym celu” (Art. L. 310-1 Kodeksu Ubezpieczeń). Na podstawie przytoczonego przepisu wyróżnia się trzy kategorie działalności ubezpieczeniowej - zobowiązanie do wpłaty kapitału na wypadek zawarcia związku małżeńskiego lub urodzenia dziecka (ubezpieczenie małżeńskie i tzw. ubezpieczenie posagowe); zobowiązanie, którego realizacja uzależniona jest od długości życia człowieka, w tym ubezpieczenie na życie (na wypadek przeżycia lub na wypadek śmierci ubezpieczonego); zobowiązanie, w związku z którym ubezpieczyciel w imieniu ubezpieczonego tworzy dla niego oszczędności.

Wymienione zobowiązania, dotyczą umowy ubezpieczenia na życie, z czego **ostatnie zobowiązanie umowy kapitalizacyjnej**. W przypadku ubezpieczeń wykonanie zobowiązania uzależnione jest od długości życia człowieka i można sobie wyobrazić, że jeśli ubezpieczyciel powołuje się na oszczędności w celu kapitalizacji zebranych sum i zaciąga w tym celu konkretne zobowiązanie, którego realizacja uzależniona jest od długości życia człowieka, zawiera on umowę ubezpieczenia, a nie umowę na uczestnictwo w funduszu kapitałowym. Pojęcie oszczędności lub inwestycji kapitałowej może być co do zasady obce umowie ubezpieczeniowej. Jednak operacja oszczędzania nie oznacza w sposób systematyczny szansy na zysk lub stratę. Dla oszczędzającego ma ona nawet cel całkowicie sprzeczny z ideą straty. Oczywiście nie inwestuje się w ubezpieczenia, myśląc, że inwestując naraża się na stratę.

¹⁴³ Fr. „Le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurance et de capitalisation. Sont soumises à ce contrôle : 1° les entreprises qui sous forme d'assurance directe contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, s'engagent à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, ou font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et contractent à cet effet des engagements déterminés”.

Należy zatem skupić się wyłącznie na pojęciu zobowiązania, którego realizacja uzależniona jest od długości życia człowieka, gdyż to jego obecność pozwala stwierdzić, że analizowana umowa jest rzeczywiście umową ubezpieczeniową.

Rozpatrując pytanie prejudycjalne odnoszące się do problemu kwalifikacji umowy TSUE stwierdził, że umowa oferująca ubezpieczenie na życie w zamian za miesięczną opłatę składek przeznaczonych do inwestowania w lokaty o stałym i zmiennym dochodzie oraz w produkty finansowe, których ryzyko finansowe ponosi ubezpieczający jest umową ubezpieczenia (CJUE, 1.03.2012, affaire C-166/11, RGDA 2013, 187).

Ubezpieczenie na życie i **umowa kapitalizacyjna** mają wiele podobieństw. Ich wspólnymi punktami są wehikuły inwestycyjne w postaci funduszy lub jednostkach uczestnictwa, gwarancje oferowane na kapitał. W momencie przekazania środków z umowy ubezpieczenia na życie i umowy kapitalizacji produkty te różnią się znacznie. W przypadku ubezpieczenia na życie śmierć ubezpieczonego skutkuje rozwiązaniem umowy. Wyznaczeni beneficjenci otrzymują wówczas kapitał, który nie wchodzi do masy spadkowej. Przy umowie ubezpieczeniowej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w przypadku śmierci ubezpieczonego spadkobiercy dokonują substytucji w umowie, ponieważ śmierć ubezpieczonego nie prowadzi do automatycznego rozwiązania umowy. Środki z umowy wchodzi do majątku beneficjenta. Spadkobiercy mogą odstąpić od umowy lub żądać utrzymania umowy do czasu jej wygaśnięcia. Wartość wykupu wchodzi do majątku nowego subskrybenta.

Kontrowersje wokół klasyfikacji umów, które bardziej przypominają czyste i proste operacje oszczędnościowe niż ubezpieczeniowe, zostały rozwiązane wyrokami Sądu Kasacyjnego z dnia 23 listopada 2004 r. (Cass. mixte, 23.11.2004, nr 01-13.592: JurisData nr 2004-025781). uznając, że wzory tych umów spełniają kryteria umowy ubezpieczeniowej, ponieważ zawierają element losowy. Czasami jednak taką umowę można przekwalifikować na zwykłą umowę inwestycyjną, w zależności od okoliczności jej zawarcia (Cass. civ., 03.03.2021, nr 19-21.420: RGDA 2021/4, 31).

Elementem zasadniczym umowy ubezpieczenia na życie jest dokonanie wypłaty przez towarzystwo ubezpieczeniowe, z tytułu zajścia odpowiednich zdarzeń ubezpieczeniowych, tj. śmierci ubezpieczonego lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu umowy. Najbardziej znanym orzeczeniem w materii kwalifikacji umów ubezpieczenia na życie jest orzeczenie Leroux, (Cass. civ. 18.07.2000, Bull. Civ. nr 213) w którym Sąd Kasacyjny wskazuje na kwalifikację umowy ubezpieczenia na życie jako umowy subskrybowanej w drodze

dziedziczenia¹⁴⁴, wskazując na charakter kapitałowy umowy kapitalizacyjnej - „contrat de capitalisation”. W orzeczeniu można zauważyć zbliżenie kwalifikacji umowy ubezpieczenia na życie z umową kapitałową, która nie podlega kwalifikacji z art L/132-12 i 13 Kodeksu Ubezpieczeń. Tym nie mniej Sąd Kasacyjny wyraźnie tego charakteru nie podkreślił. Oczywistym powodem jest, iż umowa ubezpieczenia na życie w prawie francuskim zna wiele wariantów, chociaż elementem zasadniczym ubezpieczenia na życie lub dożycie jest ryzyko śmierci lub dożycia do określonego momentu (<https://www.avocat-antebi.fr>). Późniejsze orzeczenia Sądu Kasacyjnego przyjmują podzieloną kwalifikację zgodnie z naturą transakcji, odchodząc od kwalifikacji ubezpieczenia czy umowy kapitalizacyjnej (Cass. civ. 29.01.2002). W orzeczeniu z 19 stycznia 2002 roku Sąd Kasacyjny odróżnia umowę ubezpieczenia na życie od umowy kapitalizacyjnej, ale wskazuje na to iż ubezpieczenie na życie może być pozorowane, w rzeczywistości będąc umową kapitałową. Przedmiotowe orzeczenie wzbudziło dyskusję doktrynalną idącą w dwóch kierunkach. Pierwszym gdzie umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma tyle wspólnego z umową ubezpieczenia co jej nazwa. Drugi kierunek rozważań zauważa charakter umowy, w której klient raczej skłania się ku inwestycji środków przekazywanych w składkach ubezpieczeniowych. Inaczej mówiąc przedstawiciele cywilistów byli raczej po stronie uznania tych umów jako umów kapitałowych bez elementu ubezpieczenia, a racjonalne podejście rynkowe wskazywało na coś innego. W końcu Sąd Kasacyjny w serii wyroków przychylił się ku kwalifikacji umowy ubezpieczenia na życie z elementem kapitałowym na to iż jest ona umową ubezpieczenia jeśli wiąże się z niepewnością jaką jest długość życia ubezpieczonego¹⁴⁵. Ponadto Sąd Kasacyjny uchylił możliwość kwalifikacji umowy w zależności od okoliczności (Cass. civ. 4.07.2007, Bull. Civ. I, n. 258). W odniesieniu do prawa umów, kwalifikacja umowy jako umowy ubezpieczenia na życie, musi odbywać się poprzez poszukiwanie odpowiedzi na bardzo proste pytanie – czy w danej umowie znajduje się zobowiązanie, którego wykonanie zależy od długości życia człowieka?

¹⁴⁴ Fr. „contrat souscrit par succession”.

¹⁴⁵ Cass. mixte 12.05.2005, JurisData, 2005 nr 03-19157, Cass.civ. 8.09.2005, Cass.civ. 8.09.2005, JurisData 2005 nr 03-14367, Cass.civ. 14.06.2006, JurisData 2006 nr 05 10736. Sąd Kasacyjny podkreśla w ostatnim cytowanym orzeczeniu, że (fr.) „Le contrat d’assurance dont les effets dépendent de la vie humaine comporte un aléa et constitue un contrat d’assurance”, jak w treści pracy powyżej.

5.6.2 Ryzyka związane z katastrofami naturalnymi

Francuski system ubezpieczenia CAT NAT, czyli odszkodowanie za ryzyka charakteryzujące zdarzenie zakwalifikowane jako klęska żywiołowa, został stworzony ustawą z dnia 13 lipca 1982 r. w celu ubezpieczenia ryzyk trudnych lub niemożliwych do zapewnienia poza wsparciem poprzez narodowy mechanizm solidarności (Loi nr 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles, JORF, 14.07.1982 z późn. zm). Od tego czasu nie można zaprzeczyć jego sukcesowi. Obecnie pojawia się coraz więcej zagrożeń kwalifikowanych jako klęski żywiołowe i coraz więcej roszczeń o odszkodowania.

Według szacunków ONZ do 2030 r. na całym świecie klęski żywiołowe będą zabijać około 150 milionów ludzi rocznie. Oznacza to wzrost o około 50% w porównaniu do sytuacji z 2018 r., kiedy około 108 mln osób dotkniętych burzami, powodziąmi, suszami czy pożarami zostało zmuszonych do skorzystania z międzynarodowej pomocy humanitarnej. Oczekuje się, że do 2030 r. koszty tych katastrof osiągną poziom 20 miliardów dolarów rocznie. Takie jest stanowisko szesnastu międzynarodowych agencji i instytucji finansowych.¹⁴⁶

Do skutków klęsk żywiołowych w rozumieniu niniejszego rozdziału i objętych odpowiednim systemem ubezpieczenia zalicza się także koszty awaryjnego przekwaterowania ofiar klęski żywiołowej, których główny majątek zamieszkania stał się nienadający do zamieszkania ze względów bezpieczeństwa, zdrowia lub higieny, której wystąpienie jest decydującym skutkiem nadzwyczajnego czynnika naturalnego. Warunki pokrycia tych kosztów określa art. L. 125-1, u. 3 Kodeksu Ubezpieczeń¹⁴⁷. Z definicji określonej w tym przepisie prawa wynika, że pojęcie skutku klęski żywiołowej w rozumieniu art. L. 125-1 Kodeksu ubezpieczeń charakteryzują trzy elementy: zdarzenie, jako klęska żywiołowa, charakter poniesionej szkody, istnienie związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem naturalnym a szkodą¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Zob. Nations Unies, 150 millions de victimes des catastrophes par an d'ici 2030, selon un rapport de l'ONU, ONU Info, 2020, <https://news.un.org/fr/story/2020/10/1079732>, dostępne dnia 28.10.2023.

¹⁴⁷ Art. L. 125-1, al. 3 Kodeksu Ubezpieczeń (fr.) „Sont également considérés comme les effets des catastrophes naturelles, au sens du présent chapitre, et pris en charge par le régime de garantie associé les frais de relogement d'urgence des personnes sinistrées dont la résidence principale est rendue impropre à l'habitation pour des raisons de sécurité, de salubrité ou d'hygiène qui résultent de ces dommages matériels directs non assurables ayant eu pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel. Les modalités de prise en charge de ces frais sont fixées par décret”.

¹⁴⁸ Art. L. 125-1 Kodeksu Ubezpieczeń (fr.) „Les contrats d'assurance couvrant les dommages à des biens situés en France, ainsi que les dommages aux corps de véhicules terrestres à moteur, ouvrent droit à la garantie de l'assuré contre les effets des catastrophes naturelles et des affaissements de terrains dus à des cavités souterraines et à des marnières sur les biens faisant l'objet de tels contrats”.

W komunikacie prasowym z 11 stycznia 2023 r. rząd francuski przypominał, że zmiany klimatyczne doprowadziły do wzrostu częstotliwości i znaczenia klęsk żywiołowych we Francji. W celu lepszej ochrony ofiar dotkniętych tymi zdarzeniami ustawa z dnia 28 grudnia 2021 r. wzmocniła system odszkodowań, w szczególności poprzez poprawę przejrzystości procedury uznania stanu klęski żywiołowej, poprzez promowanie lepszych i szybszych odszkodowań dla ofiarom klęsk żywiołowych oraz poprzez wzmocnienie skuteczności zapobiegania takim zdarzeniom. Dekret z dnia 30 grudnia 2022 r. doprecyzował tę ustawę. Określił przede wszystkim wymogi formalno-procesowe decyzji o uznaniu lub nieuznaniu stanu klęski żywiołowej.

W rozumieniu prawa klęska żywiołowa jest szkodliwym zjawiskiem naturalnym o nadzwyczajnej intensywności i niepodlegającym ubezpieczeniu. Stan klęski żywiołowej musi zostać ogłoszony dekretem międzyresortowym. Ubezpieczenie na wypadek klęsk żywiołowych nie obejmuje szkód na osobie, do odszkodowania kwalifikują się wyłącznie szkody majątkowe i straty operacyjne, które stanowią bezpośrednie i nieuniknione skutki zdarzenia naturalnego. Ubezpieczony ma obowiązek zgłosić roszczenie w określonym terminie, który różni się w zależności od charakteru poniesionej szkody.

Zdarzenia katastrof naturalnych pozostawały początkowo na uboczu stopniowej regulacji prawnej. W przypadku braku interwencji ustawodawczej prywatne ubezpieczenia w rzeczywistości nie były w stanie samodzielnie przejąć odszkodowań z tytułu klęsk żywiołowych. Ubezpieczenia prywatne zależą od prawa podaży i popytu a jeśli chodzi o podaż ubezpieczeń, ubezpieczyciele nie lubią ryzyka, którego nie mogą zmierzyć. Jednakże zagrożenia naturalne są jednymi z nich. Jak w zasadzie można obliczyć składki na ubezpieczenie od klęsk żywiołowych, skoro ani częstotliwości ich występowania, ani średniego kosztu roszczeń z nimi związanych nie da się łatwo zmierzyć statystycznie? Jak określić prawdopodobny maksymalny koszt ryzyka wystąpienia katastrofy naturalnej? Ponadto ubezpieczyciele skłonni są ignorować katastrofalne zdarzenia naturalne. W Kodeksie Ubezpieczeń art. L. 122-6 stanowi, że o ile nie uzgodniono inaczej, ubezpieczenie nie obejmuje pożarów wywołanych bezpośrednio erupcjami wulkanów, trzęsieniami ziemi i innymi kataklizmami. Po stronie popytowej ubezpieczeniem od klęsk żywiołowych objęte byłyby jedynie osoby szczególnie narażone na ryzyko, zatem zakres ryzyka byłby zbyt wąski, aby zapewnić akceptowalny poziom składki. Jednakże ta obojętność prawna na klęski żywiołowe nie mogła trwać w nieskończoność co najmniej z dwóch powodów. Z jednej strony preambuła Konstytucji RF z dnia 27 października 1946 r., powołuje się w swoim dwunastym akapicie na „solidarność i równość wszystkich Francuzów w obliczu zdarzeń wynikających z klęsk

narodowych” (Konstytucja Republiki Francuskiej, Art. 12 Preambuły (fr.) La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales). Z drugiej strony, częstotliwość i intensywność klęsk żywiołowych wzrosła w ciągu ostatniego stulecia, a dodatkowo udowodniono, że ich szkodliwe skutki w ostatnim czasie znacznie wzrosły.

Aby pokryć ryzyko klęsk żywiołowych, ustawodawca nie zdecydował się na utworzenie nowego ubezpieczenia obowiązkowego. Zastosował technikę obowiązkowego przedłużania ochrony w umowach ubezpieczenia, których zawarcie pozostaje opcjonalne. System odszkodowań za klęski żywiołowe zakłada zatem zasadniczo podejście dobrowolne, poprzez podpisanie umowy.

Historycznie środki na pokrycie szkód wyrządzonych przez katastrofy naturalne były doraźne. Początkowo władze publiczne interweniowały poprzez nadzwyczajną pomoc doraźną dla ofiar klęsk żywiołowych, pobieraną z budżetu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (pomoc rozdzielana przez prefektury, przeznaczona na zaspokojenie najpilniejszych podstawowych potrzeb ofiar klęsk żywiołowych i nie przekraczająca pół miliona franków). Następnie powstał fundusz pomocy ofiarom kataklizmów i klęsk żywiołowych (Loi nr 56-780 du 4 août 1956 portant ajustement des dotations budgétaires reconduites à l'exercice 1956, JORF, 7.08.1956, 7448 z późn. zm) dotacje przyznawane gminom borykającym się ze szczególnymi trudnościami wynikającymi z nadzwyczajnych okoliczności, pomoc przyznana przez Unię Europejską. Te kolejne jednorazowe środki miały jednak więcej wspólnego z logiką pomocy niż z logiką rzeczywistej rekompensaty, przy czym ofiary nie mają pewności uzyskania tej pomocy finansowej przyznanej na zasadzie uznaniowej. Utworzono Fundusz Gwarancyjny na wypadek katastrof rolniczych, który później przekształcił się w Krajowy Fundusz Zarządzania Ryzykiem Rolniczym. Przejście do prawdziwie globalnej logiki odszkodowań dla ofiar klęsk żywiołowych nastąpiło dopiero w 1982 r., wraz z ustawą nr 82-600 z dnia 13 lipca 1982 r. dotyczącą odszkodowań dla ofiar klęsk żywiołowych. Ustawa weszła w życie 14 sierpnia 1982 r., była kilkakrotnie nowelizowana i obecnie została włączona do Kodeksu Ubezpieczeń na mocy art. L. 125-1.

Ponieważ odszkodowania za klęski żywiołowe nie mogły być pozostawione prywatnym ubezpieczeniom, ustawodawca początkowo myślał o stworzeniu zdecydowanego państwowego mechanizmu odszkodowawczego poprzez utworzenie narodowego funduszu odszkodowań. Jednak pomysł został porzucony przez parlamentarzystów. Krytyka, jaką wzbudziło działanie Funduszu na wypadek klęsk rolniczych (przede wszystkim długość okresu rekompensaty: od 12 do 18 miesięcy), od razu ujawniła niemoc systemu, który był zbyt biurokratyczny, aby

stawić czoła zalewowi roszczeń o wystąpienie poważnej klęski żywiołowej. Pozbawienie się know-how ubezpieczycieli prywatnych w zakresie zarządzania odszkodowaniami wydawało się więc bardzo trudne. Ponadto ustawodawca ostatecznie zdecydował się na niespotykany dotąd system odszkodowań, którego oryginalność wynika z jego hybrydowego charakteru. Prawny mechanizm odszkodowań za klęski żywiołowe łączy w istocie ubezpieczenie prywatne i państwo. Jest to system oparty na solidarności narodowej, ale zarządzany przez ubezpieczycieli. Można powiedzieć, że prywatne ubezpieczenie stanowi scenę dla sztuki napisanej przez władzę publiczną. Hybrydowość (Zob. więcej Gajewski, 2012, 84-90) systemu prawnego przejawia się zarówno w ustalaniu zakresu ubezpieczenia od klęsk żywiołowych, jak i w jego realizacji.

Ubezpieczyciele mają swobodę reasekuracji ryzyka klęsk żywiołowych u wybranego przez siebie reasekuratora. Należy zauważyć, że Centralny Fundusz Reasekuracyjny (CCR) oferuje im nieograniczoną ochronę przed klęskami żywiołowymi dzięki gwarancji państwa (Art. L. 431-9 i R. 431-31 Kodeksu Ubezpieczeń).

5.6.3 Ryzyka technologiczne – cyberprzestrzeń

Rewolucja cyfrowa zmieniła sposób, transformacji sektora ubezpieczeń. Kilka procesów technicznych, takich jak sprzedaż czy obsługa ubezpieczeń, zostało przeniesionych do kanałów cyfrowych. W przypadku branży ubezpieczeniowej wiele zakładów zostało zmuszonych do wprowadzenia zmian, aby móc kontynuować działalność w czasie pandemii. Technologia (zob. więcej Zalcewicz, 2020, 609-618). jest wektorem rozwoju, strategicznym narzędziem, które pozwala dokonać transformacji w sektorze ubezpieczeń. Kontekst transformacji wynika częściowo z różnych czynników, takich jak potrzeba dostosowania się do nowej generacji konsumentów, ciągła ewolucja technologiczna i innowacje cyfrowe, coraz intensywniejsze wykorzystanie danych, pojawienie się nowych kanałów dystrybucji, a także nowa generacja cyfrowych rozwiązań startupów. Inaczej mówiąc, potrzebne jest **wykorzystanie danych do automatyzacji procesów, oferowania nowych produktów, personalizacji usług oraz wdrażania nowoczesnych metod zarządzania cenami i relacjami z klientami** (Kuźmicka-Sulikowska, 2023). **Oznacza to także lepsze wykorzystanie potencjału danych zgromadzonych i pochodzących z zewnętrznych źródeł.**

Transformacja cyfrowa szybko zmieniła także w pewnym stopniu zasady gry w branży ubezpieczeniowej. Można w tym miejscu wymienić kilka najważniejszych wyzwań transformacji cyfrowej dla sektora ubezpieczeniowego.

Pierwszą zmianą jest potrzeba generowania wartości poprzez dane. Zakład ubezpieczeń powinien zrozumieć, w jaki sposób wykorzystać dane w sposób tworzący wartość dla ubezpieczyciel i pośrednio dla ubezpieczonego. Możliwe jest określenie różnych zastosowań tych danych - personalizacja oferty, budowanie lojalności klientów itp. Podejście uwzględniające nowe technologie cyfrowe¹⁴⁹ jest bardzo ważne przy podejmowaniu decyzji w firmach ubezpieczeniowych. Ma na celu budowanie jak najlepszych doświadczeń przy użyciu wszystkich dostępnych źródeł danych użytkowników, zarówno jakościowych, jak i ilościowych. Koncepcja Data Driven jest coraz częściej wypierana optymalizacją współczynnika konwersji, znaną również jako Conversion Rate Optimization (CRO)¹⁵⁰.

Nowe wymagania konsumentów, dywersyfikują działalność na inne obszary i nowe scenariusze, do których zakład ubezpieczeń nie jest przyzwyczajony. Ubezpieczony może oczekiwać rozwiązań typu end-to-end, dających indywidualizację ale i powiązanie z innymi podmiotami gospodarczymi. Ważna w sektorze ubezpieczeń jest także współpraca z sektorem Insurtech. Warto to wspomnieć m.in. o systemie Omnichannel¹⁵¹, który zapewnia ubezpieczonemu nowe, lepsze doświadczenia w korzystaniu z produktów ubezpieczeniowych. Ubezpieczyciele muszą zachować szczególną czujność wobec zagrożeń, aby móc właściwie i odpowiedzialnie chronić dane klientów i ich platformy internetowe. Nowe technologie umożliwiają powstanie ofert wysoce spersonalizowanych. Dzięki lepszej znajomości klienta i jego cyfrowemu odwzorowaniu są w stanie oferować produkty i usługi dostosowane do jednostki.

Innowacyjność w tworzeniu produktów cyfrowych umożliwia integrację produktów ubezpieczeniowych z nowymi cyfrowymi modelami biznesowymi. Sztuczna inteligencja pozwala generować rekomendacje produktów na podstawie zachowań zakupowych konsumentów. Początkowym efektem AI będzie poprawa automatyzacji i wydajności istniejących procesów ubezpieczeniowych i roszczeniowych dla klientów. Później wpływ będzie większy, ponieważ będzie w stanie wykrywać, oceniać i reagować na pojawiające się ryzyka oraz identyfikować nowe ich źródła.

¹⁴⁹ Dla przykładu Data-Driven ma na celu promowanie kultury opartej na danych w ubezpieczeniach i umożliwienie podejmowania strategicznych decyzji. W tym zakresie opracowano m.in. platformę monitorowania sprzedaży dla obszarów zarządzania, regulacji i księgowości w ubezpieczeniach. Projekt został uszyty na miarę systemu, uwzględniając całą specyfikę jej modelu ekonomicznego. W trakcie opracowywania rozwiązania zaprojektowano nowe aplikacje i API umożliwiające integrację z istniejącym systemem.

¹⁵⁰ Oznacza kompleksowe rozwiązanie dotyczące poprawy konwersji. Pozwala na kompleksowość, dzięki szczegółowej analizie oraz weryfikacji pomysłów przy pomocy testów.

¹⁵¹ Połączenie rozproszonych danych dotyczących użytkowników mające na celu większe możliwości dotarcia do klienta, niższe koszty zaangażowania pracowników oraz lepsze wskaźniki konwersji.

Chatboty rewolucjonizują sposób, w jaki firmy ubezpieczeniowe pozyskują klientów i wchodzą z nimi w interakcję. Narzędzia te mogą poprawić lojalność klientów i zaangażowanie w markę, jednocześnie obniżając koszty operacyjne i zwiększając przychody. Przetwarzanie w chmurze to dla zakładu i jej klientów jeden z najskuteczniejszych sposobów współpracy. W rzeczywistości jest to model udostępniający w sieci zestaw usług, które są dostarczane i wykorzystywane poza klasycznym zakładem. Pomaga to także ubezpieczycielom w rozwijaniu możliwości współpracy i wymiany informacji – obniża także całkowity koszt posiadania infrastruktury IT. Kluczem do sukcesu branży ubezpieczeniowej jest opracowanie kompleksowej strategii chmurowej, którą można wdrożyć w kluczowych i pobocznych elementach działalności ubezpieczeniowej. Dostęp do nowych zbiorów danych – big data rewolucjonizuje sposób funkcjonowania sektora ubezpieczeń. Dzięki analizie big data firmy ubezpieczeniowe mogą oferować spersonalizowane polisy, oceniać ryzyko, zapobiegać oszustwom i zwiększać efektywność procesów wewnętrznych.

Wśród nowych ryzyk pojawiły się ryzyka związane z technologią cyfrową w ubezpieczeniach. Nowe technologie na rynku finansowym wywodzą się z technologii cyfrowej. Elementem tak rozumianej sfery jest blockchain, czyli technologia Shared Ledger (DLT), rozproszona, współdzielona i zaszyfrowana baza danych służy jako repozytorium informacji publicznej także takiej jak dane ubezpieczonych.

W sektorze bankowym i finansowym istnieje wiele innych zastosowań sztucznej inteligencji. W szczególności są to ocena zdolności kredytowej, wirtualni asystenci („chatbot”) i uczenie maszynowe („deep learning: deep learning through to data”) (Martial-Braz, 2019, 78), także w zakresie zarządzania portfelem, audytem i compliance. Sztuczna inteligencja generuje pewną liczbę zagrożeń, w szczególności ryzyko cybernetyczne dla systemów informatycznych typu „powódź”, która ma na celu „zakłócenie wyników algorytmu sztucznej inteligencji poprzez wprowadzenie sfałszowanych danych” (Caprioli, 2019, 2; Teller, 2019, 38). Czy wobec tego powinniśmy przyjąć podejście wyłącznie etyczne, czy wyłącznie prawne, czy też wdrożyć oba podejścia jednocześnie? Instytucje finansowe coraz bardziej doceniają wartości wynikające ze zmiany w organizacjach, które bazują na danych. W połączeniu ze sztuczną inteligencją mogą systematycznie generować wartości oraz napędzać innowacje. Znaczenie ryzyka w związanego z cyberprzestrzenią pokazuje raport francuskiej Generalnej Dyrekcji Skarbu- Direction Générale de Trésor¹⁵² o rozwoju ubezpieczeń i ryzyku w przestrzeni cybernetycznej (<https://www.tresor.economie.gouv.fr>). Wzrost poziomu ryzyka poprzez ilość

¹⁵² Direction générale du Trésor jest dyrekcją francuskiego Ministerstwa Gospodarki i Finansów. Pełni rolę doradczą w rządzie francuskim w sprawach od krajowej do międzynarodowej polityki gospodarczej.

cyberataków¹⁵³ we Francji kontrastuje z niewystarczającym rozwojem rynku cyberubezpieczeń, szczególnie w odniesieniu do małych i średnich przedsiębiorstw¹⁵⁴. Ubezpieczenie w przestrzeni cybernetycznej często ma charakter dorozumiany, ponieważ istnieje niepewność co do zakresu pokrycia zagrożeń cybernetycznych. W raporcie wspomina się o systemowym charakterze, jakie może mieć ryzyko cybernetyczne na dużą skalę. Niemniej raport wskazuje, że ryzyko to pozostaje ubezpieczalne, ponieważ można je kontrolować, wskazując, że w 2021 r. 97% pokrytych strat cybernetycznych przyniosło odszkodowania w wysokości mniejszej niż 3 mln euro. Jeżeli cyberryzyko wydaje się możliwe do absorpcji dzięki wewnętrznej reasekuracji, „francuski ekosystem” nadal pozostaje „niewystarczająco korzystny”. Raport wskazuje „poprawę uwzględniania **ryzyka cybernetycznego** w zarządzaniu działalnością ubezpieczeniową”, a więc w ramach wewnętrznej oceny ryzyka, która pozwoliłaby, poprzez efekt kuli śnieżnej, na lepsze zrozumienie ryzyka ponoszonego przez ubezpieczających. W raporcie podkreślono potrzebę podnoszenia świadomości wśród ubezpieczycieli, w szczególności poprzez upowszechnianie standardów bezpieczeństwa, po to aby zachęcić ich do „wzmacniania swojej cyberodporności”. Proponuje się także powstanie „grupy zadaniowej” ds. ubezpieczeń ryzyka cybernetycznego, której rolą byłoby zarządzanie wdrażaniem zaleceń zawartych w raporcie¹⁵⁵.

5.6.4 Ryzyko kredytowe

Ubezpieczenie kredytu to ubezpieczenie, które pozwala wierzycielom ubezpieczyć się na wypadek niepłacenia długów przez osoby wcześniej zidentyfikowane i nie spłacające zobowiązań.

Kodeks Ubezpieczeń wskazuje, że Tytuły I, II i III księgi pierwszej kodeksu nie mają zastosowania do ubezpieczenia kredytu (Art. L. 111-1 Kodeksu Ubezpieczeń). Strony mają jednak możliwość zawarcia takiej umowy. Art. R. 321-1 Kodeksu Ubezpieczeń rozróżnia w dziale nr 14 dotyczącym ubezpieczenia kredytu z jednej strony ogólne ubezpieczenie na wypadek niewypłacalności, a z drugiej strony kredyt eksportowy (Art. R. 442-1 Kodeksu Ubezpieczeń). Gwarancja państwa może zostać udzielona przez COFACE (Art. L. 432-2

¹⁵³ Ryzyko cybernetyczne może dotyczyć wszystkich firm, niezależnie od ich wielkości czy sektora działalności. W swoim pierwszym badaniu „Światło na Cyber Insurance” opublikowanym w maju 2021 r. i przeprowadzonym z ośmioma głównymi brokerami ubezpieczeniowymi specjalizującymi się w ryzyku cybernetycznym, AMRAE odnotowuje bardzo silny wzrost liczby roszczeń w latach 2019–2020, ponieważ wzrasta wysokość wypłacanych odszkodowań z 73 mln euro w 2019 r. do 217 mln euro w 2020 r.

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ Ibidem.

Kodeksu Ubezpieczeń) na działalność w zakresie ubezpieczenia od działalności gospodarczej, politycznej finansowej, katastrof naturalnych i niektóre z tzw. ryzyk nadzwyczajnych. Gwarancja COFACE, udzielona przez ministra właściwego ds. gospodarki na podstawie opinii Komisji ds. Gwarancji i Kredytu Handlu Zagranicznego, ma jedynie charakter pomocniczy w tym sensie, że nie przejmuje ryzyk, jakie mogą ubezpieczyć zakłady ubezpieczeniowe (Art. R. 442-7-1 Kodeksu Ubezpieczeń).

Głównym wewnętrznym ubezpieczeniem kredytu jest ubezpieczenie kredytobiorcy na wypadek jego niewypłacalności. Niektórzy ubezpieczyciele oferują jednak również ubezpieczenie kredytu od ryzyk wyjątkowych. Aby nie dopuścić do tego, aby ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem jedynie za należności wątpliwe, a tym samym dokonywał antyselekcji ryzyk, ubezpieczyciel kredytu wymaga, aby ubezpieczenie dotyczyło znacznej części działalności ubezpieczonego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są w szczególności ryzyka polityczne, stosunki umowne z osobami, które już doświadczają trudności finansowych, a także ryzyka związane ze spółkami kontrolowanymi przez ubezpieczonego. Od ubezpieczenia ryzyka kredytowego odróżnić należy oczywiście inne produkty ubezpieczeniowe przedsiębiorców na rynku finansowym, takie jak np. usługi płatnicze (zob. komentarz do art. 78 i 125, Byrski, Zalcewicz, 2021).

5.6.5. Ubezpieczenia przeciwko zamachom i aktom terrorystycznym

Artykuł L. 126-2 Kodeksu Ubezpieczeń, zgodnie z ustawą nr 2006-64 z dnia 23 stycznia 2006 r., odnosi się do **zamachu lub aktu terrorystycznego** w rozumieniu artykułów 421-1 i 421-2 francuskiego Kodeksu Karnego (Loi nr 2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers, JORF nr 0020 du 24.01.2006). Artykuły 421-1 i 421-2 francuskiego Kodeksu karnego, definiują akty terroryzmu jako przestępstwa umyślne „w stosunku do podmiotu indywidualnego lub zbiorowego, mające na celu poważne zakłócenie porządku publicznego poprzez zastraszenie lub terror”. Podobnie jak poprzednio obowiązująca i regulująca odszkodowanie za zamachy terrorystyczne, ustawa nr 86-1020 z dnia 9 września 1986 r.¹⁵⁶, aktualnie obowiązujący art. 29 ustawy nr 2006-64 z dnia 23 stycznia 2006 r. ustanawia obowiązek zagwarantowania pokrycia bezpośrednich szkód materialnych spowodowanych zamachami i aktami terroryzmu, o ile mają wpływ na mienie znajdujące się na terytorium kraju

¹⁵⁶ Ustawa nr 86-2010 z dnia 9 września 1986 r. ustanowiła zasadę wypłaty odszkodowania dla ofiar aktów terroryzmu poprzez fundusz gwarancyjny.

(Art. L. 126-2 i art. R. 126-2 Kodeksu Ubezpieczeń). Przepis wyklucza branżę transportową z prawnego rozszerzenia ubezpieczenia od zamachów i aktów terroryzmu – pozwala ubezpieczycielom „głównych ryzyk” na oddzielenie kwoty ubezpieczenia od ataków terrorystycznych od innych ryzyk oraz określa minimalne progi kapitału gwarantowanego. Ubezpieczenie może obejmować każdy majątek ruchomy lub nieruchomy, pod warunkiem jego ubezpieczenia od ryzyka spowodowanego aktem terroryzmu. Dobra muszą ponadto znajdować się na terytorium kraju. Ochroną objęte są szkody materialne w ubezpieczonym mieniu, szkody niematerialne i wynikające z nich straty operacyjne.

5.7 Podsumowanie

W rozdziale piątym przeanalizowano rodzaje ryzyk w teorii i w praktyce i rodzaje ubezpieczeń, omówiono ryzyka specyficzne i ważne dla ubezpieczeń ze szczególnym zwróceniem uwagi na ryzyko domniemane. Kryterium podziału ubezpieczeń jakim jest rodzaj ryzyka nie jest jedynym, co widać szczególnie na początku rozdziału. Wskazać należy, iż rodzaje ubezpieczeń są wydzielone przez formalne procedury, złożoność ryzyka, moment jego powstania, potrzeby ubezpieczonego, chociaż podstawowym kryterium jest wystąpienie ryzyka zdarzenia. Omówiono podstawowy element umowy ubezpieczenia związany z ryzykiem czyli z interesem stron umowy ubezpieczenia w ujęciu normatywnym i orzecznictwym. W szczególności zostały przedstawione podstawowe koncepcje ryzyka i ryzyka specyficzne wraz z podziałem na ryzyka obiektywne i subiektywne wraz z koncepcją ryzyka domniemanego. Na końcu rozdziału omówiono kilka charakterystycznych ubezpieczeń na rynku francuskim czyli ubezpieczenia na życie, Katnat, cyberryzyka, ryzyko kredytowe i ryzyko ataków terrorystycznych.

Rozdział 6. Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach

Zarządzanie ryzykiem przez przedsiębiorców polega na podejmowaniu działań mających na celu ograniczenie ryzyka do dopuszczalnych rozmiarów. W sterowaniu ryzykiem wyróżnić można dwa zasadnicze podejścia, aktywne polegające na oddziaływaniu na przyczyny ryzyka oraz pasywne, koncentrujące się na zabezpieczeniu przed ewentualnymi stratami. Przedsiębiorca może podejmować działania jak **unikanie ryzyka, działania prewencyjne, przenoszenie ryzyka** na inne podmioty, co wiąże się z transferem odpowiedzialności za pokrycie ewentualnych strat. Może ono przyjmować takie formy jak ubezpieczenia. **Dywersyfikacja ryzyka** ma na celu zmniejszenie poziomu ryzyka przez inwestowanie w różne działalności, których stopy zwrotu są mniej dodatnio skorelowane. Utworzenie dobrze zdywersyfikowanego portfela projektów inwestycyjnych spowodować może znaczne zmniejszenie ryzyka.

6.1 Socjalizacja ryzyka i współdzielenie ryzyka

Jak wskazano w poprzednich rozdziałach ryzyko można zdefiniować jako zdarzenie losowe, którego realizacja nie zależy wyłącznie od woli ubezpieczonego. Pojęciem „ryzyko” w praktyce określa się różnie, poprzez charakter zdarzenia losowego, miejsce tego zdarzenia czy konsekwencje ryzyka. Ryzyko można opisać za pomocą kilku elementów. Jeżeli zaistnienie zdarzenia, którego realizacja jest niepewna, jest podstawowym elementem ubezpieczenia, strony powinny zdefiniować to zdarzenie, które znajdzie się w centrum ich umowy. Definicja ta jest jednak szczególnie trudna do ustalenia. Przyczyna trudności wynika z faktu, że nigdy nie ubezpiecza się ryzyka bez wytyczenia jego granic. W momencie podpisania umowy konieczne jest opisanie przyszłego wydarzenia poprzez próbę wyobrażenia sobie różnych elementów — charakteru zdarzenia, miejsca powstania ryzyka, tego czy zdarzenie może dotyczyć majątku określonej lub możliwej do ustalenia osoby, skutków realizacji zdarzenia losowego dla mienia lub osoby, miejsca zagrożenia, całkowitej lub częściowej utraty mienia, szkody majątkowej albo niemajątkowej, niezdolności do pracy, śmierci.

6.1.1 Techniczne aspekty ubezpieczeń

Na ryzyko są wystawione osoby obawiające się wystąpienia przyszłych szkodliwych zdarzeń oraz osób, które chcą złagodzić konsekwencje zdarzeń poprzez przeniesienie ich

ochrony na ubezpieczyciela. Indywidualne ryzyko przeznaczone do ubezpieczenia powinno być **losowe**, co wyjaśnia fakt, że nie można w żaden sposób zapewnić, że działanie własne umyślne (fr. „fait intentionnel”) może być ubezpieczane tak samo jak ubezpieczenie ryzyka niemożliwego czy ryzyka już zrealizowanego, co od strony prawnej stwarza problem ryzyka domniemanego. Przeciwwagą dla tego zagrożenia jest racjonalizacja samego ryzyka. Uwspólnianie ryzyka może być uwzględniane w przypadku zdarzeń o tym samym charakterze, kiedy koszt ubezpieczenia jest dzielony między wszystkich ubezpieczonych.

Ryzyko powinno być kontrolowane statystycznie. W rzeczywistości towarzystwo ubezpieczeń może brać na siebie tylko rozsądne ryzyko, bez którego transakcja nie byłaby interesująca finansowo. Wyjaśnia to ubezpieczenie pewnych kolosalnych zagrożeń, takich jak ryzyko wojny. Ustawodawca interweniuje w takim przypadku aby przerzucić ciężar rekompensaty na barki całego narodu jako przykład socjalizacji ryzyka, z którym mamy do czynienia w przypadku podobnych sytuacji.

W dyskusji o ryzyku jako najważniejszym elemencie ubezpieczenia raczej jest mowa o uspołecznieniu ryzyka czy solidarności wobec ryzyka. Natomiast ryzyko stało się elementem technicznym na rynku finansowym, które jest dość istotnie zinstytucjonalizowane, podobnie jak same ubezpieczenia. (Szumlicz, 2005, 27-41).

Państwa zaniepokojone szeregiem zagrożeń, zwłaszcza naturalnych, stworzyły fundusze państwowe jako element państwa opiekuńczego. Francuska Rada Konstytucyjna potwierdziła gwarancje reasekuracji ryzyka przez państwowe fundusze, które odpowiadają na zagrożenia naturalne lub społeczne, gwarantując duże odszkodowania, których zakres jest nieproporcjonalny i nie do udźwignięcia przez prywatne zakłady ubezpieczeń (Conseil Constitutionnel, arret nr 2013-344 QPC, 2013). Ten rodzaj ubezpieczenia stanowi rozwiązanie problemu niemożności ustalenia, kto jest odpowiedzialny za szkodę. Pierwszy tego rodzaju fundusz pojawił się w 1951 roku we Francji i był to samochodowy fundusz kompensacyjny¹⁵⁷. Dzisiaj tego typu fundusze kompensacyjne są we Francji dość liczne¹⁵⁸. Wszystkie **fundusze przeznaczone są na uzupełnienie systemu ubezpieczeniowego**. Obejmują one zdarzenia, których klasyczne ubezpieczenie nie może objąć. Każdy fundusz dotyczy konkretnej szkody, chociaż pojawiają się czasem konflikty pomiędzy funduszami. Przykładem może być np.

¹⁵⁷ Ustawa o finansach z dnia 31 grudnia 1951 r., ustanowiła obowiązkowy fundusz gwarancyjny w celu wypłaty odszkodowań dla ofiar obrażeń spowodowanych przez pojazdy.

¹⁵⁸ Są to między innymi – FGAO - Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages, fonds de garantie des assures contre la defaillance de societees d’assurance de personnes, fonds de garantie des actes de terrorisme, fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante, des victimes contamines par le sida, fonds national de garantie des calamites agricoles, fonds de prevention des risques naturels majeurs, fonds de securisation du credit interentreprises, fonds de garantie universelle des risques locatifs.

obowiązkowe ubezpieczenie od szkód (FGAO- Le fonds de garanties des assurances obligatoires¹⁵⁹) pozostające w konkurencji z odszkodowaniem dla ofiar przestępstw (Commission d'indemnisation des victimes d'infractions - CIVI¹⁶⁰).

Ubezpieczenie umożliwia podział ryzyka między różnymi podmiotami, przy czym nienaruszona pozostaje zasada, że każdy ubezpieczony ma prawo do odszkodowania zgodnie z charakterem i rozmiarem poniesionej szkody w przypadku roszczenia lub wypadku, w zamian za opłacenie składki zwanej składką ubezpieczeniową.

Znaczącym zjawiskiem szeroko omawianym w literaturze francuskiej jest uwspólnienie ryzyka, mutualizacja ryzyka w tłumaczeniu dosłownym (*mutualisation du risque*) (Supiot, 2016, 726-731) czyli zasada dzielenia ekspozycji na ryzyko, inaczej określana jako uwspólnianie ryzyka wśród ubezpieczonych, która jest podstawową zasadą ubezpieczeń. Uwspólnianie ryzyka opiera się na prawdopodobieństwie wystąpienia zagrożenia. Zasada uwspólniania polega na rozłożeniu kosztów realizacji zagrożenia pomiędzy członków grupy potencjalnie narażonej na to samo niebezpieczeństwo, mogącego uderzyć niektórych z nich. Na tę cechę ubezpieczeń we Francji zwraca się szczególną uwagę. Jest ona dziś przedmiotem paradoksalnego traktowania - jako niezbędna technika dla towarzystwa ubezpieczeniowego, potępiana jako instrument wdrażania zasady solidarności. Aby zrozumieć takie podejście prawodawcy francuskiego należy dokonać analizy systemu, który leży u podstaw współczesnego „towarzystwa ubezpieczeniowego” – takiego jak systemu ubezpieczenia ryzyka poprzez wykorzystanie sekurytyzacji lub produktów pochodnych¹⁶¹.

Łączenie ryzyk jest rozkładem kosztów realizacji ryzyka pomiędzy członków ubezpieczonych, którzy mają taką samą możliwość uzyskania odszkodowania. Jest to zatem zasada solidarności w ubezpieczeniach. Każdy ubezpieczony opłaca swoją składkę, nie wiedząc, czy to on, czy inny ubezpieczony będzie musiał otrzymać odszkodowanie.

Zasada wzajemnej solidarności w ubezpieczeniach dała początek dwóm innym koncepcjom charakterystycznym dla ubezpieczeń: zasadzie odszkodowania i zarządzania na zasadzie „pay-as-you-go” (Dubuisson, 2010, 107). W rzeczywistości zasada odszkodowania ma na celu uniknięcie uczynienia z ubezpieczenia środka do spekulacji. Zakłóciłoby to zasady wzajemności i równości między ubezpieczającymi. Również zarządzanie repartycyjne jest

¹⁵⁹ Le fonds de garanties des assurances obligatoires - Fundusz gwarancyjny ubezpieczenia obowiązkowego to fundusz, który wspiera ofiary wypadków drogowych, gdy nie można ustalić sprawcy lub nie wykupiono ubezpieczenia.

¹⁶⁰ CIVI kontroluje roszczenia o odszkodowanie na podstawie art. 706-4 francuskiego kodeksu postępowania karnego.

¹⁶¹ Na ten temat na końcu rozdziału.

ściślym zastosowaniem operacji ubezpieczeniowej, ponieważ rekompensuje tym spośród nich, którzy ponoszą stratę dzięki wspólnej puli składek (Dubuisson, 2010, 107). W ten sposób ubezpieczyciel dokonuje redystrybucji na poszkodowanych roszczeń masy składek wpłaconych przez wszystkich ubezpieczonych. Ubezpieczony, który nie doznał szkody, nie odzyskuje składek, i jest wtedy ubezpieczeniem „straconego funduszu”.

U podstaw działalności ubezpieczeniowej leży **zasada łączenia ryzyka**. Polega na rozłożeniu kosztu dochodzenia roszczenia pomiędzy członkami grupy podmiotów potencjalnie narażonej na to samo ryzyko. Łączenie ryzyka pomaga zrozumieć podstawowe funkcjonowanie ubezpieczenia, jednak nie wskazuje jak obliczyć ryzyko. W tym zakresie pomocne jest są prawa statystyki. Specyfika ubezpieczenia polega na wykupieniu ryzyka umowy, której ostateczny koszt nie jest znany przy jej podpisaniu. W związku z tym ubezpieczyciel nie jest w stanie w momencie podpisania umowy wiedzieć, jaka będzie jego „cena” ubezpieczenia. Będzie to zależeć od liczby roszczeń, które mają zostać zrekompensovane oraz od ich wysokości. Składka powinna zostać ustalona z góry, stanowiąc rezerwy, opierające się na danych statystycznych. Nazywa się to „odwróceniem cyklu produkcyjnego”¹⁶². Zasada ta służy zabezpieczeniu wypłacalności zakładu ubezpieczeń, płynności i rentowności branży ubezpieczeniowej. Sytuacja jest skomplikowana przez charakterystyczny fakt że „odwrócenie cyklu produkcji” i cena usługi ubezpieczeniowej są zebrane przed rozpoczęciem świadczenia usługi oraz podobnie jak wystąpienie zdarzenia wywołującego i uzasadniającego ubezpieczenie. Specyficzna odmienność ubezpieczeń pociąga za sobą szereg konsekwencji, jeśli chodzi o sposób zapewnienia trwałości świadczenia ubezpieczeń, przestrzegania zasad bezpieczeństwa ubezpieczeniowego, w tym zasad wypłacalności w zależności od rodzaju danego ubezpieczenia.

Nie jest jednak niemożliwe, aby grając 1000 razy z rzędu, wylosować 1000 razy reszkę. W praktyce otrzymuje się około 50% orła i 50% reszkę, co jest nadal prawdopodobieństwem teoretycznym, na którym opiera się ocena ryzyka w ubezpieczeniach. Ubezpieczyciel stosuje metody matematyczne do wyboru akceptowalnego ryzyka i obliczenia wysokości składek. Osoba odpowiedzialną za te obliczenia jest aktuariusz, który jest kluczową postacią w zakładzie ubezpieczeń.

¹⁶² Senat RF, La spécificité de l'assurance est lourde de conséquences en matière de solvabilité réglementaire, <https://www.senat.fr/rap/r98-0452/r98-045234.html>, dostępne dnia 21.01.2023. Odwrócony cykl produkcyjny w stosunku do cyklu w innych podmiotach gospodarczych oznacza, że najpierw pojawiają się wpływy z tytułu sprzedaży usług, a później ponoszone są rozłożone w czasie koszty.

Zadaniem ubezpieczyciela jest wybór tzw. **ryzyk homogenicznych** i ryzyk normalnych. Ryzyka zgodne z danymi statystycznymi powinny spełniać kilka warunków technicznych, z których pierwszym jest przewidywalność ryzyka. Oznacza to wiedzę i kontrolę ryzyka za pomocą metod statystycznych. Następnym warunkiem wyróżnienia ryzyk homogenicznych to segmentacja ryzyka. Proces odpowiada klasyfikacji na wąskie kategorie ryzyk podobnych. Celem segmentacji jest lepsze zbadanie wyników i ich wycena. Na przykład w ubezpieczeniach komunikacyjnych ubezpieczyciele wyróżniają ryzyka homogeniczne według cech pojazdów (samochody miejskie, sedany itp.) i kierowców (młodzież, osoby starsze itp.). **Następnym elementem segmentacji jest rozproszenie ryzyka.** Ten proces oznacza wymóg rozproszenia ryzyka, aby nie narażać ubezpieczyciela na wystąpienie serii roszczeń. Koncentracja ubezpieczonego majątku w tym samym regionie może, ze względu na częstotliwość katastrofy naturalnej lub technologicznej, zwiększyć obciążenie finansowe ubezpieczyciela.

Ryzyka, które nie są jednorodne i normalne, są kwalifikowane jako ryzyko podwyższone. Oznacza to, że ich prawdopodobieństwo wystąpienia jest statystycznie wyższe niż normalnie. Aby zagwarantować skuteczność łączenia ryzyka, ubezpieczyciel może odrzucić niektóre z nich, ponieważ nie ma prawnego obowiązku ubezpieczenia wszystkich zagrożeń, na które jest narażony ubezpieczony. Zakład może zaakceptować te ryzyka z zastrzeżeniem uzyskania dodatkowej opłaty lub dokonania pewnych wyłączeń w zakresie ubezpieczenia. W konsekwencji zakład może zażądać podwyższenia opłat lub wyłączenia niektórych gwarancji w stosunku do danego podmiotu. Oczywiście może także odrzucić ryzyko danego ubezpieczającego się.

W celu ochrony równowagi wzajemności ubezpieczyciel nie może wydawać środków finansowych więcej, niż sam otrzymuje. Do oceny sytuacji swojego portfela wykorzystuje narzędzie matematyczne tzw. wskaźnik Odszkodowania/Składki, zwany też (wskaźnik S/P lub S/C) (<https://assureurpro.com>).

Wskaźnik S/C jest stosunkiem pomiędzy kwotą wypłaconych odszkodowań a kwotą składek zebranych z tytułu tej samej kategorii ryzyk. Pozwala sprawdzić opłacalność transakcji ubezpieczenia. Aby kumulowanie ryzyka było skuteczne, ubezpieczyciele muszą zapewnić utrzymanie dobrego współczynnika S/C. Przykładowo, według France Assureur w 2020 r. ogólny wskaźnik S/C dla wszystkich ubezpieczeń majątkowych wynosił 69,8%. Oznacza to, że w ciągu tego roku ubezpieczyciele spłacili 69,8% składek zebranych na odszkodowania za dany rok (France Assureur, 2020). Aby utrzymać na właściwym poziomie wskaźnik S/C, ubezpieczyciele mają kilka możliwości działania. Wśród nich wymienia się rozproszenie ryzyka, wybór różnych zagrożeń w różnych obszarach geograficznych, podział ryzyka,

reasekuracja i koasekuracja, czy przyjęcie środków zapobiegawczych takich narzucenie środków zapobiegawczych w celu akceptacji określonych zagrożeń, ustalenie limitów i wyłączeń ryzyk, ograniczenie kosztów roszczeń poprzez pozostawienie części ciężaru na ubezpieczonego, korekta składek. Wzrost składek w celu zrekompensowania roku niekorzystnego wskaźnika S/C obejmują sposoby, które mogą także polegać na wprowadzeniu sankcji za wprowadzenie ubezpieczyciela w błąd w celu zapobiegania oszustwom ubezpieczeniowym, a na koniec wypowiedzenie umowy i przez to uwolnienie z portfela „złych ryzyk”, które zbyt mocno obciążają ubezpieczyciela.

Istota umowy ubezpieczenia polega na tym, że **niepewność musi trwać przez cały** czas jej obowiązywania. Orzeczeniem z dnia 11 maja 2017 r. Izba Handlowa Sądu Kasacyjnego (Cass. com., 11.05.2017, 15-22.737, NR de pourvoi : 15-22.737, ECLI:FR:CCASS:2017:CO00683) przypomniała tę cechę. Sąd Kasacyjny podtrzymał wyrok apelacyjny i wyrok I instancji, odpowiednio sprawdzając istnienie zagrożenia, a następnie oceniając klauzulę wyłączającą pewne zdarzenia. Orzeczenie Sądu Kasacyjnego jest istotne, ponieważ z jednej strony przypomina o losowym charakterze umowy ubezpieczenia, a z drugiej strony o konieczności utrzymywania się ryzyka przez cały okres obowiązywania umowy. Wyrok został wydany na gruncie przepisów dawnego art. 1964 Kodeksu Cywilnego, definiującego pojęcie umowy losowej, jako „umowy wzajemnej¹⁶³, której skutki w zakresie korzyści i strat dla wszystkich stron, albo dla jednej, albo dla więcej z nich zależy od niepewnego zdarzenia¹⁶⁴. Jednakże przepisy art. 1108 nie odnoszą się już do konkretnego rodzaju umowy, a w szczególności do ubezpieczenia. Wspomniany wyżej wyrok Sądu Kasacyjnego ma tę zaletę, że przypomina, iż umowa ubezpieczenia pozostaje z natury losowa. Losowość de facto jest to warunek zawarcia i ważności umowy, brak losowości skutkuje sankcją jej nieważności (art. L. 121-15 francuskiego Kodeksu Ubezpieczeń¹⁶⁵). W art. L121-15 Kodeks Ubezpieczeń dodaje, że ubezpieczenie jest nieważne w przypadku braku ryzyka. Chociaż artykuł ten obejmuje jedynie ubezpieczenia majątkowe, orzecznictwo uznało pierwotny charakter zagrożenia, potwierdzając że umowa ubezpieczenia jest umową losową.

W ubezpieczeniach, w przypadku zadeklarowanych ryzyk, obliczenie składki ubezpieczeniowej obejmuje obliczenie liczby przypadków, w których tego typu ryzyko

¹⁶³ Fr. „Le contrat est commutatif lorsque chacune des parties s'engage à procurer à l'autre un avantage qui est regardé comme l'équivalent de celui qu'elle reçoit. Il est aléatoire lorsque les parties acceptent de faire dépendre les effets du contrat, quant aux avantages et aux pertes qui en résulteront, d'un événement incertain.”

¹⁶⁴ Fr. „Le contrat aléatoire est une convention réciproque dont les effets, quant aux avantages et aux pertes, soit pour toutes les parties, soit pour l'une ou plusieurs d'entre elles, dépendent d'un événement incertain.”

¹⁶⁵ Fr. „L'assurance est nulle si, au moment du contrat, la chose assurée a déjà péri ou ne peut plus être exposée aux risques.”

występuje. Trudność w ustaleniu częstotliwości zdarzeń leży w definicji ryzyka. W rzeczywistości można go obliczyć wyłącznie na podstawie jednolitych rodzajów ryzyka, co do natury i wartości ryzyka. Ubezpieczyciel dzieli ryzyko na segmenty, pracuje nad rozróżnieniem ryzyk, którymi się zajmuje, aby sklasyfikować je w kategoriach jednorodnych i zastosować odpowiednie traktowanie, biorąc pod uwagę jego szczególne cechy (Charpentier, *La loi des grands nombres*, „Risques”, nr 86, 511). Racjonalna realizacja operacji ubezpieczeniowej generuje zatem szereg wymagań mających wpływ na ryzyko. Ubezpieczyciel dąży do zawarcia jak największej liczby umów, aby zrekompensować je poprzez wdrożenie prawa dużych liczb. W rzeczywistości im większa liczba ubezpieczających się, tym więcej razy koszt każdej polisy zostanie podzielony. Subskrybowane ryzyko musi mieć pewne cechy niepewności, aby nie zakłócać obliczeń statystycznych. Musi być jednorodne, zarówno pod względem rodzaju, jak i wartości. W rzeczywistości statystyki opierają się na ryzyku sklasyfikowanym w kategoriach i podkategoriach. Na przykład statystyki wypadków drogowych są podzielone według pewnej liczby kryteriów, takich jak użytkowanie samochodu, jego moc lub jej powiązanie geograficzne. Ryzyko musi mieć również jednorodną wartość, ponieważ równowaga finansowa funduszu wspólnego inwestowania może być zaburzona przez ryzyko, którego wartość jest znacznie wyższa niż pozostałe. W praktyce ubezpieczyciele zazwyczaj spisują ryzyko strat katastroficznych w celu rozłożenia pokrycia takiej straty.

Wymagania **techniczne segmentacji ryzyka** są interpretowane w oparciu o niektóre zasady, które tworzą regulacje umowy ubezpieczenia. Określenie tych zasad nie jest jednak łatwe, ponieważ umowa ubezpieczenia stanowi połączenie kilku rozbieżnych interesów, które ustawodawca starał się zrównoważyć. Ryzyko leży u podstaw techniki ubezpieczeniowej, dlatego ustawodawca ustanowił szereg bezwzględnie wiążących obowiązków, które w równym stopniu obciążają jego istnienie, jak i jego ocenę. Ochrona przed ryzykiem stwarza pewną liczbę obowiązków, za które odpowiedzialny jest ubezpieczony, polegającą na umożliwieniu ubezpieczycielowi dokładnego obliczenia zobowiązań, poprzez wyczerpującą i odpowiednią ocenę pokrytego ryzyka. Ubezpieczana potencjalna szkoda musi być niepewna, zarówno w momencie jej wystąpienia, jak i co do daty jej wystąpienia. Ponadto ryzyko musi być realne, aby umowa nie była nieważna z powodu braku przyczyny prawnej. Właśnie dlatego wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na ryzyko, takie jak umyślna wina ubezpieczonego, podlegają sankcjom.

Francuskie przepisy mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia akcentują charakter ubezpieczenia w sensie technicznym, tj. **łączenie ryzyka**. Przyczyną zaangażowania ubezpieczyciela jest pobieranie składki w celu wzięcia pod uwagę puli ryzyka. Wyznaczenie

techniki ubezpieczeniowej jako kryterium kwalifikacji wymaga jednak zastosowania pojęcia natury ekonomicznej w koncepcji prawnej. Stąd tak duże znaczenie w praktyce francuskiej zajmuje łączenie ryzyka i jego współdzielenie. Przyczyną inną może być chęć włączenia do umowy pojęć pozaprawnych dotyczących ryzyka.

Wskazanie **techniki ubezpieczeniowej** jako kryterium kwalifikacji umowy ubezpieczenia nie jest łatwe. Jest to jednak konieczne z uwagi na potrzebę przyjęcia kryterium, które umożliwia rozróżnienie między umową ubezpieczenia, a innymi umowami losowymi, a tym samym uzasadnia wdrożenie szczególnego systemu. Trzeba przyznać, że wpływ na kwalifikację prawną miały i mają względy czysto techniczne i ekonomiczne. Taka korelacja między instrumentami ekonomicznymi (ryzyko i jego współdzielenie), a kwalifikacją prawną jest uzasadniona w świetle tego, co obejmuje prawna koncepcja umowy, ponieważ jest prawnym wyrazem funkcji gospodarczej ubezpieczenia.

Zasadę łączenia i dzielenia ryzyka można zastosować pod pewnymi warunkami. Istnieją jednak sytuacje, w których zmieniają się warunki działania, co podważa możliwość ubezpieczenia niektórych ryzyk. Istnieją również sytuacje, w których sama zasada współdzielenia ryzyka nie może zostać wdrożona z uwagi na specyficzną charakterystykę przewidywanego ryzyka. W rzeczywistości łączenie ryzyk opiera się na mechanizmie technicznym. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy konkretne stosunki umowne między ubezpieczycielami a ubezpieczonymi umożliwiają skuteczne wdrożenie połączenia niezależnych rodzajów ryzyka, ponoszonych przez wszystkich, ale skutecznie opłacanych przez nielicznych. Zatem **asymetrie informacyjne** a także zachowania oportunistyczne mogą zagrozić skuteczności łączenia ryzyka poprzez takie praktyki jak **antyselekcja ryzyk, pokusa nadużycia czy oszustwo**. Łączenie ryzyka jest czasem nieodpowiednie dla zagwarantowania pewnych rodzajów ryzyka, które są niedoskonale dywersyfikowane. Ryzyka te są to zarówno rzadkie ryzyka, które powodują bardzo wysokie straty, dzięki czemu są odporne na obliczenia statystyczne oparte na prawie dużych liczb i mogą, jeśli wystąpią, przekroczyć możliwości ubezpieczyciela .

Istnieją dwa modele zarządzania ryzykiem w ubezpieczeniach – wyżej omówiony model poprzez podział segmentację i uwspólnienie, a także drugi model zarządzania poprzez kapitalizację.

Zarządzanie poprzez kapitalizację opiera się na innej logice niż poprzez repartycję ryzyka. Obejmuje głównie działalność ubezpieczeniową na życie i ubezpieczenia grupowe, ale także w części ubezpieczenia budowlane. Składki wpłacane są na konto indywidualne lub zbiorowe. Roszczenia ubezpieczonego rozliczane są z opłaconej składki, kapitalizowanej

metodą odsetek składanych. Niedobory składek płaconych w ramach niektórych umów są kompensowane nadwyżkami uzyskanymi w ramach innych umów.

6.2 Zarządzanie ryzykiem na rynku ubezpieczeniowym

Postępowanie wobec ryzyka polega na łączeniu i współdzieleniu ryzyka. W ujęciu indywidualnym polegać może na unikaniu ryzyka. Takie zachowanie występuje gdy indywidualnie i świadomie podmiot odmawia akceptacji występowania ryzyka, co powoduje kumulację ryzyka w dłuższym czasie. Zatrzymanie ryzyka jest częstą metodą postępowania z ryzykiem. Innym rodzajem jest transfer ryzyka, który polega na przeniesieniu ryzyka na inny podmiot. Transfer ryzyka może dokonywać się poprzez przeniesienie działalności lub przeniesienie odpowiedzialności na inny podmiot, lub podział ryzyka i jego cesja częściami w postaci transakcji sekurytyzacyjnych. Innym podejściem do ryzyka jest przewidywalność. Oznacza to wiedzę i kontrolę ryzyka przez określony czas za pomocą narzędzi statystycznych. Segmentacja odpowiada klasyfikacji ryzyka na wąskie kategorie podobnych ryzyk. Segmentacja ma na celu lepsze zbadanie wyników i udoskonalenie ich wyceny. Są to w pewnym sensie „subwzajemności”. I tak w ubezpieczeniach komunikacyjnych ubezpieczyciele segmentują swój portfel według charakterystyki pojazdów (samochody miejskie, sedany itp.) i kierowców (ludzie młodzi, osoby starsze itp.) Rozproszenie oznacza rozproszenie ryzyka w taki sposób, aby nie naruszyć rachunków w przypadku serii strat. Rzeczywiście koncentracja ubezpieczonego towaru w tym samym regionie może, ze względu na gęstość wystąpienia katastrofy naturalnej lub technologicznej, zwiększyć obciążenie finansowe ubezpieczyciela.

Aby móc ubezpieczyć główne, duże ryzyka (Lasserre, 2011, 1632) towarzystwa ubezpieczeniowe ubezpieczają się w innych albo wraz z innymi towarzystwami ubezpieczeniowymi, są to transakcje koasekuracji i reasekuracji. Ryzyko główne to ryzyko, które jednocześnie charakteryzuje się niskim prawdopodobieństwem wystąpienia i znaczącymi konsekwencjami. Charakter głównych zagrożeń ewoluował w czasie, dotyczy to również kontekstu, w jakim pojawiają się te ryzyka, naznaczonego z jednej strony gęstością demograficzną i urbanizacją, zwielokrotnieniem przepływów handlowych i globalizacją handlu (co zwiększa narażenie na ryzyko), a z drugiej strony przez nowe, społeczne postrzeganie ryzyka. Pomimo arsenału zapobiegania, łagodzenia, a nawet eliminowania ryzyka, nadal może dojść do katastrofy, wymagającej zastosowania odpowiednich mechanizmów, aby uporać się z powstałymi szkodami. Na ogół można wyróżnić pięć rodzajów głównych ryzyk: zagrożenia naturalne, ryzyka technologiczne, zagrożenia epidemiczne, bezpieczeństwa żywnościowego i

terroryzmu (OECD, 2003, 5). Te trzy ostatnie rodzaje ryzyka pozostaną poza naszym zakresem badań. Zagrożenia naturalne obejmują lawiny, pożary lasów, zdarzenia meteorologiczne (powodzie i powodzie, burze i cyklony), zdarzenia geologiczne (ruchy gruntu, trzęsienia ziemi i tsunami, erupcje wulkanów). Zagrożenia technologiczne mają pochodzenie antropogeniczne i obejmują ryzyko przemysłowe, ryzyko nuklearne, ryzyko związane z transportem materiałów niebezpiecznych oraz ryzyko związane z nowymi technologiami (biotechnologie, nanotechnologie itp.) (OECD, 2003, 5).

6.2.1. Koasekuracja (Coassurance)

Koasekuracja¹⁶⁶ - współubezpieczenie jest formą ubezpieczenia, w której następuje podział ryzyka z jednej polisy ubezpieczeniowej pomiędzy co najmniej dwóch różnych ubezpieczycieli.¹⁶⁷ Jest to ubezpieczenie, w którym dokonuje się horyzontalnego podziału ryzyka. Na koasekurację warto się zdecydować, kiedy przedmiot ubezpieczenia jest narażony na duże ryzyka, jest ona rodzajem horyzontalnego podziału ryzyka. Zasadniczo dotyczy polisy ubezpieczeniowej obejmującej znaczne ryzyko, z podziałem ryzyka między kilku ubezpieczycieli, zobowiązujących się do różnych (lub równych) procentów polisy. Podpisana umowa przez wszystkich uczestników, informuje klienta o podziale ryzyka pomiędzy różne podmioty.

Reasekuracja i koasekuracja zapewniają stabilność finansową ubezpieczycieli. Stabilność jest gwarancją bezpieczeństwa i zaufania ubezpieczających, którzy będą mogli łatwiej korzystać z ochrony ubezpieczeniowej. Aby móc ubezpieczyć duże ryzyko, firma ubezpieczeniowa ubezpiecza się dodatkowo w innych zakładach ubezpieczeń. Koasekuracja to operacja ubezpieczeniowa, która umożliwi kilku ubezpieczycielom pokrycie ryzyka jednego ubezpieczonego w ramach jednej umowy ubezpieczenia ale oznacza też ubezpieczenie ryzyka przez kilku ubezpieczycieli. Mówimy wówczas o poziomym podziale ryzyka, ponieważ każdy ubezpieczyciel ponosi określony w polisie procent ryzyka. Gdy tylko wystąpi wypłata odszkodowania, każdy ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania zgodnie ze

¹⁶⁶ Regulowana jest w art. L. 145-2 Kodeksu Ubezpieczeń.

¹⁶⁷ Różne rodzaje koasekuracji wymienia się także w Polsce -koasekuracja wewnętrzna - umowa ubezpieczenia tylko z jednym ubezpieczycielem, który podejmuje współpracę z kolejnymi ubezpieczycielami na podstawie udzielonego pełnomocnictwa. Koasekuracja wewnętrzna dzieli się na koasekuracje cichą i solidarną mające na celu określenie sposobu likwidacji szkody: Koasekuracja zewnętrzna –umowa zawierana jest oddzielnie z każdym z ubezpieczycieli i określamy przy tym, jaką część ryzyka ma przejąć dany ubezpieczyciel.

swoim udziałem w ryzyku, w zamian za co, każdy ubezpieczyciel otrzymuje procent składki odpowiadającej procentowi pokrywanego ryzyka.

Koncepcje współubezpieczenia stały się powszechne w okresie kryzysu Covid-19 (Zob. Gajewski, Karwat, Olczyk, Werner, Wierzbicki, 2021, 191) i były związane ze zdolnością zabezpieczenia do uzyskania nowych ubezpieczycieli w przyszłości, aby ubezpieczyć pewne „panrzyka”. Umowa pomiędzy współubezpieczającymi jest zawierana między wiodącym ubezpieczycielem, a innymi ubezpieczycielami w celu ustalenia, jakie są prawa i zobowiązania wiodącego ubezpieczenia wobec innych ubezpieczycieli w zarządzaniu ubezpieczeniem¹⁶⁸. Nie wszyscy współubezpieczyciele są wobec siebie odpowiedzialni solidarnie i w przypadku niewykonania pokrycia procentu odszkodowania przez jednego ze współubezpieczycieli w braku adekwatnych klauzul umownych, nie są zobowiązani do pokrycia jego części. Trzeba zwrócić uwagę że orzecznictwo podkreśla, iż "solidarność zobowiązań nie jest w tym przypadku domniemana" (Cass. civ, 18.01.2006, RGDA, 04-15, 907).

Orzecznictwo francuskiego Sądu Kasacyjnego w sprawie koasekuracji chroni ubezpieczonego, zobowiązując tzw.wiodącego ubezpieczyciela do obliczenia salda ubezpieczenia za szkodę (Cass. civ., 28.05.2009, nr 08-12.315). obarczając go odpowiedzialnością za odzyskanie środków od **innych współubezpieczycieli** (Cass. civ., 27.03. 1990, nr 88-16.63). Sąd Kasacyjny wskazuje na potrzebę oceny stanowiska ubezpieczyciela wiodącego jako „uproszczonego ubezpieczyciela” (Cass.civ., 29.03. 2006, nr 05-12.296). Odsyła do orzekania o celowości odzyskania środków od wiodącego ubezpieczyciela, nawet w przypadku braku klauzuli kontraktowej o treści potwierdzającej taką możliwość. Sąd Kasacyjny nie uważa jednak za klauzulę abuzywną klauzuli wykluczającej solidarność między współubezpieczycielami (Cass.civ., 29.03. 2006, nr 05-12.296).

Koasekuracja oznacza horyzontalny podział ryzyka między kilku ubezpieczycieli. Istnieje inna forma „koasekuracji” zwana ubezpieczeniem liniowym, w oparciu o określone zasady. W tym przypadku jest jedna polisa ubezpieczeniowa i takie samo ryzyko poniesienia kosztów ubezpieczenia ponosi kilku ubezpieczycieli. Tym, co różni koasekurację od tzw. ubezpieczenia liniowego jest to, że w przypadku podziału liniowego między ubezpieczycielami podział jest rozkładem pionowym. Oznacza to, że pierwszy ubezpieczyciel jest dodawany do ubezpieczenia wszystkich składek między wartością x i $x + 1$, drugi ubezpieczyciel jest do ubezpieczenia wartości $x+1$ i $x+2$. Wypłata odszkodowania oznacza że nie wszyscy ubezpieczyciele są zobowiązani do jego wypłacenia.

¹⁶⁸ Podmioty biorące udział w umowie to (fr.) - souscripteur, intermédiaire, apériteur, coassureur.

Współubezpieczyciele we Francji stworzyli struktury administracyjno-księgowe w ramach koasekuracji, w postaci **Bureau Central de Répartition**- Centralnego Biura Rozdziału, organ, który pełni rolę izby rozliczeniowej w zakresie podziału składek i odszkodowań z tytułu koasekuracji między rachunkami bieżącymi otwartymi przez różne zakłady ubezpieczeniowe, czasem wiodących ubezpieczycieli, czasem niewiodących współubezpieczycieli (<https://www.labase-lextenso.fr>). Centralne Biuro działa na rzecz firm ubezpieczeniowych, które są członkami France Assureurs. Jeżeli umowę koasekuracji podpisał zakład ubezpieczeniowy, ubezpieczyciel niebędący członkiem France Assureurs, Biuro wzywa do wypłaty środków odpowiadających udziałowi tego ubezpieczyciela, a po otrzymaniu pełnej składki wypłaca mu jego udział.

Generalnie, choć nie zawsze rolę uprzywilejowanego, wiodącego ubezpieczyciela pełni ubezpieczyciel, który ma największy udział w koasekuracji. Każda ze spółek sygnatariuszy umowy koasekuracji uczestniczy w proporcjach wskazanych kapitałem i bez solidarności pomiędzy nimi. Umowa zawiera postanowienia, na mocy których współubezpieczyciele przełożą pewne uprawnienia ubezpieczycielowi wiodącemu.

Standardy klauzul umów koasekuracji nie są publikowane ale generalnie określają rolę ubezpieczyciela wiodącego. Kontakt ubezpieczonego odbywa się na ogół z ubezpieczycielem wiodącym¹⁶⁹ zarówno przy deklarowaniu ryzyka jak i w trakcie trwania umowy.

Wiodący ubezpieczyciel ma następujące obowiązki — wysyłanie zawiadomień do ubezpieczonego, obieranie składek na całą kwotę, w tym opłaty, podatków, z obowiązkiem podziału ich między różnych współubezpieczycieli, wzywanie ubezpieczonego do zapłaty pełnej składki, do zawieszenia umowy w razie niepłacenia składki, dochodzenie opłacania składek przed sądami, otrzymywanie raporty o szkodach, wypłacanie ubezpieczonemu po scentralizowaniu kwoty odszkodowania należnej od każdego współubezpieczyciela, reprezentowanie współubezpieczycieli we wszystkich sporach jako powód czy przy ochronie praw współubezpieczycieli (Bigot, 2012, 11). Odpowiedzialność współubezpieczycieli może powstać, jeśli będzie popełniony błąd, na przykład poprzez niedoszacowanie kosztów maksymalnego możliwego roszczenia. Współubezpieczyciel nie może zmienić swojego udziału w koasekuracji w ciągu roku ubezpieczeniowego, jeżeli nie nastąpiła zmiana pokrycia lub składki i nie wystąpiło żadne roszczenie.

Umowa koasekuracji obejmuje na ogół przypadki, w których koasekurator może zmodyfikować swój udział poprzez zwiększenie ryzyka, zwiększenie maksymalnej możliwej

¹⁶⁹ Jeżeli ubezpieczony zamierza wypowiedzieć tylko część koasekuracji, musi zastosować się do procedury w stosunku do jedyne go współubezpieczyciela, od którego zamierza się odłączyć.

straty, obniżenie składki bez modyfikacji ryzyka. Gdy dokonana jest delegacja uprawnień, ubezpieczyciel wiodący może zaakceptować podwyższenie gwarancji w imieniu koasekuratora.

Relacje między towarzystwami ubezpieczeniowymi w koasekuracji mają zasadniczo charakter finansowy. Ubezpieczyciel wiodący jednakże udostępnia każdemu współubezpieczycielowi wszystkie dokumenty stosowane do ubezpieczenia ryzyka, jego wyceny i likwidacji szkód. Gdy ubezpieczyciel wiodący dowie się o szkodzie, musi poinformować o tym pozostałych współubezpieczycieli. Jeśli tego nie zrobi w ciągu sześciu miesięcy od złożenia deklaracji przez ubezpieczonego, poniesie sankcje finansowe.

Umowa między współubezpieczycielami określa rodzaje działań, którymi ubezpieczyciel wiodący może zarządzać samodzielnie, pod warunkiem informowania współubezpieczycieli.

6.2.2. Bancassurance we Francji

Określenie „bancassurance” odnosi się do instytucji bankowych zajmujących się działalnością ubezpieczeniową. Jest to związek podmiotów rynku finansowego, które dokonują przenoszenia rynkowych ryzyk. Na początku lat 70 ubiegłego wieku grupy bankowe zaczęły tworzyć spółki zależne zajmujące się ubezpieczeniami na życie i funduszami kapitałowymi, których produkty dystrybuowane były za pośrednictwem sieci banków (Borderie, Lafitte, 2004, 89 i nast).

Artykuł 5 ustawy Prawo bankowe nr 84-46 z dnia 24 stycznia 1984 r. (zmieniony przez Loi nr 96-597 du 2 juillet 1996 – obecnie jest to art. 17. JORF 4.07. 1996) pozwalał na wykonywanie operacji związanych z operacjami kredytowymi, a mianowicie, lokowaniem, subskrypcją, kupnem, zarządzaniem, przechowywaniem, sprzedażą papierów wartościowych oraz wszelkich produktów finansowych, w tym marketingu produktów ubezpieczeniowych.

Banki mogą także, w określonych granicach, działać jako agenci lub brokerzy w imieniu spółki zależnej lub zakładu ubezpieczeń. Zysk brutto uzyskany z prezentacji w imieniu spółki zależnej produktów ubezpieczeniowych nie może jednak przekroczyć 10% dochodu bankowego netto, zgodnie z rozporządzeniem Komisji Nadzoru Bankowego nr 86-21 z dnia 24 listopada 1986 roku (Obecnie arrêté, 28.07. 2021 modifiant le règlement nr 86-21 du 24 novembre 1986 relatif aux activités non bancaires, JORF nr 0177 du 1 août 2021).

Banki rzadko rozwijają swoją działalność związaną z dystrybucją produktów ubezpieczeniowych, woląc rozszerzyć swój cel korporacyjny o działalność maklerską.

Zawierają umowy handlowe z zakładami ubezpieczeń lub ich ubezpieczeniowymi spółkami zależnymi, na warunkach których dystrybuują swoje produkty za pośrednictwem swoich kas w zamian za zapłatę prowizji. W obliczu komputeryzacji i rosnącej automatyzacji, banki zmuszone były zapewnić rentowność swoich sieci kasowych. Prowizje płacone sieci przez spółki zależne banków lub towarzystwa ubezpieczeniowe, które zawarły z bankiem umowę partnerską, stanowią dla banków dodatkowy dochód (Leblond, 2019, 197).

Inwestycje, które należało poczynić, początkowo okazały się umiarkowane, gdyż ograniczały się głównie do szkolenia personelu. Pracownicy banku przedstawiający transakcje ubezpieczeniowe muszą zgodnie z Kodeksem Ubezpieczenia przejść odpowiednie szkolenie i uzyskać kartę profesjonalnego brokera ubezpieczeniowego.

Rozwój „bancassurance” odpowiada także zapotrzebowaniu klientów na globalne oferty finansowe. Wreszcie silny rozwój w latach 80-tych rynku produktów ubezpieczeniowych na życie zachęcił banki do inwestowania na tym rynku. Ponieważ produkty kapitałowe banków są mniej rentowne, zamieniły one część swoich aktywów na tzw. polisy na życie. Uprzywilejowane traktowanie podatkowe (Zob. więcej Gajewski, 2020, 27-32) wyjaśnia sukces tej formy oszczędzania. Produkty ubezpieczeń na życie są teraz doskonale zintegrowane z ofertą długoterminowych produktów oszczędnościowych. O ile prawie 59% ubezpieczeń na życie dystrybuowanych jest w banku, to udział instytucji finansowych w działalności dystrybucyjnej ubezpieczeń od szkód jest znacznie niższy, choć stale rośnie (Leblond, 2019, 197).

Większość banków sieciowych we Francji dystrybuuje produkty ubezpieczenia od szkód z powodów konieczności prowadzenia dochodowej działalności, która nie podlega wahaniom na rynku finansowym. Pierwszym bankierem, który wprowadził na rynek „bancassurance”, był Crédit Mutuel de l'Est, który w 1972 r. utworzył spółkę zależną Assurances du Crédit Mutuel. W 1989 r. Crédit Agricole utworzył spółkę zależną zajmującą się ubezpieczeniem od szkód Pacifica, a następnie Crédit Lyonnais (umowa z Allianz), Banques Populaires (umowa z Maaf), B.N.P. (wraz z U.A.P.), Société Générale (wraz z A.G.F. i Commercial Union) oraz CCF. Dwie ostatnie, Savings Banks (z Mutuelles du Mans Assurances) i C.I.C. (z GAN), posiadają dużą sieć 4200 kas oszczędnościowych (Lambert, 1998).

6.2.3. Captive assurance – samoubezpieczenie, autoubezpieczenie

Samoubezpieczenie (ang. captive insurance company, fr. une captive, autoassurance) (Dauphiné, Provitolo, 2013, 25; Reghezza-Zitt, 2016, 3). jest to transakcja przeznaczona do ochrony ubezpieczeniowej, w której przedsiębiorca rezerwuje część środków na ubezpieczenie wewnętrzne¹⁷⁰. Przedsiębiorca może utworzyć dedykowaną spółkę zależną lub może skorzystać z usług innego podmiotu typu captive lub połączyć siły z innymi przedsiębiorcami,. Jest to ubezpieczenie utworzone specjalnie w celu ubezpieczania części lub całości ryzyk przedsiębiorstwa.

Trudno dokładnie określić pierwszy układ prawno-finansowy, który mógłby stanowić początek przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego typu captive¹⁷¹. Pojęcie to jest pochodzenia anglosaskiego. Powszechnie uważa się, że ubezpieczenia wewnętrzne istniały w jakiejś formie już od lat 70 tych XIX wieku, kiedy powstały pierwsze kluby ochrony i odszkodowań. W 1893 roku amerykańska spółka Commercial Credit Company utworzyła American Credit Indemnity of New York, spółkę zależną, której jedynym celem było ubezpieczanie ryzyka spółki macierzystej. W 1899 r. Konferencja Generalna Metodystycznego Kościoła Episkopalnego utworzyła National Mutual Church Insurance Company. W Europie pierwszy zakład ubezpieczeń typu captive powstał w 1920 r., w Wielkiej Brytanii był to Imperial Chemicals Insurance Limited, a następnie w 1937 r. Blackfriars Insurance (grupa Unilever).

W 1930 roku firmy Peugeot i Citroën uzyskały zgodę na utworzenie swojego zakładu ubezpieczeń. Pojawienie się zależnych zakładów ubezpieczeniowych rozpoczęło się w latach 60tych a do tego czasu na całym świecie powstało tylko około stu autoubezpieczycieli. Co więcej, sam termin „captive” przypisuje się Fredowi Reissowi, który w 1962 roku założył firmę zarządzającą na Bermudach i zaprosił wielu klientów do tworzenia zakładów ubezpieczeniowych typu captive (Venard, 2013, 85-101). Następnie nastąpił szybki wzrost praktyki. W 1977 roku na świecie istniało około 1000 firm autoubezpieczeniowych, ponad 2000 w 1989, 3000 w 1993, 3600 w 1995 i 4800 w 2002 (Venard, 2013, 85-101).

Pojęcie ubezpieczenia typu captive jest używane w bardzo szerokim znaczeniu, obejmuje cztery rodzaje ubezpieczeń wewnętrznych. Captive Insurance sensu stricto, czyli

¹⁷⁰ We Francji reguluje to art. L. 350-2 Kodeksu Ubezpieczeń, wprowadzony rozporządzeniem nr 2015-378 z dnia 2 kwietnia 2015 r.

¹⁷¹ Termin „captive” przypisuje się jednak Fredericowi M. Reissowi, który po raz pierwszy użył go w Ohio w latach 50 na określenie ubezpieczenia klienta z sektora wydobywczego. Spółka posiadała kilka kopalń, których produkcja była przeznaczona wyłącznie dla własnych fabryk. F. Reiss, który pomagał spółce tworzyć towarzystwa ubezpieczeniowe obejmujące wyłącznie te kopalnie, użył więc słowa captive, które dziś określa wszystkie towarzystwa ubezpieczeniowe tego typu.

direct Insurance captive to utworzona przez firmę spółka zależna, która będzie pełnić rolę tradycyjnego ubezpieczyciela, ubezpieczając ryzyka ponoszone wyłącznie przez spółkę. Pobiera ona składki i wypłaca odszkodowania w przypadku roszczeń, zgodnie z tradycyjnym systemem ubezpieczeń (Cahuc, 2004, 4-5). Reasekuracja wewnętrzna obejmuje operację **frontingu**. Ubezpieczenia przedsiębiorstw są zarządzane przez co najmniej jeden rynkowy zakład ubezpieczeniowy, który reasekuruje się z wewnętrzną firmą reasekuracyjną kontrolowaną przez ubezpieczoną spółkę lub grupę spółek¹⁷². Konto wewnętrzne (rent-a-captive) polega na „wynajęciu konta” w zakładzie ubezpieczeń, który posiada konto wewnętrzne podzielone na oddziały. Podobnie jak konto bankowe, każdy oddział reprezentujący rachunek wewnętrzny jest niezależny. Konto jest przypisane do spółki. Na to konto alokowane są opłacone składki i z niego potrącane są odszkodowania. Jest to znacznie bardziej dostępne rozwiązanie, ubezpieczona spółka nie ponosi ciężaru tworzenia określonej struktury i wspierania jej zarządzania.

Wzajemne zakłady „kapytywy” są to spółki zależne należące do kilku przedsiębiorstw (lub grup), nie mające między sobą żadnych powiązań, ale mające wspólne cechy – ten sam sektor działalności, te same rodzaje ryzyka. Zmonopolizowany fundusz wzajemny tworzy podstawową rekompensatę finansową między swoimi członkami, która będzie dla nich opłacalna, o ile zebrane składki umożliwią zaspokojenie roszczeń.

Dążenie przedsiębiorcy do podniesienia efektywności prowadzonej działalności gospodarczej, mierzonej m.in. poziomem kosztów, w tym ubezpieczenia, jest głównym powodem wykorzystywania keptywów¹⁷³. Keptywy występują w licznych formach w zależności od ilości właścicieli i relacji między nimi¹⁷⁴.

¹⁷² W odróżnieniu od wewnętrznego zakładu ubezpieczeń, wewnętrzny zakład reasekuracji działa „w cieniu” tradycyjnego ubezpieczyciela, który bada roszczenia, pobiera składki i umarza ich część. Sens ekonomiczny polega na pokryciu części ryzyka, w przypadku którego ubezpieczyciele odmawiają interwencji lub nie mają możliwości zaoferowania ubezpieczenia.

¹⁷³ Ustawa finansowa na 2023 r. łagodzi opodatkowanie captiwów reasekuracyjnych.

¹⁷⁴ Captive czysty (ang. pure captive, single parent) – utworzony przez jeden podmiot wyłącznie w celu ubezpieczenia ryzyk tego podmiotu oraz korporacji zależnych a także ich przedstawicieli, dyrektorów, pracowników, agentów i niezależnych dostawców. Następny rodzaj to Captive ogólny (ang. broad captive) – będący własnością jednego podmiotu, jednak ubezpieczający ryzyka zarówno właściciela jak i podmiotów od niego zależnych oraz ryzyka podmiotów niezwiązanych z właścicielem. Captive grupowy – utworzony przez kilka podmiotów gospodarczych w celu ubezpieczenia ryzyk należących do nich oraz ich przedstawicieli, dyrektorów, pracowników, agentów i niezależnych dostawców. Niekiedy w świetle regulacji prawnych danego kraju może przybierać postać grupy zatrzymania ryzyka (ang. risk retention group) bądź ubezpieczyciela związków branżowych. Ze względu na charakter zależności między firmami macierzystymi wyróżnia się: Captive stowarzyszeniowy (ang. association captive) – ubezpiecza ryzyka członków grupy kapitałowej (istniejącej ponad rok), jego cechą charakterystyczną jest istnienie ścisłych związków ekonomicznych pomiędzy podmiotami macierzystymi oraz captive specjalny (ang. sophisticated insured captive) – tworzony jest przez grupę podmiotów, które poza partycypowaniem w captive nie są spokrewnione, captive niejednorodny (ang. heterogeneous captive) – będący własnością wszystkich bądź części podmiotów ubezpieczonych w towarzystwie, prowadzących różne rodzaje działalności.

Wraz ze zjawiskiem przenoszenia ryzyka ubezpieczeniowego na rynki finansowe obserwuje się dywersyfikację mechanizmów samoubezpieczenia w przedsiębiorstwach (Brunette, Corcos, Couture, 2020, 615-632). Aspekty finansowe i ubezpieczeniowe zarządzania ryzykiem (risk management) są ze sobą ściśle powiązane. Rozwój wewnętrznych centrów ubezpieczeń i rozwiązań ograniczających ryzyko są szczególnie charakterystyczne dla dużych przedsiębiorców (zob. Praca doktorska Bensalem, 2020, 46).

Ubezpieczenie wewnętrzne stało się istotnym mechanizmem niepozbywania się ryzyka ubezpieczeniowego w przedsiębiorstwach. Ponad połowa z 500 największych amerykańskich spółek ma własne spółki ubezpieczeń wewnętrznych, głównie na tzw. terytoriach offshore. Początkowy rozwój autoubezpieczenia w latach 60tych (Bellenger, 2011, 307). XX wieku był spowodowany zachowaniami oportunistycznymi mającymi na celu wykorzystanie luk w przepisach podatkowych. W przypadku spółki, która zakłada spółkę - własnego ubezpieczyciela, jest to kwestia określenia kosztu samoubezpieczenia ryzyka, co daje zachęty do zapobiegania zjawiskom ubezpieczanym. Ma to również na celu zaoszczędzenie kosztów transakcji ubezpieczeniowych w przypadku „małych ryzyk” o wysokiej częstotliwości występowania i skorzystanie z zalet ochrony przepływów pieniężnych przekazywanych do spółki jako koszty. Te korzyści finansowe pojawiają się w przypadku przedsiębiorstwa, którego zwrot z inwestycji jest zwolniony z podatku lub gdy koszt alternatywny unieruchomienia przepływów pieniężnych w centrum zarządzania ryzykiem jest niższy niż koszt zewnętrznego finansowania przez tradycyjną umowę ubezpieczenia z zewnętrznym ubezpieczycielem.. Mamy wtedy do czynienia z optymalizacją polityki finansowej spółki poprzez wpływ na jej ubezpieczenie. Ponadto, jednostki wewnętrzne umożliwiają bezpośrednie przeniesienie ryzyka rezydualnego na reasekuratorów i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań, takich jak reasekuracja definitywna (fr. la réassurance finale).

Samoubezpieczenie jest używane do alternatywnego transferu ryzyka, daje przedsiębiorcom możliwość obniżenia składki ubezpieczeniowej dotychczas opłacanej, pozwala także na finansowanie negatywnych skutków ryzyk tzw. nieubezpieczalnych.

Autoubezpieczenie jest szczególnie przydatne w przypadku nowych ryzyk, których prawdopodobieństwo jest trudne do oszacowania i dla których jest dość kłopotliwe znalezienie ubezpieczycieli. Autoubezpieczenie chroni spółki przed wahaniami kosztów ubezpieczenia czy w ogóle kosztami uznanymi za nadmierne, niezależnie od tego, czy wynikają one z nadrabiania zaległości po nieoczekiwanym wzroście liczby roszczeń, czy też ze spadku zwrotów z inwestycji finansowych ubezpieczycieli.

Rozwój keptywów od 1986 r. w Stanach Zjednoczonych pojawił się w reakcji na kryzys ubezpieczeń i był charakterystycznym przykładem nowych form samoubezpieczenia (w formie autoubezpieczenia grupowego) w reakcji do napięć na rynku. Powyższe świadczy także o rosnącym nakładaniu się ryzyk ubezpieczeniowych i finansowych w ramach zintegrowanego zarządzania ryzykiem przedsiębiorcy. Niezależnie od tego, czy chodzi o umowy reasekuracyjne, czy ubezpieczeniowe mechanizmy obejmujące spółki, zasady autoubezpieczenia są wspólne.

W przypadku ochrony ubezpieczeniowej poszerzenie ograniczonego ryzyka powoduje ograniczone zobowiązanie ubezpieczyciela zarówno pod względem czasu, jak i wielkości ryzyka, poprzez zorganizowanie zarówno mechanizmu częściowego przeniesienia ryzyka od przedsiębiorcy do ubezpieczyciela ułatwia wewnętrzne rozwiązanie w zakresie nieprzenieszonego ryzyka. Ten podwójny cel jest zwykle realizowany poprzez utworzenie specjalnego konta przez samą spółkę w celu pokrycia przyszłych roszczeń lub roszczeń przeszłych z długim terminem rozliczenia (konto retrospektywne). Problemy odpowiedzialności za środowisko naturalne, odpowiedzialność za wypadki przy pracy i choroby zawodowe (jak w przypadku azbestu) są typowymi przykładami ryzyka nadającego się do autoubezpieczenia. W przypadku dużych spółek ochrona przed ryzykiem ubezpieczeniowym i zarządzanie ryzykiem finansowym wydają powiązane ze sobą poprzez wspólną grę transformacji ryzyka oraz nowe formy przenoszenia ryzyka i samoubezpieczenia.

W mniejszym stopniu istnieje taka sama perspektywa dla poszczególnych ryzyk. Jako inny przykład może służyć przypadek ubezpieczenia rolnego (Boyer, 2008, 30) wzrost ryzyka demograficznego w starzejącym się społeczeństwie i ochrona przed niesamodzielnnością ludzi starych, optymalizacja zarządzania oszczędnościami. Jeżeli łączenie ryzyk pozostaje oczywiście fundamentem działalności ubezpieczeniowej osób fizycznych i spółek, granica zaciera się między poszukiwaniem ochrony przed ryzykiem ubezpieczeniowym a zarządzaniem ryzykiem finansowym (Cordier, 2001, 109-118). Nie powinno się utożsamiać autoubezpieczenia jako rodzaju zagrożenia dla znaczenia działalności ubezpieczeniowej. Można uznać, że jej funkcje i instrumenty rozszerzyły się w zglobalizowanym przemyśle ubezpieczeniowym o takie zarządzanie ryzykiem.

W styczniu 2023 roku francuski ustawodawca wprowadził przepisy mające na celu poprawę ochrony przed ryzykiem francuskich przedsiębiorców poprzez ułatwienie tworzenia struktur autoasekuracji. Dekret, który określa obowiązujące pułapy i zasady rozliczania rezerwy na autoubezpieczenie został w artykułach francuskiego Ogólnego Kodeksu Podatkowego (Code General des Impots) (Décret nr 2023-449 du 7 juin 2023 relatif aux règles

de comptabilisation de la provision pour résilience constituée par les entreprises captives de réassurance, JORF nr 0132, 2023). i Kodeksie ubezpieczeń (Art. L. 352-5 Kodeksu Ubezpieczeń) poprzez nowe zasady ostrożnościowe dla przedsiębiorców tworzących kaptwy.

6.3. Reasekuracja ryzyka

Pojęcie reasekuracji zawiera się w funkcji, w której ubezpieczyciel reasekuruje się od ryzyk, które sam ubezpieczył (Małek, 2011; Bijak, 2009; Monkiewicz, 2012). Poprzez reasekurację ubezpieczyciel najlepiej osiąga wyrównanie podejmowanych przez siebie ryzyk. Reasekuracja to nic innego jak ubezpieczenie ubezpieczyciela. Zarówno w przypadku bardzo dużego ryzyka, jak i masy zwykłych rodzajów ryzyka, które mogą osiągnąć znaczny poziom, ubezpieczyciel może zwrócić się do reasekuratora o przejęcie części czy całości tego ryzyka. Reasekuracja jest to umowa, na mocy której reasekurator zobowiązuje się, w zamian za wynagrodzenie (składka reasekuracyjna), do przejęcia (w całości lub w części) ryzyka objętego przez ubezpieczyciela oraz do udziału w odszkodowaniach za roszczenia, którymi ubezpieczyciel zarządza.

Technika reasekuracji istnieje od wielu wieków. W średniowieczu pojęcie „reasekuracji” obejmowało pojęcie umowy w przypadku niewywiązania się z zobowiązań pierwszego ubezpieczyciela. Podobnie jak w przypadku ubezpieczeń bezpośrednich, reasekuracja, we współczesnym znaczeniu tego słowa, narodziła się także z handlu morskiego. Pierwsza umowa reasekuracji została zawarta przed notariuszem geneńskim w 1370 r. pomiędzy z jednej strony przedstawicielem ubezpieczyciela a dwoma podmiotami gospodarczymi, które działały jako reasekuratorzy, zobowiązując się do zakupu towarów na statku po stałej cenie, jeżeli ten ostatni nie przybyłby w określonym terminie do belgijskiego portu L'Écluse. Ta stała cena była niższa od odszkodowania, które ubezpieczyciel zobowiązał się wypłacić ubezpieczonemu w przypadku opóźnienia. Taka umowa mogłaby zatem zostać uznana za warunkową umowę zakupu, zgodnie z zasadą ówczesnych polis ubezpieczeniowych, z całkowitym przeniesieniem szczególnego ryzyka między poszczególnymi przedsiębiorcami (Ordonnance du 31 juillet 1681 de la marine relative à la police des ports, côtes et rivages de la mer (ordonnance de Colbert).

We Francji Guidon de la Mer, autor podręcznika z drugiej połowy XVI wieku dotyczącego ubezpieczeń morskich, odnosił się do reasekuracji gdy ubezpieczyciel, sądząc, że los statku jest niepewny, uznał za rozsądne dalsze ubezpieczenie tego transportu. Rozporządzenie Marynarki Wojennej wydane przez Colberta w 1681 r. wspomina również

o możliwości przeniesienia ryzyka subskrybowanego na statku przez ubezpieczyciela na reasekuratora, za składkę, która może być wyższa lub niższa niż zapłacona przez ubezpieczonego (<https://www.212assurances.com>). Postęp przemysłu europejskiego i rozwój handlu międzynarodowego na początku XIX wieku skłoniły firmy ubezpieczeniowe do dywersyfikacji działalności i poszukiwania większego bezpieczeństwa, początkowo ze strony innych ubezpieczycieli działających jako reasekuratorzy. Prawdopodobnie ze względu na konkurencję ubezpieczyciele w tym czasie preferowali jako reasekuratorów firmy zagraniczne, które nie działały na lokalnym rynku. Najstarszą tego typu umową była zawarta w 1821 roku między Royal Fire Insurance Company (Paryż) i Compagnie des propriétaires réunis (Bruksela) (<https://www.lemonde.fr>). Reasekuracja obejmowała umowę reasekuracyjną określającą warunki cesji i określającą, że reasekurator zobowiązuje się do pokrycia bieżących i przyszłych zdarzeń, którą druga umawiająca się strona zawarła w swoim kraju.

Reasekuracja umożliwia ubezpieczycielowi zwiększenie zdolności i bezpieczeństwa finansowego wobec ryzyka, które ma być ubezpieczone. Reasekuracja służy także temu aby zachować swój kapitał własny i uniknąć prawdopodobnego bankructwa. Jednak ważny jest również sam wybór reasekuratora. Zakłady **reasekuracji powinny mieć dobrą kondycję finansową** także w przypadku wystąpienia nadmiernych i wyjątkowych zagrożeń, takich jak trzęsienia ziemi czy inne katastrofy naturalne. Praktyka pokazuje, że reasekuratorzy są oceniani na podstawie pewnych kryteriów, w szczególności ich zdolności finansowej i bezpieczeństwa finansowego. **Agencje ratingowe** kontrolują działalność reasekuratorów. Poza techniką koasekuracji o której była mowa wcześniej, w przypadku wysokiego odszkodowania umowa reasekuracji między ubezpieczycielem a jednym lub kilkoma reasekuratorami może przewidywać różne rozwiązania - reasekurację roszczeń zgłoszonych albo reasekurację nieproporcjonalną, reasekurację w której zakład reasekuracyjny zobowiązuje się do pokrycia części każdego roszczenia przekraczającego określony próg lub nawet wszystkich odszkodowań przekraczających określony próg.

6.3.1 Geneza, cele i funkcje reasekuracji

Głównym **celem reasekuracji**, jest umożliwienie ubezpieczycielowi podziału ryzyka bez wydzielenia swoich klientów. Technika ta pozwala między innymi na maksymalizację możliwości kapitałowych zakładów ubezpieczeń przy jednoczesnym zabezpieczeniu ich przed wystąpieniem nadmiernych roszczeń. W praktyce reasekuracja pełni kilka odrębnych funkcji, uzupełnia dywersyfikację aktywów ubezpieczyciela, zwłaszcza na arenie międzynarodowej,

poszerza zakres łączenia ryzyka gwarantowanego przez ubezpieczyciela do ubezpieczyciela w celu wyceny ryzyka. Reasekuracja zastępuje kapitał własny ubezpieczyciela, stanowi wsparcie techniczne dla ubezpieczycieli w zakresie ich wyceny. Wreszcie stanowi instrument połączeń zakładów ubezpieczeniowych, szczególnie w sektorze ubezpieczeń wzajemnych.

Reasekuracja umożliwia:

- 1) zmniejszenie wymogów kapitałowych i kapitałów spółki dokonującej cesji, co jest ściśle regulowane przez Solvency II w zakresie MCR (minimalnego wymogu kapitałowego) i SCR (kapitałowego wymogu wypłacalności) poprzez umożliwienie optymalizacji ich wykorzystania w kierunku najbardziej sprzyjającemu rentownemu rozwojowi firmy ubezpieczeniowej;
- 2) wyrównanie różnic w szkodach lub statystykach dla danego portfela, która polega na wyrównaniu wyjątkowych strat w ciągu roku na danym typie produktu lub nawet w całej branży;
- 3) zapewnienie wsparcia w celu ochrony przed nadzwyczajnymi zagrożeniami, ma to miejsce w przypadku wniosku o ubezpieczenie ryzyka o bardzo wysokiej wartości lub w wyższej niż zwykła średnia wartość lub ryzyka, które nie odpowiada obecnemu ubezpieczeniu;
- 4) globalne pokrycie głównych ryzyk międzynarodowych, pokrycie wszystkich rodzajów ryzyka przedsiębiorcy niezależnie od lokalizacji na świecie na podstawie jednolitych warunków reasekuracji, pomimo różnych praktyk, sformułowań i przepisów w każdym kraju;
- 5) promowanie możliwości ubezpieczenia największych ryzyk, których nie można połączyć na rynku krajowym czy nowych rodzajów ryzyka np. klęsk żywiołowych, terroryzmu, awarii elektrowni jądrowej, nowych technologii;
- 6) wspieranie tworzenia nowych produktów ubezpieczeniowych łączących różne ryzyka np. starzenie się społeczeństwa, choroby cywilizacyjne, odpowiedzialność za środowisko, nanotechnologia, zagrożenia cybernetyczne;
- 7) zapewnienia na rynku podziału ryzyka pomiędzy ubezpieczycieli i reasekuratorów, gwarantujących „ryzyka straty” (stop loss);
- 8) dodatkową wiedzę fachową do ubezpieczeń poprzez znajomość ryzyka i różnych rynków międzynarodowych, zdolności ochrony globalnej, dogłębnej analiza ryzyka, modelowania zdarzeń ekstremalnych, działalności badawczej i innowacyjnej;
- 9) pomoc w zarządzaniu finansami przedsiębiorstwa poprzez wyrównanie zysków cedenta w określonym z góry okresie (reasekuracja strukturalna);

10) gwarancję ogólną wypłacalności i pokrycia ryzyka – reasekuratorzy jako ochrona ostatniej instancji.

6.3.2 Ubezpieczenia a reasekuracja

Trudno jest oddzielić genezę reasekuracji od pochodzenia ubezpieczeń. Pierwsze operacje reasekuracyjne były przeprowadzane po tym, jak ubezpieczyciel uznał, że być może przekroczył limity na pojedynczym ryzyku lub powstała nierównowaga kapitału, którym dysponuje w celu pokrycia ewentualnych strat czy zobowiązanie wobec ubezpieczonego będące przedmiotem umowy, nie daje możliwości zmiany podstawowych warunków *a posteriori*. Powstał więc pomysł uwolnienia części ryzyka poprzez drugą operację zwaną wówczas reasekuracją ryzyka z innym podmiotem, z którego pomocy finansowej można skorzystać w przypadku roszczenia, w zamian za składkę reasekuracyjną odpowiadającą oszacowaniu przeniesionego ryzyka. Od tamtego czasu wszystko się zmieniło. Chociaż nadal istnieją formy reasekuracji obejmujące pojedynczą polisę ubezpieczeniową (która jest technicznie nazywana reasekuracją fakultatywną)¹⁷⁵. Najczęściej zobowiązania między ubezpieczycielem a reasekuratorem dotyczą zestawu polis, które uzgadnia się jako reasekurację na określonym portfolio ryzyka lub branży. Istnieje pewna paralela między definicją działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Obowiązkowa reasekuracja występuje wtedy gdy cedent czyli ubezpieczyciel, wybiera tę metodę reasekuracji, a reasekurator ją akceptuje. Współwykonawcy umowy w drodze wzajemnego porozumienia określają zakres umowy reasekuracyjnej. W tych transakcjach decyduje mniej lub bardziej znacząca liczba kategorii ryzyka. Cedent nie może zdecydować się na zatrzymanie nadwyżki ryzyka, a reasekurator nie może odmówić mu udziału w tej nadwyżce np. na tej podstawie, że nie został o niej poinformowany i w związku z tym nie mógł dokonać retrocesji. Całkowita automatyczność przekazania ryzyka, niezależna od woli obu stron i jej wyrazu, kontrastuje z opisaną powyżej warunkową automatyką trybu fakultatywnego.

Ubezpieczenie to działalność, poprzez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się do wykonania usługi pokrycia szkody na rzecz innej osoby fizycznej lub prawnej, w przypadku zaistnienia elementu losowego, ryzyka, w zamian za sumę pieniężną, z góry ustaloną premię. Reasekuracja obejmuje niektóre z tych elementów ubezpieczenia, ale nie w pełni. W

¹⁷⁵ Reasekuracja fakultatywna – zwana także cesją fakultatywną – jest pierwotnym i najprostszym sposobem działania reasekuracji.

rzeczywistości, jeśli powyższa definicja doskonale opisuje fakultatywną lub nieproporcjonalną operację reasekuracji, której wycena ma charakter techniczny i jest obliczona przez aktuariuszy u reasekuratora, to nie może ona mieć zastosowania do umów proporcjonalnych, czyli umów obejmujących udział w działalności gwarantowanej przez spółkę cedującą zgodnie z pierwotnymi warunkami polisy. Takie umowy są bliższe partnerstwu finansowemu, podobnie jak koasekuracja. Główna różnica między ubezpieczeniem a reasekuracją polega na tym, że ubezpieczyciel ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec ubezpieczonego, który nie musi wiedzieć o operacji reasekuracyjnej.

W przypadku niewykonania zobowiązania przez reasekuratora, ubezpieczyciel pozostaje prawnie związany wszystkimi zobowiązaniami, które zaciągnął wobec ubezpieczonego. Dyrektywa Solvency II (Dreyfuss, 2012, 10-22). definiuje ryzyko kontrahenta i odzwierciedla możliwe straty, które mogą wynikać z nieoczekiwane niewykonania zobowiązania lub pogorszenia jakości kredytowej kontrahentów i dłużników zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji w ciągu najbliższych dwunastu miesięcy (Dreyfuss, 2012, 10-22). Na tę trudność precyzyjnego zdefiniowania stosunku umownego między reasekuratorem a ubezpieczycielem zwrócono uwagę w literaturze fachowej (<https://www.docdu-juriste.com>) dla której umowa reasekuracji jest umową *sui generis*, co oznacza w szczególności, że różni się od umowy ubezpieczenia. Art. L. 111-1 Kodeksu Ubezpieczeń stanowi, że reasekuracja nie podlega przepisom księgi I (umowa), II (ubezpieczenia obowiązkowe) i III księgi (ubezpieczyciele) Kodeksu Ubezpieczeń. Jednak niektóre postanowienia księgi III są specyficzne dla reasekuracji. Umowy reasekuracji podlegają ponadto ogólnemu prawu umów¹⁷⁶. Z prawnego punktu widzenia działalność ubezpieczeniowa i reasekuracyjna są różnie kwalifikowane i podlegają różnym przepisom, zarówno w zakresie prawa właściwego dla umowy, jak i w zakresie innych regulacji. Niewielka liczba autorów we Francji odrzuca zbieżność umów ubezpieczenia i reasekuracji wskazując na to, że każda umowa

¹⁷⁶ We Francji Sąd Kasacyjny musiał dwukrotnie brać pod uwagę charakter prawny reasekuracji. Reasekurator wniósł o unieważnienie umowy reasekuracyjnej, krytykując niechęć i wprowadzenie w błąd cedenta. W wyroku wydanym 5 grudnia 1950 r. (Cass. civ., 5.12.1950 r.: RGAT 1951, s. 431 i nast.) Izba Cywilna przypomniała, że niechęć lub fałszywe oświadczenie anuluje ubezpieczenie tylko pod pewnymi warunkami. Było to ukryte utożsamienie reasekuracji z ubezpieczeniem. Wyrok wydany niecałe dwa lata później, 17 marca 1952 r. (Cass. civ., 17.03.1952: RGAT 1952, s. 69 i nast.) – umowa reasekuracyjna miała zastosowanie do polis w sektorze ubezpieczeń na życie. Cedent zbankrutował, a reasekurator wniósł o dopuszczenie jego długu do masy upadłościowej na zasadach uprzywilejowanych, tak jak byłoby to zadłużeniem ubezpieczonego. Sąd Kasacyjny uchylił i unieważnił wyrok Sądu Apelacyjnego, który zadowolili reasekuratora i stwierdził, że ubezpieczony podlega w pewnym stopniu prawu ubezpieczyciela i musi móc liczyć na specjalne gwarancje. Zauważyła się, że gdy ubezpieczyciel decyduje się na reasekurację, cedent i reasekurator mają jedynie ograniczenia swobody zawierania umów w postaci limitów nałożonych na każdą umowę. Inaczej jest w przypadku umów ubezpieczeniowych, które we wszystkich krajach podlegają szczególnym restrykcyjnym przepisom ustawowym.

reasekuracji jest umową *sui generis* losową, o specyficznym charakterze (Hagopian, Szmaragd, 2023, 68). Ostatni rozwój orzecznictwa charakteryzuje się coraz wyraźniejszymi rozróżnieniami, do jakich skłaniają się sądy do tego stopnia, że można zasadnie uważać, że oznaczają one w istocie uznanie specyfiki charakteru prawnego reasekuracji (Hagopian, Szmaragd, 2023, n. 85 i nast).

Reasekuracja narodziła się z potrzeby praktyki, z czasem zbudowano sieć nieformalnych relacji umownych. Często pojawiają się określenia, które są prerogatywą międzynarodowego prawa publicznego i wykazują paralelizm tej działalności z działalnością międzynarodową, czy to publiczną, czy prywatną. Przykładem interakcji z międzynarodowym prawem publicznym jest użycie określenia traktat na określenie dokumentu umownego podpisanego między ubezpieczycielem a reasekuratorem, w odniesieniu do umów handlowych podpisanych między państwami. Podobnie pojęcia odnoszą się do traktatów prawa międzynarodowego, takich jak klauzula największego uprzywilejowania reasekuratora¹⁷⁷. Zwyczaje zawodowe i praktyki handlu międzynarodowego odgrywają w międzynarodowej działalności reasekuracyjnej nadrzędną rolę. Ze względu na krótką historię techniki reasekuracyjnej, prawo mogło przejść istotną ewolucję od początkowego okresu, kiedy podstawowe zasady zostały określone. Pierwsza to dobra wiara między ubezpieczycielem a reasekuratorem, druga to powiązanie losu obu stron (Hagopian, Szmaragd, 2023, 83 i nast). W latach 1745-1864, kiedy reasekuracja była zabroniona w Wielkiej Brytanii (ustawa o ubezpieczeniach morskich z 1745) (Hagopian, Szmaragd, 2023, 83 i nast.), zobowiązania między stronami umowy reasekuracji mogły opierać się jedynie na honorze, szacunku dla danego słowa i trosce o utrzymanie zrównoważonego i trwałego partnerstwa pomiędzy stronami.

W mechanizmie reasekuracji nie ma powiązania między ubezpieczonym a reasekuratorem. Ubezpieczony jest osobą trzecią umowy reasekuracji, podobnie jak reasekurator jest osobą trzecią cedowanych polis ubezpieczeniowych, natomiast współubezpieczyciele w kaptwach są ubezpieczycielami będącymi stronami umowy ubezpieczenia. Równie dobrze można uznać, że każdy ze współubezpieczycieli uczestniczących w pierwotnej polisie ze względów ostrożności scedował swoje zobowiązanie lub część swojego zobowiązania na reasekuratora. W każdym razie o istnieniu reasekuracji (czy

¹⁷⁷ KNU oznacza postanowienie traktatu, w którym państwo zobowiązuje się wobec innego państwa przyznać mu traktowanie najbardziej uprzywilejowane w określonym zakresie stosunków międzynarodowych. Zob. Kałuński M., Klauzula największego uprzywilejowania w prawie konsularnym, Toruń, <https://europeistyka.uj.edu.pl/documents/3458728/b45733d1-931d-4063-b207-73822cefb76a>.

to w przypadku koasekuracji, czy też reasekuracji jednego ubezpieczyciela) generalnie nie informuje się ubezpieczonego, ponieważ fakt reasekuracji go nie dotyczy. Stosunek prawny ubezpieczonego istnieje tylko z ubezpieczycielem, a ubezpieczony nie ma prawa regresu wobec reasekuratora swojego ubezpieczyciela. Istnieją jednak wyjątki, które w niektórych umowach przewidujących klauzulę przejściową. Klauzula ta umożliwia pierwotnemu ubezpieczonemu, w szczególności w krajach, w których istnieje obowiązkowy system ubezpieczeń z lokalnym ubezpieczycielem, który nie oferuje wszystkich ubezpieczeń wypłacalności, na umowny kontakt bezpośrednio z reasekuratorem w przypadku powstania roszczenia i niepowodzenia wypłaty odszkodowania. Charakter zobowiązań pomiędzy cedentem a reasekuratorem dotyczy wyłącznie stron umowy reasekuracji.

Reasekuracja **nie jest zatem klasycznym ubezpieczeniem**. Zdaniem ustawodawcy francuskiego jak i polskiego reasekuracja wymyka się przepisom o ubezpieczeniach. W prawie francuskim definicja pozostaje poza kwalifikacją z art. L111-1 i nast. Kodeksu Ubezpieczeń¹⁷⁸ i jest rozproszona¹⁷⁹. Aktualna definicja reasekuracji zawarta jest w art. L. 310-1-1 Kodeksu Ubezpieczeń, choć pojawiła się dopiero po transpozycji Dyrektywy 2005/68 za 16 listopada 2005 r. dotyczącej reasekuracji (Dyrektywa 2005/68/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 listopada 2005 r. w sprawie reasekuracji oraz zmieniająca dyrektywy Rady 73/239/EWG, 92/49/EWG, a także dyrektywy 98/78/WE i 2002/83/WE (Dz. U. UE L 323 z 9.12.2005, 1–50)), której celem było ustanowienie europejskiego rynku reasekuracji. W konsekwencji transpozycji dyrektywy, zakład reasekuracyjny uprawniony do działania w jednym państwie może działać we wszystkich państwach UE. Generalnie technika reasekuracji ma charakter transnarodowy, logiczne i konieczne jest więc posiadanie jednolitych przepisów i zasad w tym zakresie. Dyrektywa została transponowana do porządku francuskiego rozporządzeniem 2008/108 z dnia 13.06.2008 (Ordonnance nr 2008-556 du 13 juin 2008 transposant la directive 2005/68/ CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance et réformant le cadre juridique des fonds communs de créances,

¹⁷⁸ Art. L. 111-1 Kodeksu Ubezpieczeń – (fr.) „Les titres Ier, II et III du présent livre ne concernent que les assurances terrestres. A l'exception des articles L. 111-6, L. 112-2, L. 112-4, L. 112-7 et L. 113-4-1, ils ne sont applicables ni aux contrats d'assurance régis par le titre VII du présent livre ni aux opérations d'assurance crédit; les opérations de réassurance conclues entre assureurs et réassureurs sont exclues de leur champ d'application”, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024376802, dostępne dnia 20.12.2022.

¹⁷⁹ Art. L. 310 Kodeksu Ubezpieczeń (tłum. własne) Reasekuracja jest działalnością organizacji inną niż podmiot sekurytyzacyjny, o której mowa w art. L. 310-1-2, polegającą na przyjmowaniu ryzyka cedowanego przez zakład ubezpieczeń, inny zakład reasekuracji lub dodatkowy pracowniczy fundusz emerytalny, albo przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, ich związki albo zakład lub kasę dodatkowego pracowniczego ubezpieczenia emerytalnego, określone w księdze II Kodeksu Ubezpieczeń Wzajemnych, albo przez zakłady ubezpieczeń wzajemnych, ich związki albo instytucję lub związek zawodowych emerytur uzupełniających, regulowane na podstawie tytułu 3 ustawy o ubezpieczeniach wzajemnych księdze 9 kodeksu ubezpieczenia społecznego”.

JORF, 14.06.2008 z późn. zm.), uzupełniona rozporządzeniem 2009-108 z dnia 30.01.2009 (Ordonnance nr 2009-108 du 30 janvier 2009 portant diverses dispositions relatives aux entreprises de réassurance, JORF nr 0026 du 31 janvier 2009). Należy wyraźnie podkreślić, że to właśnie dzięki prawu UE wprowadzono definicję reasekuracji do prawa francuskiego i znajduje się ona w art. L. 310-1-1 Kodeksu Ubezpieczeń (Zmienionym rozporządzeniem 2019-575 z 12 czerwca 2019 r. Ordonnance nr 2019-575 du 12 juin 2019 relative aux activités et à la surveillance des institutions de retraite professionnelle, JORF nr 0135 du 13.06.2019). Reasekuracja zmieniła się znacząco po Brexicie¹⁸⁰, regulator francuski przyjął przepisy zakazujące wszelkich nowych operacji reasekuracyjnych w Wielkiej Brytanii na starych zasadach, a które mogłyby skutkować dalszym ciągiem wystawianiem takich samych składek. Zgodnie z art. L. 310-2-3 francuskiego Kodeksu Ubezpieczeń wynikającym ze zmiany ustawy z dnia 16 grudnia 2020 r. jeżeli spółka zagraniczna mająca stałą siedzibę w państwie trzecim zawarła umowę na podstawie ust. 2 lub 1 art. L. 319-2 i nie znajduje się już w jednej z sytuacji przewidzianych w pierwszym ustępie tego samego artykułu. Umowa ubezpieczenia bezpośredniego lub reasekuracji nie może stanowić podstawy do jej odnowienia czy przedłużenia. Poza tym zakazem ustawodawca francuski rozróżnia ryzyko reasekuracji od sekurytyzacji oraz sytuacji, gdy reasekuracja łączy ryzyka. Techniki rynku finansowego uzupełniają techniki reasekuracji.

Francuski ustawodawca określa **warianty reasekuracji**. Ograniczona reasekuracja finansowa¹⁸¹, znana również jako reasekuracja skończona, oznacza reasekurację, w ramach której maksymalna potencjalna strata reasekuratora wynikająca ze znacznego przeniesienia zarówno ryzyka ubezpieczeniowego, jak i ryzyka zapadalności płatności przekracza znaczną kwotę, ale ogranicza składki płatne w całym okresie kontraktu. Główny ubezpieczyciel jest cedentem, podczas gdy reasekurator jest cesjonariuszem, przy czym reasekurator może sam się reasekurować i ustanowić retrocesję wobec własnego reasekuratora.

Spółki reasekuracyjne mające siedzibę we Francji podlegają kontroli ACPR zgodnie z art. L 612-2 **KMF**. Reasekuracja jest na ogół wykonywana przez spółki sektora prywatnego. W niewielu przypadkach ustawodawca przewidział podmioty prawa publicznego. Przykładem

¹⁸⁰ Trzeba podkreślić, że Francja zajmuje szóste miejsce, a od 2013 roku wyprzedziła reasekurację brytyjską. Największy zakład francuskiej reasekuracji to Scor. Zob. <https://www.scor.com/fr>, dostępne dnia 29.12.2022,

¹⁸¹ Art. L. 310-1. u. 2 Kodeksu Ubezpieczeń (tłum. własne) - Ograniczona reasekuracja finansowa (znana jako „reasekuracja ograniczona”) oznacza reasekurację, w ramach której maksymalna potencjalna strata reasekuratora, wynikająca ze znacznego przeniesienia zarówno ryzyka ubezpieczeniowego, jak i ryzyka zapadalności płatności, przekracza, o znaczną, ale ograniczoną kwotę, składki należne od cedenta przez cały okres obowiązywania umowy. Ta reasekuracja ma również co najmniej jedną z następujących dwóch cech: 1° Wyraźnie uwzględnia wartość pieniądza w czasie; 2° Przewiduje umowny podział, który ma na celu złagodzenie w czasie skutków ekonomicznych reasekurowanego ryzyka w celu osiągnięcia określonego poziomu transferu ryzyka.

jest Centralna Kasa Reasekuracji - *Caisse centrale de reassurance*, utworzona na mocy art. 11 ustawy 92-665 z 16 lipca 1992 r. (Loi nr 92-665 du 16 juillet 1992 portant adaptation au marché unique européen de la législation applicable en matière d'assurance et de crédit, JORF nr 164, 17.07.1992), która jest uważana za reasekurację państwową. Caisse centrale jako osoba prawna prawa publicznego o charakterze przemysłowym i handlowym, dokonuje reasekuracji skonkretyzowanych ryzyk szczegółowo wymienionych w ustawie. Dla przykładu chodzi tu o ryzyka związane z wojną. Inny przykład obejmuje ryzyka nuklearne czy akty terroryzmu, zamachy, katastrofy naturalne. Caisse centrale korzysta oczywiście z gwarancji państwowych. Największy we Francji zakład reasekuracji SCOR wystąpił do Rady Stanu o zbadanie czy taki status państwowy Caisse centrale uregulowany w Kodeksie Ubezpieczeń jest zgodny z zasadami równości przedsiębiorców z zasadą swobody gospodarczej, wolności handlu i przemysłu zważywszy na to iż państwo udziela ochrony tylko względem Caisse centrale. Sprawą zajęła się francuska Rada Konstytucyjna, która wskazała na zgodność tego artykułu z 12 ustępem preambuły Konstytucji RF wskazującej na solidarność narodową i równość wobec tragedii narodowych, podpierając się również artykułami 4 i 6 Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela (<https://www.conseil-constitutionnel.fr>).

6.3.3 Rodzaje reasekuracji

Pierwszy rodzaj reasekuracji to reasekuracja finansowa (nietradycyjna), która oznacza regres zobowiązania w celu pokrycia skrajnych ryzyk poprzez sekurytyzację portfeli ryzyka. Reasekuracja nieproporcjonalna zawiera zobowiązanie reasekuratora do udziału w roszczeniach do ustalonej wcześniej maksymalnej kwoty. Odpowiednia składka reasekuracyjna jest czasem stała, ale generalnie korygowana na podstawie obrotu, ma zastosowanie do całego objętego ubezpieczeniem portfela, a obliczana jest przez aktuariusza reasekuratora, zgodnie z ekspozycją transzy ryzyka (Młynarczyk, 2014, 15).

W ramach reasekuracji proporcjonalnej czyli reasekuracji partycypacyjnej, reasekurator zobowiązuje się do udziału w wypłacie ubezpieczenia z objętego portfela ubezpieczyciela, w takiej samej proporcji jak składki cedowane przez ubezpieczyciela. Reasekuracja proporcjonalna w umowach obejmuje dwie główne formy: reasekurację kwotowo-udziałową oraz umowę nadwyżkową pełną

Możliwości techniczne reasekuratora i znajomość rynków międzynarodowych reasekuracji są często wykorzystywane do rozwijania nowych technik, niezależnie od tego, czy jest to nowa branża dla danego rynku, czy nowa dla ubezpieczyciela. W stosunkach między

ubezpieczycielem a reasekuratorem pojawia się zatem inny aspekt partnerstwa np. w zakresie pomocy technicznej. Przy tej okazji reasekurator może przenieść know-how nabyte w jednym kraju do innego.

Pokrycie ryzyka i roszczeń, czasem z trudnością można połączyć tylko w skali jednego kraju, na przykład: trzęsienia ziemi, burze typu cyklonowego na odsłoniętych obszarach, umieszczenie na orbicie satelity i „życie” satelitów, gwarancji platform wiertniczych lub ryzyka zanieczyszczenia mórz. Są to tak zwane ryzyka katastroficzne, które mogą obejmować również zagrożenia związane z rozwojem technologicznym, a w szczególności „cyberryzyko” jak i pandemii. Reasekurator chcący zabezpieczyć się w zakresie znaczących zobowiązań korzysta z reasekuracji drugiego stopnia.

6.4. Zarządzanie ryzykiem poprzez cybertechnologie

Podobnie jak inne branże, środowisko ubezpieczeniowe zostało zmuszone do dostosowania się do rewolucji technologicznej związanej z cyfryzacją. Transformacja przedsiębiorczości radykalnie przekształca wykonywanie obowiązków przez ubezpieczycieli. Głównym wyzwaniem pozostaje jednakże rewolucja technologiczna.

Sektor ubezpieczeń należy do najbardziej dynamicznych we Francji, faktem pozostaje, że w przeciwieństwie do innych fintechów, finansowanie asurtechów ma tendencję spadkową.

Cyfrowa rewolucja zmniejsza koszty badań ryzyka, przechowywania i przetwarzania danych oraz ich kontroli. Sama redukcja kosztów nie spowodowała jednak wiele nowego. Znajduje się ona w centrum całego procesu postępu technologicznego, którego wzrost w ubezpieczeniach wynika z czterech podstawowych zjawisk. Powstała technologia big data (Bénéplanc, 2015) spowodowała nagromadzenie olbrzymich baz informacji¹⁸² czy wzajemne połączenia między Internetem a rzeczami rzeczywistymi (na przykład NFT). Wzrosła liczba miejsc i środowisk technicznych, które umożliwiają gromadzenie nowych danych, powodując ich korelacje, co może prowadzić do lepszej wiedzy na temat organizacji ubezpieczeń czy prawdopodobieństwa zagrożeń. Istnienie sztucznej inteligencji spowodowało rozwój

¹⁸² Tzw. „Internet rzeczy” to innowacja technologiczna polegająca na połączeniu w sieci obiektów fizycznych. Często określana angielską terminologią „Internet of Things” jest jedną z jedenastu przełomowych technologii zidentyfikowanych w skali globalnej, w tym sztuczną inteligencją (AI) i big data. Technologia ta charakteryzuje się dwiema funkcjami: z jednej strony identyfikującą, z drugiej – komunikacyjną, czyli umożliwiającą transmisję informacji. Komisja ds. wzbogacania języka francuskiego zdefiniowała to zjawisko jako wszystkie połączone obiekty, a także sieci telekomunikacyjne – w tym Internet, sieci radiokomunikacyjne z telefonami komórkowymi czy nawet wyspecjalizowane sieci o niskiej przepustowości oraz powiązane z nimi platformy przetwarzania zebranych informacji.

projektów w tym zakresie. Powstanie zorganizowanych rynków na poziomie platform w formie algorytmu znacznie zmieniło obraz rynku finansowego.

W rzeczywistości transformacja cyfrowa w ubezpieczeniach i reasekuracji przechodzi przez cztery główne kanały: automatyzację zadań finansowych i zarządczych, indywidualizację danych klientów, a także wzrost ryzyka cybernetycznego. Dla tych zjawisk cyfryzacja stwarza szanse, ale także zagrożenia pochodzące od wchodzących do praktyki nowości. Regulacje ubezpieczeniowe doznając transformacji cyfrowej, kwestionują wcześniejszą solidarność, współdzielenia i uspołecznienia ryzyka, które przebija indywidualizacja danych indukująca pewną homogenizację zachowań. W rzeczywistości cyfryzacja ubezpieczeń występuje w każdym etapie działalności ubezpieczeniowej, od produktów po zarządzanie finansowo-księgowe, poprzez dystrybucję, zarządzanie ryzykiem i zarządzanie roszczeniami, konkurencyjność kosztową. Ponadto w ubezpieczeniach cyfryzacja jest bardzo bliska granic prawnym narzuconych przez ochronę danych.

Z kolei, analiza **big data**, czyli danych masowych, pozwala na przekierowanie dotychczasowego trybu analizy ubezpieczeniowej na kilkadziesiąt dostępnych wiarygodnych zmiennych (wiek, płeć, kategoria społeczno-zawodowa, czy ogólna sytuacja finansowa) służących do stworzenia modelu wyceny składki ubezpieczeniowej na podstawie próby, której adekwatność sprawdza prawo statystyczne. Wzrost ilości danych i mocy obliczeniowej umożliwił organizacjom ubezpieczeniowym odwrócenie procesu obliczeniowego.

Według Unii Europejskiej oczekuje się, że globalna **produkcja danych wzrośnie** o 530% w latach 2018–2025, z 33 do 175 zettabajtów (Commission Européenne, 2020).

Od 2015 r. big data i rewolucja cyfrowa były postrzegane jako przebudowa podejścia do ryzyka (a więc klienta), ich oceny, zarządzania nimi (cyfrowo i w czasie rzeczywistym) oraz ich zaopatrzenia. Strategia europejska zakłada wykorzystanie dostępności ogromnej ilości danych do opracowywania nowych procesów i rozwijania technologii opartych na systemach sztucznej inteligencji, udostępniając bardziej wyrafinowane techniki predykcyjne w celu lepszego podejmowania decyzji (Commission Européenne, 2020).

Posiadanie dużej ilości danych otworzyło nowe perspektywy w ubezpieczeniach. Wzmocnienie wiedzy o kliencie, pozwala tworzyć nowe usługi odpowiadające bardziej szczegółowym lub nowo zidentyfikowanym potrzebom ubezpieczających. Elementy ryzyka zbierane w czasie rzeczywistym dotyczą na przykład w ubezpieczeniu samochodów danych co do sposobu przyspieszania, sposobu pokonywania zakrętów, ogólnego tempa pojazdu i hamowania itp.

Istnieje system „pay as you drive”, czyli ubezpieczenie wyceniane na bieżąco. Umowy dostosowują się do nowej, bardziej elastycznej koncepcji zindywidualizowanej ochrony, uruchamianej, czasem minutowo, ze skrzynki zainstalowanej w pojeździe mechanicznym¹⁸³.

Modele, które poprawiają kwantyfikację narażenia na ryzyko za pośrednictwem nowych technik obliczeniowych i rejestracyjnych, mają jednak trudności ze znalezieniem odbiorców, mimo że konsumenci mogą korzystać z lepszej kontroli swoich składek. Możliwe jest, że w przyszłości ubezpieczyciele będą mogli monitorować jazdę kierowców jedynie za pomocą czujników zintegrowanych z samym pojazdem, bez żadnego konkretnego obiektu odpowiedzialnego za gromadzenie danych, a także etykiety RFID umieszczone na oponach samochodowych (CNP, 2023). W Stanach Zjednoczonych producent pojazdów elektrycznych Tesla wykorzystuje czujniki zintegrowane w swoich pojazdach, aby bezpośrednio zbierać informacje o prowadzeniu pojazdu, bez konieczności instalowania specjalnego narzędzia. Ocena stopnia ryzyka zachowań drogowych kierowców pojazdów Tesli daje wynik, który obniżyłby składki o 20 do 40%. Jednak tego rodzaju polisy ubezpieczeniowe są obecnie oferowane tylko w Stanach Zjednoczonych (CNP, 2023). Połączenie przedmiotu ubezpieczonego z siecią internetu może posłużyć do ustalenia przyczyn uszkodzenia przedmiotu ubezpieczenia, warunków w jakich do niego doszło. Ubezpieczony będzie mógł dzięki temu łatwiej ustalić, czy znajduje się w warunkach objętych umową. Kamery pokładowe pojazdów samochodowych Dashcam cieszą się coraz większym powodzeniem. Zgłaszanie szkód poprzez połączenie internetowe istnieje we Francji poprzez aplikację mobilną e-constat.

Ubezpieczyciel będzie w niedalekiej przyszłości mógł liczyć na ekspertów wyposażonych w drony z podłączonymi kamerami, systemy sztucznej inteligencji do analizy obrazów szkód i automatyzacji przetwarzania faktur czy identyfikacji ewentualnych oszustw ubezpieczeniowych. Zarządzanie szkodami wspomagane przez połączone obiekty umożliwia zbliżenie ryzyka i zgłoszeń szkód do wyników czujników w celu wykrycia niezgodności pozwalających na odmowę odszkodowania.

Wcześniej ubezpieczyciel posiadał jedynie informacje ujawnione przez osobę ubezpieczoną. Postęp technologiczny i masowość zbieranych danych to zmienia. Dochodzi do segmentacji taryfowej, funkcjonowania zasady „Płać zależnie od tego jak żyjesz”, co niekoniecznie leży w interesie ubezpieczyciela, może bowiem powodować zbyt mocną

¹⁸³ Niektórzy ubezpieczyciele mają wyspecjalizowane oferty, jedną z grup docelowych jest mieszkaniec miasta korzystający ze swojego pojazdu w celach rekreacyjnych lub posiadający kilka samochodów. Składkę można obniżyć od 20 do 30% w porównaniu do ubezpieczenia konwencjonalnego, a w niektórych przypadkach nawet do 50%. Jednakże otwieranie aplikacji ubezpieczeniowej na każdą podróż wydaje się hamulcem, podobnie jak złożoność wyliczenia składki.

zmiennosc portfela ubezpieczen. Dane moga stwarzac problemy w rownym stopniu, jak moga pomoc w ich rozwiazaniu, w tym dla ubezpieczyciela. W szczegolnosci kwestionuje sie rownowage miedy segmentacja a laczeniem danych, ktore big data nieuchronnie przesuwaja, niosac pewne ryzyka.

Waznym aktem prawnym zwiazanym z bezpieczenstwem cybernetycznym jest rozporzadzenie Parlamentu Europejskiego i Rady 2022/2554 z dnia 14 grudnia 2022 r. w sprawie operacyjnej odpornosci cyfrowej sektora finansowego (Rozporzadzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2554 z dnia 14 grudnia 2022 r. w sprawie operacyjnej odpornosci cyfrowej sektora finansowego i zmieniajace rozporzadzenia (WE) nr 1060/2009, (UE) nr 648/2012, (UE) nr 600/2014, (UE) nr 909/2014 oraz (UE) 2016/1011 (Dz. U. UE L 333, 2022), nazywane rozporzadzeniem DORA). dotyczace zwalczania cyberprzestepczosci i wzmacniania bezpieczenstwa systemow informatycznych, a tym samym przechowywanych danych dla sektora ubezpieczeniowego i wszystkich jego podwykonawcow.

6.5. Sekurytyzacja w ubezpieczeniach

Sekurytyzacja aktywow jest **atrakcyjna dla przedsiebiorcow** z kilku powodow. Pozwala im na szybkie uzyskanie plynnosci poprzez zastapienie wierzytelnosci o dluzszym lub krrotszym terminie wymagalnosci. Umozliwia takze przeniesienie ryzyka braku splaty kredytu na podmiot emitujacy, a tym samym na inwestorow posiadajacych papiery wartosciowe, z zastrzezeniem obowiazkow zatrzymania ryzyka przedsiebiorcow. Z tego powodu jest to mechanizm, ktory moze poprawic wspolczynnik wypalalnosci. Sekurytyzacja umozliwia czasami poprawe prezentacji bilansow jednostek inicjujacych poprzez zastapienie naleznosci terminowych natychmiast dostepna plynnoscia. Wiele transakcji sekurytyzacyjnych nie pozwala jednak na „usuniecie” wierzytelnosci z bilansu, gdyz inicjatorzy, dokonujac subskrypcji podporzadkowanych papierow wartosciowych i pozostalych udzialow, zachowuja kontrole nad sekurytyzowanym skladnikiem aktywow w rozumieniu miedzynarodowego standardu rachunkowosci MSSF 10¹⁸⁴.

¹⁸⁴ MSSF10 - Inwestor posiada wladze nad jednostka, w ktorej dokonano inwestycji, w przypadku, gdy dysponuje aktualnymi prawami dajacymi mu mozliwosc biezacego kierowania istotnymi dzialaniami, tj. dzialaniami, ktore znacząco wplywaja na wyniki finansowe tej jednostki. Rozporzadzenie Komisji (UE) NR 1254/2012 z dnia 11 grudnia 2012 r. zmieniajace rozporzadzenie (WE) nr 1126/2008 przyjmujace okreslone miedzynarodowe standardy rachunkowosci zgodnie z rozporzadzeniem (WE) nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do Miedzynarodowego Standardu Sprawozdawczosci Finansowej 10, Miedzynarodowego Standardu Sprawozdawczosci Finansowej 11, Miedzynarodowego Standardu Sprawozdawczosci Finansowej 12, Miedzynarodowego Standardu Rachunkowosci 27 (z 2011 r.) oraz Miedzynarodowego Standardu Rachunkowosci 28 (z 2011 r.) (Dz. U UE L 360 z 29.12.2012, s. 1-77).

Sekurytyzacja, została przyjęta do prawa francuskiego relatywnie późno i kosztem wielu zmian legislacyjnych. **Prawo francuskie definiuje sekurytyzację** przez pryzmat jej dedykowanego podmiotu – spółki celowej, a dokładniej jej celu.

Art. L. 214-42-1 Kodeksu Monetarnego i Finansowego wynikający z Rozporządzenia nr 2008-556 z dnia 13 czerwca 2008 r. (Ordonnance nr 2008-556 du 13 juin 2008 transposant la directive 2005/68/ CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance et réformant le cadre juridique des fonds communs de créances) ustanowił, że celem spółki celowej jest (tłum. własne) „z jednej strony narażenie na ryzyko, w tym ryzyko ubezpieczeniowe, poprzez nabycie wierzytelności lub zawarcie kontraktów stanowiących terminowe instrumenty finansowe lub przeniesienie ryzyk ubezpieczeniowych” i „z drugiej strony ubezpieczenie całości i finansowanie lub pokrycie ryzyk poprzez emisję akcji, jednostek uczestnictwa lub dłużnych papierów wartościowych, poprzez zawieranie kontraktów stanowiących terminowe instrumenty finansowe lub przeniesienie ryzyka ubezpieczeniowego lub poprzez wykorzystanie pożyczek lub innych form zasobów (Art. L. 214-42-1, Kodeksu Monetarnego i Finansowego wynikający z Rozporządzenia nr 2008-556 z dnia 13 czerwca 2008 r.). Należy zatem pojęcie sekurytyzacji pojmować szerzej jako operację mającą na celu finansowanie lub pokrycie ryzyk, na które narażony jest podmiot dokonujący sekurytyzacji. To bardzo szerokie podejście potwierdza obecna definicja sekurytyzacji, pojawiająca się obecnie w art. L. 214-168, I, ust. 1 KMF, zgodnie z którą (tłum. własne) „Celem podmiotu celowego jest z jednej strony narażenie na ryzyka, w tym ryzyka ubezpieczeniowe, o których mowa w art. **L. 214-175-1**, a z drugiej strony zapewnienia ich pełnego finansowania lub pokrycia”. Tym samym prawne określenie celu podmiotu celowego nie wspomina już o pojęciu nabycia długu, nawet jeśli operacja ta pozostaje możliwa i odpowiada najczęstszej praktyce (Art. L. 214-169 Kodeksu Monetarnego i Finansowego).

W najbardziej tradycyjnej formie sekurytyzacja polega na tym, że podmiot, który ma wierzytelności, przenosi na podmiot trzeci – spółkę celową, która emituje papiery wartościowe na rynku finansowym w celu sfinansowania przejęcia ryzyka. Podmiot celowy (Single Purpose Vehicle - SPV) pokrywa wartość nabywanych aktywów środkami pochodzącymi z emisji papierów wartościowych, zabezpieczonych (dodatkowo lub wyłącznie) sekurytyzowanymi wierzytelnościami.

Przedsiębiorstwo sekurytyzacyjne – spółka celowa, naraża się na ryzyko i musi je sfinansować, zabezpieczyć, w szczególności poprzez emisję jednostek uczestnictwa, akcji lub dłużnych papierów wartościowych. Takie przedsiębiorstwo sekurytyzacyjne (podmiot celowy)

we Francji może zostać utworzone w formie wspólnego funduszu sekurytyzacyjnego lub spółki sekurytyzacyjnej (Quiquerez, 2023, 25).

Zasadniczo transakcja sekurytyzacyjna odbywa się w dwóch etapach. Pierwszy polega na ekspozycji na ryzyko, która często polega na cesji wierzytelności inspirowanej procedurą cesji Dailly¹⁸⁵. Drugi etap dotyczy finansowania lub pokrycia ryzyk, na które narażony jest podmiot.

Dyrektywa Europejska 2005/68 WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 listopada 2005 r. uregulowała sekurytyzację ryzyka ubezpieczeniowego na poziomie Unii Europejskiej (Ghotbi i Saint-Marc, 2006, 64). Sekurytyzacja stanowi alternatywę dla reasekuracji, gdyż poprzez nią zakład ubezpieczeń przenosi na spółkę celową ryzyka, na które jest ona narażona w ramach umów zawartych z ubezpieczającymi. Spółka celowa emituje następnie na rynku papiery wartościowe w celu finansowania tego ryzyka. Dyrektywa, która miała zostać transponowana we Francji do 10 grudnia 2007 r., umożliwiła rynkowi finansowemu zapewnienie reasekuracji ryzyk ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń. W konsekwencji konieczna była modernizacja ustawodawstwa francuskiego, aby dłużne fundusze wspólnego inwestowania mogły stanowić instrument sekurytyzacji przewidziany w prawie Unii Europejskiej. Transpozycja powyższej dyrektywy została przeprowadzona we Francji rozporządzeniem nr 2008-556 z dnia 13 czerwca 2008 r. w sprawie reasekuracji i reformy ram prawnych wspólnych funduszy dłużnych (Ordonnance nr 2008-556 du 13 juin 2008 transposant la directive 2005/68/ CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance et réformant le cadre juridique des fonds communs de créances). Transpozycji tej oczekiwał rynek finansowy, gdyż w przypadku jej opóźnienia, przeniesienie ryzyka ubezpieczeniowego okazałoby się trudne i pozbawione jakiegokolwiek zabezpieczenia, czego dowodem była na przykład operacja podwójnej sekurytyzacji podjęta przez spółkę AXA w 2005 r. (<https://www.argusdelassurance.com>). W konsekwencji konieczne było przeprowadzenie tej operacji poprzez reasekurację gdyż dopiero wierzytelność reasekuratora wobec spółki AXA została przeniesiona do wspólnego funduszu dłużnego.

Dyrektywa europejska uznawała, że sekurytyzacji może podlegać każde ryzyko ubezpieczeniowe, ryzyko szkód w mieniu i na osobach, a także ryzyko odpowiedzialności cywilnej czy ryzyko związane z długością życia ludzkiego. Przeniesienie tych ryzyk mogło

¹⁸⁵ Ta forma czynności prawnej pozwala przedsiębiorstwu na przeniesienie swoich wierzytelności handlowych na bank lub instytucję kredytową. W zamian bank przekazuje odpowiednie kwoty komercyjne i otrzymuje rekompensatę finansową. Dailly bierze swoją nazwę od senatora Étienne Dailly, który jest twórcą ustawy Dailly z dnia 2 stycznia 1981 r. obecnie włączonego do Kodeksu monetarnego i finansowego w art. L. 313-23.

nastąpić wtedy na mocy dyrektywy w bardzo dowolny sposób, albo poprzez cesję zadłużenia posiadanego przez reasekuratora na zakład ubezpieczeń albo poprzez zawarcie umowy przenoszącej ryzyka. Od czasu wejścia w życie rozporządzenia nr 2008-556 z dnia 13 czerwca 2008 r. (Ordonnance nr 2008-556 du 13 juin 2008 transposant la directive 2005/68/ CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance et réformant le cadre juridique des fonds communs de créances) spółka celowa mogła realizować swój cel poprzez transfer ryzyk ubezpieczeniowych. Aby umożliwić tę opcję, przyjęto we Francji specjalne przepisy w Kodeksie Monetarnym i Finansowym (Art. L. 214-187 do L. 214-190 Kodeksu Ubezpieczeń). Utworzenie spółki celowej lub wydzielenie jej z innego podmiotu związanego z ryzykami ubezpieczeniowymi podlega zatwierdzeniu przez ACPR (Art. L. 214-189 Kodeksu Ubezpieczeń).

Przy przeniesieniu wszelkich ryzyk ubezpieczeniowych zawierane są umowy w celu przeniesienia tego ryzyka. Mogą one dotyczyć pokrycia całości lub części strat poniesionych przez podmiot lub współwykonawcę na podstawie umów ubezpieczenia lub reasekuracji. Mogą także dotyczyć bezpośrednio zapłaty jednej lub kilku kwot, których wysokość jest powiązana z realizacją ryzyk ubezpieczeniowych cedowanych na SPV. Ryzyko, na które narażona jest SPV, musi być przez nią w pełni pokrywane lub finansowane.

Rozporządzenie Rady i Parlamentu nr 2017-1432 z dnia 4 października 2017 r. (Ordonnance nr 2017-1432, 4.10.2017 portant modernisation du cadre juridique de la gestion d'actifs et du financement par la dette, JORF nr 0233 du 05.10.2017) stanowi, że ekspozycja na ryzyko przez spółkę celową może wynikać z gwarancji lub zabezpieczeń. Jest to forma **sekurytyzacji syntetycznej**, gdyż aktywa nie są sprzedawane, a jedynie obciążane zabezpieczeniem lub gwarancją. Powyższa zdolność umożliwia przeprowadzanie innowacyjnych operacji sekurytyzacyjnych w oparciu o proste gwarancje udzielane inicjatorowi przez spółkę celową. Spółka celowa jako kontrahent banku i na podstawie umowy o zabezpieczeniu ryzyka, gwarantuje straty związane z portfelem kredytów lub dłużnych papierów wartościowych do maksymalnie określonej kwoty. W ten sposób stanowi zabezpieczenie tego zobowiązania. SPV emituje następnie obligacje w celu sfinansowania dostarczenia zabezpieczenia. Oprocentowanie tych obligacji jest płatne z jednej strony poprzez rekompensatę immobilizacyjną wypłacaną w zamian za ustanowienie zabezpieczenia pieniężnego, a z drugiej strony poprzez składkę płaconą z tytułu umowy ubezpieczenia. Spłata tych obligacji uzależniona jest od spłaty przedmiotowego zabezpieczenia, co oznacza, że w przypadku wystąpienia strat zostaną one zaliczone na poczet kwoty należnej inwestorom. Od czasu wejścia w życie rozporządzenia nr 2017-1432 z dnia 4

października 2017 r. ekspozycja spółki celowej na ryzyko może wynikać z niedostatecznego udziału w ryzyku lub braku środków pieniężnych (Art. L. 214-175-1, u. 1 Kodeksu Ubezpieczeń). Subuczestnictwo w ryzyku to operacja, poprzez którą podmiot (bank lub fundusz „subuczestniczący”) udostępnia bankowi środki, których będzie potrzebował do kredytowania spółki i dzieli część ryzyka kredytowego z pierwszym bankiem zgodnie z postanowieniami umownymi. Jest to praktyka bankowa realizowana głównie w zakresie kredytów konsorcjalnych. Możliwość zawarcia przez SPV takiej umowy otwiera drogę do nowych ustaleń, alternatyw dla cesji wierzytelności i bezpośredniego udzielania kredytów.

6.5.1 Rodzaje sekurytyzacji

Praktyka sekurytyzacji określonej działalności ma miejsce wówczas, gdy przeprowadzona operacja polega na przejściu całości oczekiwanych przychodów z określonej działalności spółki w celu zabezpieczenia udzielonego jej finansowania. Mechanizm ten uwzględnia w większym stopniu przyszłe należności z działalności spółki niż już powstałe. Ten rodzaj sekurytyzacji pojawił się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych, gdzie taka praktyka jest powszechna i rozprzestrzeniła się w Europie, w tym we Francji, nawet jeśli liczba sekurytyzacji francuskich jest nadal bardzo niewielka (Quiquerez, 2023, 26-27).

Celem sekurytyzacji dla „całego przedsiębiorstwa” jest uzyskanie finansowania o bardzo dużej wartości, zabezpieczonego majątkiem spółki. Operację tę przeprowadza się w dwóch etapach. Pierwszy polega na umiejscowieniu lub przeniesieniu majątku spółki należącej do grupy nowo utworzonej tzw. *spółki ad hoc*, której wyłączną działalnością jest posiadanie tych aktywów. Po przeprowadzonej restrukturyzacji następnym krokiem jest uzyskanie od banku kredytu na rzecz tzw. *spółki ad hoc*, zabezpieczonego wszelkimi możliwymi zabezpieczeniami. Wierzytelności przekazywane są następnie spółce celowej, która finansuje przejście poprzez emisję akcji albo dłużnych papierów wartościowych. W zależności od sytuacji udzielony w ten sposób kredyt bankowy pozwala grupie albo na rozwój działalności, albo na uporządkowanie swojej sytuacji finansowej poprzez spłatę długów. Aby operacja była opłacalna, wynagrodzenie za finansowanie udzielone przez spółkę celową w zamian za sprzedane przez spółkę aktywa musi być wyższe od kosztu finansowania udzielonego jej w ramach sekurytyzacji. Artykuł L 214-175-1 ust. 2, Kodeksu Monetarnego i Finansowego oferuje SPV liczne środki umożliwiające osiągnięcie jej celu. Może ona emitować akcje, dłużne papiery wartościowe, zaciągnąć kredyt w celu sfinansowania ryzyka, na które jest narażona. Dzięki wpływom uzyskanym z emisji jednostek uczestnictwa, akcji lub dłużnych papierów

wartościowych spółka celowa będzie mogła przejąć ryzyko związane z aktywami bazowymi. Wyemitowane akcje, udziały lub dłużne papiery wartościowe stanowią finansowe papiery wartościowe, które mogą subskrybować różni inwestorzy. Można podkreślić, że z jednej strony finansowe papiery wartościowe są tradycyjnie emitowane przez podmioty posiadające osobowość prawną, podczas gdy fundusze wierzytelności (fr. fonds commun de créances) nie są osobami prawnymi. Dlatego właśnie ustawa wyraźnie kwalifikowała udziały w tych funduszach jako zbywalne papiery wartościowe (Loi nr 88-1201, 23.12.1988 relative aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières et portant création des fonds communs de créances, JORF, 31.12.1988 z późn. zm.).

Obecnie art. L 211-1 KMF uznaje, że akcje i co więcej udziały w funduszach zbiorowego inwestowania, są instrumentami finansowymi i są kwalifikowane jako zbywalne papiery wartościowe na mocy art. L. 211-2 tego samego kodeksu. W zakresie, w jakim SPV przeprowadzają emisje finansowych papierów wartościowych, podlegają one wszystkim zasadom mającym zastosowanie do tych operacji. Regulamin lub statut spółki celowej określa „warunki emisji akcji, udziałów lub dłużnych papierów wartościowych” (Art. R. 214-217 Kodeksu Monetarnego i Finansowego). Kodeks przewiduje, że fundusz może emitować zbywalne dłużne papiery wartościowe w tym obligacje lub dłużne papiery wartościowe emitowane na podstawie prawa obcego (Art. L. 214-182 Kodeksu Monetarnego i Finansowego). Taką możliwość należy uwzględnić także w przypadku spółek celowych jak spółki akcyjne i proste spółki akcyjne. Warunki emisji przez SPV różnią się w zależności od prywatnego lub publicznego charakteru inwestorów i tego czy mamy do czynienia z ofertą publiczną.

Ogólnie rzecz biorąc, w przypadku oferty publicznej lub emisji na rynku regulowanym procedura, którą należy zastosować, jest znacznie bardziej restrykcyjna w celu ochrony i wzmocnienia bezpieczeństwa inwestorów. W przypadku dopuszczenia jednostek uczestnictwa lub dłużnych papierów wartościowych wyemitowanych przez fundusz do obrotu na rynku regulowanym stanowiących przedmiot oferty publicznej i zgodnie z rozporządzeniem europejskim nr 2017/1129 powinien zostać sporządzony prospekt emisyjny.

W czerwcu 2017 r. przyjęto rozporządzenie w sprawie prospektów emisyjnych publikowanych w związku z publiczną ofertą papierów wartościowych (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/1129 z dnia 14 czerwca 2017 r. w sprawie prospektu, który ma być publikowany w związku z ofertą publiczną papierów wartościowych lub dopuszczeniem ich do obrotu na rynku regulowanym oraz uchylenia dyrektywy

2003/71/WE (Dz. U. UE L 168 z 30.6.2017, 12–82)), które obowiązuje od 21 lipca 2019 r.¹⁸⁶ Ma ono na celu uproszczenie prezentacji informacji dla emitentów, przy jednoczesnej poprawie użyteczności i czytelności informacji dla inwestorów. Prospekt emisyjny podlega zatwierdzeniu przez AMF (Mariański, *Uprawnienia i kompetencje francuskiego pomocniczego organu nadzoru nad rynkiem finansowym Autorité de contrôle prudentiel et de résolution*, op.cit. 38-43). Akcje, dłużne papiery wartościowe wyemitowane przez SPV jeśli są przedmiotem oferty publicznej w rozumieniu rozporządzenia (UE) 2017/1129, to dokument zawierający ocenę cech jednostek uczestnictwa lub udziałów oraz dłużnych papierów wartościowych, sporządza osoba znajdująca się na liście ministra właściwego do spraw gospodarki po zasięgnięciu opinii AMF. Dokument stanowi raport ratingowy sporządzony przez agencję, która dokonuje oceny ryzyka kredytowego związanego z wyemitowanymi papierami wartościowymi.

Sekurytyzacja jest także jedną z form **reasekuracji finansowej** zawieranej bezpośrednio z inwestorami. Celem stosowania sekurytyzacji jest dostęp do rynku o znacznie większej zdolności finansowej niż ta oferowana przez społeczność reasekuratorów, co umożliwia ubezpieczycielowi zmniejszenie jego ekspozycji na szczególnie ryzyko straty. Sekurytyzacja ma formę obligacji zarządzanych przez wspólny fundusz sekurytyzacyjny, w przypadku których całość lub część kapitału nie podlega spłacie w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego objętą umową. W tego typu umowach przepływy finansowe reasekuracji są odwrócone. W tradycyjnej umowie reasekuracji cedent wie, że otrzyma rekompensatę w związku ze stratą objętą umową. W umowie sekurytyzacyjnej ubezpieczyciel korzysta ze środków, z których tylko on może skorzystać, ale które obiecuje zwrócić inwestorom, jeśli określonej w umowie strata będzie dla niego korzystna. Najczęściej stosowaną formułą jest ta, która podporządkowuje wprowadzenie ochrony poziomowi, jaki musi osiągnąć ustalony w umowie, poziom czy wskaźnik. Bardzo często indeks jest miarą straty poniesionej przez

¹⁸⁶ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2017/2402 z dnia 12 grudnia 2017 r. tworzące ogólne ramy dla sekurytyzacji oraz szczegółowe ramy dla sekurytyzacji prostych, przejrzystych i standardowych oraz zmieniające dyrektywy nr 2009/65/WE, 2009/138/WE i 2011/61/UE oraz Rozporządzenia (WE) nr 1060/2009 i (UE) nr 648/2012; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2017/2401 z dnia 12 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 575/2013 w sprawie wymogów ostrożnościowych mających zastosowanie do instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych.

Akty te zostały zmodyfikowane dwoma rozporządzeniami z dnia 31 marca 2021 r.: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/557 z dnia 31 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 2017/2402 tworzące ogólne ramy dla sekurytyzacji oraz szczegółowe ramy dla prostych, przejrzystych sekurytyzacji i ujednolicone, aby promować odbudowę po kryzysie związanym z Covid-19; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/558 z dnia 31 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 575/2013 w zakresie dostosowań ram sekurytyzacji w celu wsparcia ożywienia gospodarczego w odpowiedzi na kryzys związany z Covid-19.

społeczność ubezpieczycieli i reasekuratorów w wyniku pewnego rodzaju zdarzenia, które jest również określone w umowie.

6.5.2 Ubezpieczenie ryzyka w ramach sekurytyzacji

Ustawodawca francuski uznał, że narażenia na ryzyko ubezpieczeniowe, powinno także dawać możliwości pokrycia takiego ryzyka poprzez sekurytyzację. Nie chodzi już tu o kwestię narażenia na ryzyko podmiotu gospodarczego, ponieważ ten przenosi ochronę przed ryzykiem na osobę trzecią, ale o pokrycie ryzyka przyjętego przez spółkę celową, która nabywa ochronę przed ryzykiem od strony trzeciej. Regulamin lub statut SPV musi określać „warunki zawierania i rozwiązywania kontraktów stanowiących na przykład instrumenty finansowe typu forward czy inne przenoszące ryzyko ubezpieczeniowe dla celów zabezpieczenia” (Art. R. 214-217, 2°c Kodeksu Monetarnego i Finansowego).

Ustawodawca francuski przewiduje, że podmiot celowy - finansujący może (tłum. własne) „na warunkach określonych dekretem Rady Stanu oraz na warunkach określonych w jej rozporządzeniach lub statucie udzielać lub otrzymywać wszelkiego rodzaju gwarancję lub zabezpieczenia” oraz że „realizacja lub ustanowienie gwarancji lub zabezpieczeń udzielonych na rzecz podmiotu pociąga za sobą dla niej możliwość wejścia w posiadanie lub własność majątku będącego ich przedmiotem” (Art. L. 214-169, III Kodeksu Monetarnego i Finansowego). W szczególności w przypadku gdy SPV przewiduje się, że pokrycie ryzyka może wynikać z gwarancji lub zabezpieczeń. Te niezwykle szerokie formuły pozwalają SPV korzystać z wszelkiego rodzaju zabezpieczeń, zarówno rzeczowych, jak i osobowych. W szczególności na rzecz spółki mogą być dokonywane przelewy wierzytelności, gwarancje lub zastawy wierzytelności. Podobnie jak cesja długów, ustanowienie gwarancji i poręczeń jest bardzo skuteczne, ponieważ (tłum. własne) „ustanowienie zabezpieczenia lub gwarancji na rzecz organizacji finansującej - SPV zachowuje swoje skutki niezależnie od stanu zaprzestania płatności cedenta, do czasu nabycia, przeniesienia lub ustanowienia zabezpieczenia, niezależnie od ewentualnego wszczęcia postępowania przeciwko zbywającemu po tym nabyciu, przeniesieniu lub ustanowieniu” (Art. L. 214-169, V, 4° Kodeksu Monetarnego i Finansowego). Natomiast depozytariusz ma obowiązek przeprowadzać (tłum. własne) „kontrole dotyczące realności przeniesionych lub nabytych aktywów oraz związanych z nimi papierów wartościowych, gwarancji i innych zabezpieczeń” (Art. L. 214-175-4, II, 3° Kodeksu Monetarnego i Finansowego).

Alternatywą dla udzielenia zabezpieczenia na rzecz SPV jest wyznaczenie agenta zabezpieczenia. Rozporządzenie nr 2017-748 z dnia 4 maja 2017 r. (Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2017/748 z dnia 14 grudnia 2016 r. zmieniające załącznik I do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 510/2011 w celu uwzględnienia zmian masy nowych lekkich samochodów dostawczych zarejestrowanych w latach 2013, 2014 i 2015 (Dz. U. UE L117, 2017). ustanowiło agenta ochrony w prawie francuskim, a odpowiednie przepisy umieszczono w art. 2488-6 do 2488-12 Kodeksu Cywilnego. Agent zabezpieczenia jest uprawniony do nabycia papierów wartościowych i do gwarancji, lecz prawa i majątek nabyte przez niego w ramach wykonywania jego misji stanowią majątek przypisany do jego misji i wydzielone są z jego majątku osobistego. Przepis ten przypomina system angloamerykańskiego powiernika ds. bezpieczeństwa, stosowany w kontekście sekurytyzacji. SPV może narazić się na ryzyko zawierając umowę o udziale w ryzyku lub w środkach pieniężnych. SPV posiada wierzytelności z tytułu kredytów i może chronić się przed ryzykiem kredytowym poprzez zawarcie umowy o udział w ryzyku lub w środkach pieniężnych z bankiem, który w jego miejsce przejmie część ryzyka kredytowego. Umowa pojawi się wówczas w majątku SPV (Art. R. 214-218 Kodeksu Monetarnego i Finansowego). Rozporządzenie wprowadziło także liczne definicje kluczowych pojęć. Można zauważyć, że chociaż miało na celu szeroką definicję sekurytyzacji nie jest tam jednak uwzględniona żadna transakcja sekurytyzacyjna, w zakresie, w jakim ryzyko może zostać podzielone na transze. Rozporządzenie w art. 2, § 1, tworzy ogólne ramy dla sekurytyzacji, jak również szczegółowe ramy dla prostych, przejrzystych i standardowych sekurytyzacji. Już sama wzmianka o tych przepisach ukazuje szeroki zakres dzisiejszego europejskiego prawa dotyczącego sekurytyzacji.

Wybór strategii poprzez sekurytyzację jest czasem podyktowany względami rentowności, które ignorują w zasadę solidarności ubezpieczonych będącej u źródła ubezpieczenia, czasem narzuconą przez nowy charakter ubezpieczanego ryzyka. Można podkreślić że **techniki transferu ryzyka** istniały od początku instytucji ubezpieczenia, chociaż nastąpiła także ewolucja rynków ubezpieczeń i reasekuracji podkreślając rosnące nakładanie się mechanizmów łączenia ryzyka w ramach procesu wzajemności i transferu ryzyka. To, co jest określane jako „**alternatywne przeniesienie ryzyka**”, łączy w rzeczywistości różnorodny zestaw technik zabezpieczających, które mogą zastąpić technikę wzajemności - uwspólnienia ryzyka, gdy okaże się ona niewystarczająca lub zbyt kosztowna. To pozwala na **przeniesienie ryzyka ubezpieczeniowego na rynki finansowe**.

W szczególności cesja części portfela polis ubezpieczeniowych **przez transakcję sekurytyzacyjną** może być interpretowana jako sygnał dotyczący jakości portfela, tym bardziej, że papiery wartościowe emitowane przez spółkę celową podlegają wycenie agencji ratingowej. Sekurytyzacja może również poprawić ocenę ubezpieczyciela i zmniejszyć intensywność ograniczeń regulacyjnych pod względem wymaganego kapitału, które go obciążają. Należy nadmienić, że w Stanach Zjednoczonych w latach dwutysięcznych był to główny bodziec do sekurytyzacji ubezpieczenia na życie. Sekurytyzacja umożliwia także uwolnienie rezerw dostępnego kapitału w celu przeniesienia go do sektorów działalności uznanych za strategiczne lub w celu wsparcia transakcji demutualizacji, tj. operacji odwrotnej do uwspólnienia ryzyka.

6.6 Transfer ryzyka ubezpieczeń na rynek finansowy przez instrumenty finansowe

Sekurytyzacja, obligacje na oparte na ryzyku katastrof naturalnych, (catbond) czy obligacje oparte na indeksach walutowych są trzema charakterystycznymi instrumentami transferu ryzyka, z których mogą korzystać ubezpieczyciele i reasekuratorzy lub sami ubezpieczeni. Sekurytyzacja rozwinęła się głównie, gdy ryzyko ubezpieczeniowe i ryzyko finansowe były silnie powiązane, szczególnie w ubezpieczeniach kredytowych w **formie swapów ryzyka kredytowego oraz w ubezpieczeniach na życie**. Sekurytyzacja umożliwia wyodrębnienie bloków ryzyka pogrupowanych w jednorodne transze stosunku ryzyka do stopy zwrotu, które mogą zostać wycenione na rynku finansowym i wprowadzone do portfela przez inwestorów. Taka operacja zmniejsza koszty wewnętrzne ubezpieczycieli, w szczególności poprzez wyodrębnienie portfeli umów o specjalnej strukturze SPV. Korelacja ryzyka ubezpieczeniowego bywa powodem, który może przesunąć **ryzyka na rynki finansowe**. Dotyczy to w **szczególności ryzyka klęsk żywiołowych poprzez obligacje typu „catbonds”**¹⁸⁷, które mogą być wyemitowane przez ubezpieczyciela, reasekuratora za pośrednictwem spółki celowej lub bezpośrednio przez dużą spółkę ubezpieczeniową. Jeżeli emisje obligacji nadal mają niewielkie znaczenie w inwestycjach średnioterminowych oferowanych inwestorom (zwłaszcza funduszom hedgingowym), problem katastrofy epidemiologicznej na świecie może wskazać na większe zainteresowanie przez głównych emitentów¹⁸⁸. Duże ryzyka ubezpieczeniowe, dzieli się na transze i wyodrębnia różne spready

¹⁸⁷ Catastrophe Bond - obligacje oparte na ryzyku katastrof naturalnych.

¹⁸⁸ Niektóre przykłady z przeszłości ilustrują niektóre aspekty tej techniki. Obligacje oparte na katastrofach naturalnych takie jak Pylon Ltd, wydany w 2003 r. przez EDF w celu ochrony przed burzami we Francji, były

w zależności od prawdopodobieństwa straty. Innym przykładem są obligacje, które dokonują przeniesienia ryzyka ubezpieczenia od ataków terrorystycznych¹⁸⁹. W obecnej sytuacji epidemiologicznej można również wyemitować „catnat”¹⁹⁰, aby pokryć ryzyko śmierci, które poniesiono na skutek epidemii, które teoretycznie można by powiązać z ryzykiem ataku terrorystycznego na dużą skalę. Szwajcarski ubezpieczyciel Vita Capital Ltd, przez spółkę celową Swiss Re wyemitował obligacje „catnat” w 2004 r., w których uruchomienie ubezpieczenia było oparte na średnim wskaźniku umieralności dla różnych krajów europejskich.

Związek między ryzykiem rynku finansowego i ryzykiem ubezpieczanym jest dość ważnym elementem zarządzania przez przedsiębiorców. Instrumenty zabezpieczające **oparte na indeksach są możliwym substytutem tradycyjnych umów ubezpieczeniowych**. Mają tę zaletę, że zmniejszają pokusę nadużycia, ponieważ emitent nie może manipulować danym indeksem. Mają jednak tę wadę, że pokrywają ryzyko tylko wtedy, gdy rzeczywista szkoda jest silnie skorelowana z indeksem. Mogą być to na przykład kontrakty futures i opcje put na towary rolne, które są przedmiotem obrotu w Chicago Board of Trade. Indeks może być indeksem średniego zysku na kontraktach zbożowych lub na kukurydzy w niektórych stanach USA. W terminie zapadalności kontraktu futures sprzedawca kontraktu terminowego osiąga zysk przyszły proporcjonalny do różnicy między jego oczekiwanym zyskiem (który jest funkcją efektywnych zysków z lat ubiegłych) a efektywnym średnim zyskiem mierzonym wskaźnikiem dla instrumentu podstawowego. W taki sposób ubezpiecza się lepiej ponieważ fluktuacja jego rzeczywistego zysku i zmiany indeksu są wysoce skorelowane. Opcja sprzedaży na indeksie rentowności na produkty rolne umożliwi również podobne zabezpieczenie. Takie produkty finansowe też są sprzedawane za pośrednictwem tradycyjnych pośredników ubezpieczeniowych, a zatem są bezpośrednio dostępne dla samych rolników. Ta sama logika występuje przy instrumentach pochodnych pogodowych lub indeksach katastrof naturalnych.

charakterystycznym przykładem dezintegracji w przenoszeniu ryzyka ubezpieczeniowego, ponieważ, jak to miało miejsce w przypadku obligacji opartych na ryzyku trzęsienia ziemi, spółki Tokyo Disneyland w Japonii i Universal Studios w Kalifornii, nie zostały one wyemitowane przez ubezpieczyciela ani reasekuratora.

¹⁸⁹ Po atakach z 11 września 2001 r., francuski ubezpieczyciel AXA wycofał swoją propozycję ubezpieczenia ryzyka odwołania mistrzostw świata w piłce nożnej w 2002 roku w Korei i Japonii co do ryzyka ataków terrorystycznych. W tej sytuacji ryzyko dość kosztownego ubezpieczenia zaoferowała grupa Berkshire Hathaway i po jego przyjęciu tego typu sytuacja spowodowało zmianę postępowania FIFA.

¹⁹⁰ We Francji wyróżnia się katastrofy z przyczyn: geofizycznych, tj. trzęsienia ziemi, tsunami, aktywności wulkanicznej (Antyle Francuskie, Reunion), hydrologicznych, tj. powódzie, fala sztormowa, osuwiska, lawiny, meteorologicznych, tj. burze, huragany, ekstremalne temperatury, oraz klimatycznych, tj. susze i pożary lasów., OECD and The World Bank, Fiscal Resilience to Natural Disasters, Lessons from Country Experiences, France, 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/354e5924-en/index.html?itemId=/content/component/354e5924-en>, dostępne dnia 01.10.2023.

Gdy ryzyko ubezpieczeniowe ma wspólną przyczynę (nawet jeśli oddziałuje w złożony sposób razem z czynnikami charakterystycznymi dla samego ubezpieczonego), możliwe jest rozszerzenie ubezpieczenia poprzez indeksowe instrumenty finansowe, a tym samym korzyść z oferowanych przez rynki finansowe pod względem niewielkich stosunkowo kosztów, instrumentów pochodnych. Niektórzy uważają to za zawężenie rynku ubezpieczeń. Jest to jeden z aspektów ciągłej transformacji rynku finansowego, na którym granice między ryzykiem ubezpieczeniowym a ryzykiem finansowym zacierają się coraz bardziej.

Ryzyko przenoszone na rynki finansowe za pośrednictwem akcji i dłużnych papierów wartościowych obejmuje zarówno konkretny element podobny do ryzyka ubezpieczeniowego, jak i składnik makroekonomiczny, który zbliża się do czystego ryzyka finansowego (ubezpieczeniowego). Emisja nowych akcji oznacza globalne przeniesienie ryzyka, które wpływa na rentowność przedsiębiorcy od pierwotnych akcjonariuszy na nowych akcjonariuszy, bez rozróżnienia części możliwej do połączenia, to znaczy potencjalnie ubezpieczalnej, od tej, która nią nie jest (Mariański, 2017, 37-41). Ten udział, który można podzielić, może być również zmniejszony przez mechanizmy ubezpieczeniowe, ponieważ przedsiębiorcy wyrażają wysokie zapotrzebowanie na ubezpieczenie wielu rodzajów ryzyka, aby ograniczyć się do niektórych szczególnie ważnych kategorii. Należałoby się zastanowić dlaczego spółki giełdowe wyrażają zainteresowanie pokryciem ryzyka ubezpieczeniowego. To zagadnienie jest szczególnie interesujące z teoretycznego punktu widzenia i w tym kontekście można próbować znaleźć uzasadnienie dla aktywnego zarządzania ryzykiem (Barowicz, 2006, 46-50). Gdyby spółki płaciły tylko same składki na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego, nie miałyby to specjalnego wpływu na cenę akcji. Biorąc pod uwagę wskaźnik obciążeń spółki, ubezpieczenie może jedynie obniżyć rentowność spółki, pokrycie szczególnych ryzyk umowami ubezpieczenia nie powinno być zatem konieczne. Istnieje zatem widoczna sprzeczność między faktami, które świadczą o popycie na ubezpieczenie przez spółki kapitałowe, a teorią, która sugeruje, że ochrona ubezpieczeniowa jest dodawana do zarządzania ryzykiem kapitału poprzez dywersyfikację portfela i że jest niepotrzebnie droga. Ta teoretyczna trudność może zostać rozszerzona na czyste ryzyko finansowe, które jest skorelowane ze zwrotem z portfela rynkowego. Jeżeli rynki są płynne, zabezpieczenie czystego ryzyka finansowego za pomocą instrumentów pochodnych nie powinno mieć wpływu na wartość spółki giełdowej.

Zagadnienie interesu spółek kapitałowych w ochronie przed ryzykiem ubezpieczeniowym lub czystym ryzykiem finansowym, było przedmiotem badań finansów przedsiębiorstw. Oprócz przyczyn natury fiskalnej, które wynikają z nieliniowości relacji między podatkiem a zyskiem spółki, najistotniejsze z argumentów podkreślają wagę powiązań,

które z jednej strony wiążą akcjonariuszy z wierzycielami, z drugiej strony z zarządem spółki. Poprawne zarządzanie kosztami spółki wyjaśnia, dlaczego koszt finansowania zewnętrznego (ubezpieczenia) może być wyższy niż koszt alternatywny finansowania wewnętrznego, a tym samym prowadzi do wzrostu krańcowego kosztu kapitału, co może wpływać na kierunek polityki zarządczej spółki giełdowej. W tym kontekście, jak wykazali K. Froot, D. Scharfstein i J. Stein (Froot, Scharfstein, Stein, 1993, 1629-1658), stabilizacja przepływów pieniężnych poprzez pokrycie ryzyka, zmniejsza średni koszt kapitału i umożliwia optymalne wykorzystanie możliwości inwestycyjnych.

Inna technika transferująca ryzyko kredytowe i alternatywną dla ubezpieczenia stały się pochodne kredytowe (Korpalski, 2020, 30, komentarz do art. 92(4). Wojciechowski, *Komentarz*, Mikos-Sitek, Zapadka, 2022; Jastrzębski, 2013, 5-13).

Zabezpieczanie się od ryzyka poprzez jego transfer jest charakterystyczne dla instrumentów pochodnych, stąd ryzyko kredytowe stało się przedmiotem transakcji, które do tego czasu było zabezpieczane na przykład poprzez dywersyfikację portfela, ustalanie limitów kredytowych, czy gwarancje. Pochodne kredytowe opierają się na swapach kredytowych, które są wykorzystywane do konstruowania instrumentów zabezpieczenia spłat kredytów czy zabezpieczenia wobec pogorszenia się warunków kredytowych. Pochodne kredytowe mogą być stosowane również do zmiany struktury portfela pod względem terminu, jakości, ratingu. Zasadniczym elementem pochodnych kredytowych jest przejęcie, uniknięcie lub zmniejszenie ryzyka kredytowego, czyli zabezpieczenie od ryzyka wynikającego z wiarygodności lub innych aktywów. Elementem w pochodnych kredytowych jest wydzielenie ryzyka kredytowego lub innych ryzyk wynikających z aktywów instytucji kredytowych i transfer ryzyka, bez transferu aktywów, stąd ich podobne efekty jak w przypadku ubezpieczenia.

Spośród licznej grupy pochodnych kredytowych można wymienić swap całkowitego zwrotu (eng. total return swap) lub opcje kredytowe (eng. credit default option), porozumienia odszkodowawcze (ang. indemnity agreement), swapy kredytowe (ang. loan swap), produkty spreadowe (ang. credit spread), produkty kapitałowe z wbudowanymi elementami ryzyka spłaty wartości nominalnej lub odsetek (ang. credit linked note).

Produkty pochodne (Hordejuk, 2018, 88-96) charakteryzują się tym, że przenoszą ryzyko bez wpływu na własność rzeczy stanowiącej podstawę tego ryzyka. W zasadzie odróżniają się one od ubezpieczeń tym, że ryzyko, które pokrywają, niekoniecznie wiąże się z kalkulacją prawdopodobieństwa i nie ogranicza się do opóźnienia w płatnościach, ale może mieć i w rzeczywistości najczęściej ma na celu – szkodliwe skutki zmian kursów walut lub wartości papierów wartościowych (Lemonnier, 2015, 62-90). Ponadto rozliczenie tych

kontraktów (swapów) odbywa się najczęściej w oparciu o rekompensatę w regularnym terminie zapadalności, obliczoną na podstawie zmian stóp procentowych lub zmiany, przed którą chcemy się zabezpieczyć. Wreszcie strona, która w ten sposób przenosi ryzyko, może w rzeczywistości nie być na nie narażona, ale spekuluje na temat wystąpienia zdarzenia losowego.

Na pograniczu działalności bankowej i ubezpieczeniowej rozwinął się rynek ryzyka, na którym można spekulować, przy czym każdy z tych produktów finansowych może z kolei stać się „bazowym” i podlegać zabezpieczeniu ryzyka deprecjacji. Rynek ma charakter wysoce spekulacyjny i naraża nas wszystkich na katastrofy finansowe, których pierwszym przejawem był kryzys finansowy z 2008 roku. Kryzys ten potwierdził impas, do którego prowadzą trudności gospodarcze, to znaczy próbę zapętlenia operacji kalkulacji ekonomicznej na sobie, niezależnie od jakiegokolwiek odniesienia instytucjonalnego znajdującego się ponad tymi kalkulacjami. Chcąc uchronić się przed powtórką katastrofy z 2008 r., podwyższa się wymogi kapitałowe banków i towarzystw ubezpieczeniowych, pozostając w ten sposób w przekonaniu, że bezpieczeństwo ekonomiczne będzie zależeć wyłącznie od rzeczy, a nie ludzi.

Dla przykładu poprzez umowę **reasekuracji instrumentów pochodnych** cedent lub retrocedent chroni swoje wyniki przed skutkami zdarzeń, zazwyczaj o charakterze katastroficznym. Jednak i to właśnie odróżnia ją od tradycyjnej umowy reasekuracji, ponieważ ochrona ma zastosowanie nawet wtedy, gdy zdarzenie nie powoduje żadnych strat dla cedenta lub retrocedora. Innymi słowy, niekoniecznie istnieje korelacja między zobowiązaniami faktycznie zaciągniętymi przez cedenta a zobowiązaniami objętymi ubezpieczeniem przez reasekuratora. W większości przypadków wykonawcy ustalają wskaźnik rynkowy i gwarancja obowiązuje w przypadku, gdy wskaźnik ten przekroczy poziom również określony w umowie. Spółka cedująca może mieć obowiązek dostrzeżenia niezgodności pomiędzy kwotą, którą odzyska, a całkowitym kosztem poniesionych przez nią strat, gdy kwota gwarancji przewidziana w umowie jest niższa od tego kosztu.

Najpowszechniejszą umową w kategorii ubezpieczenia jest umowa zwana „swapem ryzyka kredytowego”. Przewiduje ona ryczałt, który reasekurator wypłaci cedentowi, jeżeli w ustalonym terminie cedent nie będzie mógł odzyskać jednego lub większej liczby swoich długów, przy czym określony jest także charakter tych długów. Różnica w stosunku do umowy reasekuracji polega na tym, że ze względu na charakter ryczałtowy kwota ubezpieczenia udzielonej przez reasekuratora nie ma bezpośredniego związku ze stratami, jakie ponosi cedent z tytułu niewykonania zobowiązania przez swoich dłużników.

6.7 Podsumowanie

Ostatni rozdział pracy zamyka dyskusję o przyszłości ubezpieczeń, które od początkowej i ciągle trwającej funkcji uspołecznienia ryzyka i solidarności w postaci współdzielenia ryzyka, dotarły do progu cyfryzacji i indywidualizacji danych ubezpieczonych, a także standaryzacji zachowań przez sztuczną inteligencję. W rozdziale dokonano omówienia zagadnień związanych z łączeniem, segmentacją i transferem ryzyka na inne podmioty i za pomocą różnych instrumentów. W szczególności omówiono mechanizm koasekuracji, sekurytyzacji aktywów, bancassurance (określenie pochodzące z języka francuskiego), autoubezpieczenia oraz reasekuracji, która to działalność jest szczególnie charakterystyczna i znana na świecie w wykonaniu francuskich przedstawicieli. W rozdziale dokonano rozróżnienia na ubezpieczenia i reasekurację, odróżniono także horyzontalny i wertykalny podział ryzyka, ten ostatni z udziałem podmiotów trzecich. Zagadnienia zostały opisane ze zwróceniem uwagi na teorię i orzecznictwo francuskie.

Wnioski

Problematyka ubezpieczeń opisana w pracy opiera się na podejściu praktycznym oraz teoretycznym. Prawo ubezpieczeń, nauki ścisłe i cyberprzestrzeń ukształtowały świat, w którym działają specjaliści od spraw ryzyka. Poszukiwanie racjonalności w ubezpieczeniach może okazać się zadaniem niezmiernie trudnym, gdyż z jednej strony wystąpienia ekspertów są poddawane w wątpliwość, co powoduje z drugiej strony sceptycyzm nawet wobec faktów. Specjaliści ds. ryzyka muszą zdawać sobie sprawę z konieczności obrony za wszelką cenę racjonalnych podstaw ubezpieczenia. To podstawa profesjonalizmu i zadanie, przed którym stają pracownicy i naukowcy. Świadczą o tym wysiłki w zakresie zapobiegania ryzyku poprzez jego analizę – opartą na zdarzeniach, które nastąpiły w przeszłości w porównaniu do przyszłego otoczenia prawnego, ekonomicznego i środowiskowego.

W pracy nie zostały poruszone wszystkie zagadnienia dotyczące francuskiego rynku ubezpieczeniowego z powodu ewentualności osiągnięcia zbyt dużego rozmiaru dysertacji. Między innymi nie poruszono kwestii stabilności rynku finansowego w zakresie ubezpieczeń, pomimo, że o organie nadzorującym stabilność finansową we Francji (ACPR), była mowa w rozdziale trzecim. Podobnie jak struktura podmiotowa rynku ubezpieczeń czy relacje ubezpieczeniowe między państwem, a ubezpieczycielami prywatnymi. Powyższe stanowić może jednak dalszy etap badań autora i nowe wyzwania w zakresie prac porównawczych.

Do zagadnień ochrony rynku należy także bezpieczeństwo transakcji ubezpieczeniowych. W ciągu ostatnich lat oszustwa w tym segmencie stały się poważnym problemem ubezpieczycieli. Ten trend najlepiej ilustruje konieczność wykrywania nadużyć, ale także dywersyfikacji nadzoru spraw nadużyć czy przestępstw. W obliczu tej sytuacji ubezpieczyciele stali się niezwykle czujni co do jakości wewnętrznych procedur zwalczania oszustw i znacząco wzmocnili proces ich aktualizowania. Stanowisko rynku w zakresie oszustw związanych z kradzieżą tożsamości doprowadziło już do dostosowań ze strony niektórych ubezpieczycieli. Sytuacja utrzymuje się, nawet jeśli w dłuższej perspektywie częstotliwość i intensywność tego typu oszustw doprowadzi do uogólnienia ograniczeń. W przyszłości nie należy spodziewać się istotnej zmiany ogólnego trendu. Dopiero zwiększenie wewnętrznych budżetów na profilaktykę pozwoli ubezpieczycielom ograniczyć ryzyko poprzez lepszą świadomość pracowników, precyzyjne i skuteczne procedury kontroli wewnętrznej czy wzmocnienie bezpieczeństwa IT oraz umożliwienie optymalnych i trwałych ustaleń umownych i cenowych. Czas, w którym spółki rozważały jeszcze incydenty cybernetyczne w ubezpieczeniach, wydaje się minął. Żaden sektor działalności nie jest

bezpieczny przed wyciekami i narażeniem danych lub czasową niedostępność systemu informatycznego. Ataki cybernetyczne na przedsiębiorców uwypukliły konieczność nowych umów cyberubezpieczeń i dalszego dostosowywania się i personalizacji oferty ubezpieczeniowej. Widać zatem, że ekonomiczna rola i uspołecznienie przy ciągłym rozwoju zarządzania danymi masowymi, będą wpływać na model ubezpieczeń (zob. więcej Zawadzka, 2017) we Francji ale i na świecie.

Jeśli uzna się element ryzyka za podstawę modelu ubezpieczeń metodami zarządzania ryzykiem ubezpieczonych poprzez rynek finansowy oraz kluczem do sukcesu na rynkach ubezpieczeń, będą, w opinii autora, cztery czynniki:

- 1) compliance, bezpieczeństwo, trwałość rozwiązań,
- 2) elastyczność i niezawodność procesów technologicznych,
- 3) wiedza specjalistyczna i umiejętności techniczne, głębokie zrozumienie klientów, ich branż i potrzeb,
- 4) innowacyjność i możliwość zaspokojenia wszystkich potrzeb, przy zindywidualizowanym podejściu do klienta.

Rozwiązania prawne, koncentracja zarówno podmiotów odpowiedzialnych za ryzyko, jak i pośredników, a także przyspieszenie mechanizmów kontrolnych organów regulacyjnych i ostrożnościowych głęboko przekształcają sektor ubezpieczeń we Francji. Wiedza i pełna kontrola ryzyk oraz innowacyjność będą osiami rozwoju i różnicowania głównych graczy, aby zachować konkurencyjność i oferować rozwiązania dostosowane do potrzeb zarówno przedsiębiorców, jak i beneficjentów.

W dysertacji zwrócono uwagę na najistotniejszy element modelu na rynku ubezpieczeń, **jakim jest ryzyko**. To ono jest podstawą i warunkiem funkcjonowania rynku. Modyfikacja ryzyka, jego regulacje powodujące zmiany mają konsekwencje w postaci zmian u ubezpieczonych. Pościg w kierunku **racjonalnego i efektywnego ubezpieczenia wymaga właściwego podejścia do ryzyka**. Stąd właśnie rodzaj ryzyka determinuje sposób jego funkcjonowania na rynku i to czy mechanizmy rynkowe są wystarczająco skuteczne dla jego ochrony jaką są ubezpieczenia.

Obiektywne elementy modelu funkcjonowania ubezpieczeń we Francji to między innymi ich historycznie ukształtowana nacjonalizacja w przeszłości, rosnąca liczba ubezpieczeń obowiązkowych, ważna rola ubezpieczeń wzajemnych. Te elementy w znaczącym stopniu miały wpływ na kształtowanie się modelu we Francji.

Zmiany w przepisach francuskich traktowały ubezpieczenia pod różnym kątem, co pokazuje rozdział pierwszy pracy. Dzisiejsze nastawienie otoczenia regulacyjnego do

ubezpieczeń jest także pokłosiem lat prób i wyzwań. Dzisiaj od ubezpieczenia poprzez uwspólnienie ryzyka, o którym mowa w rozdziale piątym, na skutek nowych technik obliczeń i zarządzania danymi, zmienia się **tendencja w kierunku indywidualizacji ubezpieczeń**. Jednak jak pokazano w rozdziale czwartym o teoretycznej charakterystyce ryzyka, francuski prawodawca raczej obecnie nie pokusi się na pełną indywidualizację ryzyka ubezpieczonego, ponieważ byłoby to zbyt kosztowne i nie wytrzymałoby gry rynkowej. Ubezpieczyciele to także przedsiębiorcy. Nawet na prężnie funkcjonującym rynku francuskim muszą się liczyć z konkurencją, w tym tą międzynarodową.

Cechy charakterystyczne modelu ubezpieczeń francuskich obejmują ponadto związek z historycznym modelem, w którym społeczny wymiar ryzyka, jego wymienialność i socjalizacja ryzyka poprzez rynek finansowy stały się fundamentem. Te aspekty teoretyczne są podstawą do klasycznego ujęcia modelu. Natomiast współcześnie, w dobie kultury technicznej, podporządkowanej nowymi możliwościami, może się okazać, że standaryzacja nowych ryzyk nie przebiega po myśli ubezpieczonych, którzy także będą musieli poszukiwać nowych rozwiązań.

Orzecznictwo francuskie nie zdefiniowało ani ubezpieczenia ani ryzyka, pojęć, które zasługują na wyjaśnienie, pomimo, że doktryna starała się zaproponować definicje. Jednakże żadna z teorii, obiektywna czy subiektywna, nie stała się jedyną i w związku z tym nie zajęto stanowiska w kwestiach technik ubezpieczenia czy pojęcia ryzyka, o których mowa w pracy.

Na pytanie jaki wpływ na aktualną pozycję ubezpieczeń francuskich miała historyczna przeszłość z uwzględnieniem powstawania w czasie towarzyszących aktów prawnych odpowiedź może być dość charakterystyczna. Są to zmiany powodowane koniecznością osiągnięcia korporacyjnego sukcesu finansowego ale także dbałość o interes ubezpieczonych w sensie polityki społecznej.

Wpływ regulacji francuskich zaznacza się głównie w gospodarce krajowej (rozwiązania specyficzne) ale i na arenie światowej (duży udział w rynku reasekuracji). Specyfika rynku ubezpieczeń co do udziału w nim w dużej mierze zakładów ubezpieczeń wzajemnych z jednej strony, z drugiej specyfika nadzoru, który jest dwutorowy, powodują, że nie wszystkie rozwiązania są możliwe do przeniesienia do innych systemów prawnych, w tym polskiego prawa.

Znamienny dla ubezpieczeń jest stały związek **prawa z metodami ekonomicznymi**, czy zarządzaniem danymi, tak istotnych w sprawach ubezpieczeń. Determinacja prawodawcy w zakresie ubezpieczania określonego rodzaju ryzyka została potwierdzona w pracy. Natomiast przedstawione metody transferu, łączenia, dywersyfikacja ryzyka poprzez rynek finansowy,

wskazują na wystandaryzowanie nie tylko samego ryzyka ale także metod przenoszenia czy jego podziału. Są to praktyki, które będą się rozwijać również z powodu rozwoju nowych technologii i ryzyk z nimi związanych. Mechanizmy rynkowe we Francji są wystarczająco skuteczne dla ochrony ubezpieczenia ale muszą być na bieżąco modyfikowane ze względu na ciągły wzrost innowacyjności.

Głównym celem badawczym rozprawy stało się znalezienie obiektywnych elementów modelu funkcjonowania ubezpieczeń we Francji, zważywszy na miejsce ubezpieczeń francuskich na rynku światowym. Najistotniejszym elementem modelu jest, co wykazano w pracy, ryzyko i to jego cechy determinują zainteresowanie zakładu ubezpieczeń, czy innych podmiotów działających na rynku finansowym. Także rodzaj i wielkość ryzyka wskazują na sposób zarządzania nim poprzez opisane metody i instrumenty.

Rynek ubezpieczeń we Francji jest to **rynek uregulowany przez prawo pozytywne**, dobrze funkcjonuje w nim Kodeks ubezpieczeń, który jednak ze względu na szybki rozwój zarządzania ryzykiem, jeszcze nie obejmuje najnowszych technik związanych z cyberprzestrzenią, które dotychczas są niewystarczająco uregulowane przez prawo. Dużą rolę odgrywa orzecznictwo, doktryna. Postęp technologiczny i wpływ nauk ekonomicznych powodują mimo wszystko, że regulacja prawna nie może dzisiaj abstrahować od tych elementów modelu.

Sposób kontroli ubezpieczeń we Francji jest specyficzny, stąd trudności w ewentualnej asymilacji modelu kontroli i nadzoru w innych systemach prawnych. Spośród wielu sektorów gospodarki także ochrona zdrowia, która występuje we Francji w postaci uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych jest przedmiotem wielu przepisów prawnych jak i orzecznictwa. Niestety z powodu zbyt dużego rozmiaru pracy nie zostały one, podobnie jak wiele innych zagadnień związanych z ubezpieczeniami, ujęte w pracy. Model wymaga wyboru elementów wystandaryzowanych i koniecznych eliminacji innych czynników. Jest to proces analityczny, który prowadzi do powstania pewnej wykadrowanej całości, zakładającej oczywiste pominięcia, szczególnie wobec kwestii partykularnych. Model ubezpieczeń we Francji zarysowany w dysertacji jest pewnym uproszczeniem, zawiera uwypuklenie elementów najważniejszych (ryzyko), sposobu podejścia do ryzyka i znalezienia specyfiki w różnorodnej rzeczywistości.

Otoczenie prawne rynku ubezpieczeń, jakie jest opisane w pracy, to zespół norm semi-autonomicznych ujętych w Kodeks ubezpieczeń. Jest to usystematyzowany zbiór norm ustawowych i wykonawczych. Jednakże wyodrębnienie innych kodeksów, o których w tej pracy wspomniano w rozdziale drugim, wskazuje na bardzo ważny segment ubezpieczeń

wzajemnych na francuskim rynku. Jednocześnie pozwala to na uwzględnienie jako elementu zasadniczego – ryzyka, przedmiotu działań jego uwpólnienia, jako techniki ubezpieczeń również w ubezpieczeniach wzajemnych. Na koniec warto podkreślić, że przyszłość ubezpieczeń wiąże się z ubezpieczeniem przyszłości w tym także tej wirtualnej, z którą połączenie jest dzisiaj widoczne.

Sektor ubezpieczeń kultywuje ściśle powiązania ze światem innowacji. Niezależnie od tego, czy jest to przemysł kosmiczny, firmy zajmujące się budową wieżowców, zdrowie czy nowe technologie, eksperci starają się szczegółowo opisać konkretne zagrożenia, które nie zawsze są dobrze znane lub konieczne wystandaryzowane. Kompetencje ubezpieczyciela rozciągają się na dwa obszary – zarządzanie ryzykiem i zarządzanie finansami. W centrum działalności ubezpieczeniowej jest ryzyko, a ubezpieczyciel jest ekspertem w tym zakresie. Ubezpieczenie jest mechanizmem podziału ryzyka, tak aby się ono kompensowało, co prowadzi do łączenia ryzyka. Można także zauważyć, jak wspomniano w pierwszym rozdziale pracy, że potrzeba bezpieczeństwa stanowi myśl przewodnią historii ubezpieczeń ale dodać iż także rozwoju ubezpieczeń.

Szacuje się, że do roku 2030-2040 od 10 do 55% procesów ubezpieczeniowych, takich jak podpisywanie umów, rozpatrywanie roszczeń, prowadzenie dokumentacji i fakturowanie, zostanie zautomatyzowanych (Ebert, Huettemann, Javanmardian, Polyblank, Ramezani, Varney, Zaharieva, 2023). Analizując dużą ilość informacji, ubezpieczeniowa sztuczna inteligencja może pomóc w podjęciu działań zapobiegawczych, na przykład – lepsze ustalanie ceny usług, lepsza identyfikacja osób ubiegających się o polisę ubezpieczeniową wysokiego ryzyka, wykrywanie oszustw ubezpieczeniowych, szybsze przetwarzanie danych ubezpieczonych, dokładniejsze przewidywanie trendów w branży.

Dodatkowo sztuczna inteligencja pozwala ubezpieczycielom osiągnąć dobry poziom personalizacji ubezpieczeń, czego oczekuje zdaniem McKinsey aż do 80% klientów ubezpieczeniowych. Inteligentny algorytm oceni w przyszłości zachowanie klienta na portalach społecznościowych i stronach internetowych, aby zaoferować korzystniejsze i praktyczne warunki ubezpieczenia.

Sztuczna inteligencja umożliwi szybsze zarządzanie szkodami, co jest krokiem naprzód w poprawie jakości obsługi klienta. Jako przykład należy wskazać, że ostatnio we Francji obniżono składki dla bezpiecznych kierowców, którzy nie mieli wypadku od trzech do pięciu lat. Oferowane są także zniżki dla kierowców, którzy pokonują mniej niż 12 000 kilometrów rocznie (Ebert, Huettemann, Javanmardian, Polyblank, Ramezani, Varney, Zaharieva, 2023). Taka personalizacja zwiększa lojalność klientów ubezpieczeniowych. Internet łączy

inteligentne domy i zegarki, smartfony, samochody i szereg innych urządzeń, generując cenne dane dla branży ubezpieczeniowej. Na długo przed pojawieniem się urządzeń internetowych podmioty ubezpieczeniowe udzielały zniżek właścicielom domów, którzy zainstalowali systemy bezpieczeństwa. Gdy ubezpieczony instaluje takie urządzenie w domu, ubezpieczenie może monitorować wszelkie nieprawidłowości na terenie obiektu.

Chociaż technologia chatbotów opiera się na sztucznej inteligencji i uczeniu maszynowym, trend ten stanowi osobną kategorię. Wirtualny asystent komunikuje się z klientem i wspiera go w przypadku nieobecności agenta ubezpieczeniowego. Przewiduje się, że do 2025 r. 95% wszystkich interakcji konsumentów będzie odbywać się za pośrednictwem wirtualnych asystentów za pośrednictwem telefonu lub czatu. Chatbot doradza ubezpieczającym, którzy nie muszą czekać na dostępność agenta. Wirtualny asystent odpowiada na pytania o każdej porze dnia i nocy, w dni powszednie, w weekendy i święta. Informacje o zdarzeniu ubezpieczeniowym zebrane przez chatbota są zapisywane. Dlatego też, aby złożyć wniosek, wnioskodawca musi wypełnić mniej dokumentów papierowych. Jednocześnie inteligentny algorytm ocenia ważność i legalność oświadczeń.

Ubezpieczenia ulegają przemianom poprzez wykorzystanie nowych kanałów dystrybucji, w szczególności Internetu. Wraz z pojawieniem się tzw. Dyrektywy Wypłacalność II (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), niewystarczający kapitał wielu ubezpieczycieli i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych we Francji, wsparty nowymi ograniczeniami regulacyjnymi, komplikuje zarządzanie tymi organizacjami. W kontekście kryzysu gospodarczego międzynarodowa konkurencja na rynku francuskim w ubezpieczeniach staje się coraz bardziej zacięta. Bliskość zakładów ubezpieczeń zajmujących się ubezpieczeniami na życie i bankowych produktów ubezpieczeniowych powoduje dezorientację w dalszym ciągu wśród klientów.

Charakter ryzyka ewoluuje dzisiaj szybciej niż kiedykolwiek wcześniej, ponieważ wspomagany jest przez nowoczesne technologie. Ubezpieczyciele muszą zintensyfikować działania, aby zaspokoić społeczne pragnienie odporności na czynniki ryzyka, a właściwie ich dużą ilość. Zagadnienia, które zostały ujęte w pracy potwierdzają, iż model ubezpieczeń we Francji jest modelem specyficznym, skutecznym, a także dynamicznym i ekspansywnym. Niektóre omówione w pracy zagadnienia mogą być przedmiotem zainteresowania polskiego prawodawcy.

Kwestia pewnej autonomizacji prawa ubezpieczeń i dwutorowy system ich kontroli, stanowią efekt historycznie ukształtowanej regulacji, podlegającej europejskim wpływom ale także mogą inspirować zagranicznego prawodawcę. Jednocześnie, mając na uwadze francuski model nadzoru nad system ubezpieczeń we Francji oraz istotność rynku ubezpieczeniowego dla stabilności gospodarczej, nie zaprzeczając jednocześnie skuteczności obecnego modelu nadzorczego w Polsce, należałoby się zastanowić nad wydzieleniem odrębnej od Komisji Nadzoru Finansowego instytucji nadzorującej wyłącznie rynek ubezpieczeniowy. Przedmiotem dalszych badań uszczegółwiających mogłoby być ustalenie dlaczego we Francji rozwinęły się międzynarodowe wielomilionowe przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe i jakie podłoże prawne należałoby stworzyć dla polskich inwestorów, w szczególności w zakresie umożliwienia testowania nowych rozwiązań technologicznych, aby dorównać w przyszłości sukcesowi francuskich ubezpieczycieli i reasekuratorów.

Jako posulat *de lege ferenda* dla polskiego ustawodawcy wskazać można również utworzenie, na przykład małych instytucji ubezpieczeniowych, zakładów ubezpieczeń, ograniczonych ilościowo lub jakościowo w zakresie planowanych do świadczenia usług, lecz nieobjętych szeregiem wymagań w zakresie np. początkowych wymogów kapitałowych. Jak pokazuje bowiem przykład małych instytucji płatniczych, zadanie takie jest możliwe do zrealizowane i może skutecznie oraz bezpiecznie funkcjonować w porządku prawnym – co potwierdza liczba małych instytucji płatniczych, które pojawiły się na rynku od czasu umożliwienia prowadzenia tego rodzaju działalności. Utworzenie niejako praktycznej piaskownicy dla nowych przedsiębiorców chcących zabłysnąć na rynku ubezpieczeniowym mogłoby zachęcić nowych inwestorów do rozpoczęcia swojej działalności na naszym terytorium. Oczywiście na uwadze należałoby mieć potencjalne niebezpieczeństwo związane z mniejszym zabezpieczeniem zgromadzonych składek oraz potencjalnych wypłat ubezpieczeniowych w przyszłości, co można by jednak zrekompensować zabezpieczeniem ze strony Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Czy polski ustawodawca kiedyś zdecyduje się na wprowadzenie takiego rozwiązania na wzór tego zastosowanego na rynku niebankowych dostawców usług płatniczych? W opinii autora, z uwagi na skuteczność nadzoru sprawowanego nad małymi instytucjami płatniczymi oraz jednoczesny rozwój tych podmiotów, w tym ich przekształcanie w krajowe instytucje, wydaje się być prawdopodobne.

Informacje przedstawione w rozdziałach niniejszej dysertacji zmuszają do wniosków, które zostały wymienione we wstępie do pracy doktorskiej, a w szczególności do tego, że fundamentalnym elementem modelu ubezpieczeń na francuskim rynku finansowym jest bardzo rozbudowane i wielopłaszczyznowo traktowane ryzyko, a sposób podejścia do ryzyka

ubezpieczeniowego we Francji jest zasadniczym elementem tego rynku. Problematyka ta została omówiona od historii ryzyka we Francji do jej teraźniejszej analizy i wpływu na rozwój i funkcjonowanie rynku ubezpieczeń.

Odpowiadając na pytanie jaki model ubezpieczeń powinien się rozwijać w Polsce wydaje się, że przy obecnym zdywersyfikowaniu rynku oraz poziomie innowacji technologicznych powinno pozostawić się dwa funkcjonujące równoległe modele ubezpieczenia, które powinny konkurować ze sobą na rynku finansowym. Faworyzowanie jednego z modeli względem drugiego mogłoby zatrzymać innowacyjność tego, który byłby dyskryminowany. Z jednej strony model socjalizacji (uwspólnienia) ryzyka wydaje się być modelem bardziej sprawiedliwym i mniej nastawionym na zysk, natomiast model podejścia indywidualnego w niektórych aspektach wydaje się być podejściem bezpieczniejszym. To do konsumenta powinna należeć ostateczna decyzja, który model należy wybrać, który byłby dla niego bardziej odpowiedni. Konkurencja pomiędzy tymi modelami może sprawić, że rynek będzie korzystniejszy dla chcącego się ubezpieczyć, a równoległe funkcjonowanie i rozwój obu modeli ubezpieczenia w Polsce nie powinno mieć negatywnych skutków dla rynku finansowego.

W rozdziale pierwszym historia ubezpieczeń powstała głównie na podstawie źródeł francuskich, natomiast w dalszej części pracy została zauważona możliwość integracji poglądów naukowych na temat ubezpieczeń, na co wskazuje zastosowanie naprzemiennie podawanych źródeł polskich i francuskich, z wyraźną przewagą tych drugich. Przedmiotowa dysertacja została oparta w głównej mierze na analizie francuskiego prawodawstwa ze względu na to, że polska doktryna w omawianym zakresie jest nad wyraz rozbudowana, co wyczerpuje na obecną chwilę prawną tematykę ryzyka na polskim rynku ubezpieczeniowym. Zwrócić należy chociażby na publikacje: M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa, 2002; *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa, 2002; D. Maśniak, *Prawo ubezpieczeniowe*, Gdańsk 2020; T. Czerwińska, *Polityka inwestycyjna instytucji ubezpieczeniowych. Istota – uwarunkowania – instrumenty*, Gdańsk 2009; I. Kwiecień, *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem działalności gospodarczej*, Warszawa, 2010; J. Arnoldi, *Ryzyko*, Warszawa, 2011; T. H. Bednarczyk, K. Bielawska, B. Jackowska, E. Wycinka, *Ekonomiczne i demograficzne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń*, Gdańsk, 2019; M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, *Finanse ubezpieczeń*, Gdańsk, 2020; T. Kaczmarek, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*, Warszawa, 2008; P. Kowalczyk, E. Poprawska, W. Ronka-Chmielowiec, *Metody aktuarialne. Zastosowanie matematyki w ubezpieczeniach*, Warszawa, 2012; T.

Michalski, A. Karmańska, A. Śliwiński, *Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny*, Warszawa, 2004; J. Monkiewicz, L. Gąsioriewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, Warszawa, 1999; K. Ortyński, *Statystyka i matematyka ubezpieczeniowa*, Radom, 1990; W. Ronka-Chmielowiec, *Modelowanie ryzyka w ubezpieczeniach. Wybrane zagadnienia*, Wrocław, 2003. Dalsza analiza w tym zakresie powielalaby w większości już postawione i argumentowane tezy, co nie miałyby istotnego wpływu dla nauk prawnych. Nie istnieje w polskiej literaturze przedmiotu zbyt wiele rozbudowanych źródeł dotyczących francuskiego rynku ubezpieczeniowego odnoszących się do wertykalno-horyzontalnej analizy ryzyka w ubezpieczeniu, co było jednym z powodów napisania niniejszej dysertacji, która powinna przysłużyć się przyszłej analizie prawnoporównawczej z zakresu prawa rynku ubezpieczeniowego, a w szczególności prawnego podejścia do ryzyka w ubezpieczeniach.

Bibliografia

1. Literatura

- ACPR, *Politique de supervision*, <https://acpr.banque-france.fr/contrôler/contrôle-prudentiel-des-assurances/demarche-de-contrôle/politique-de-supervision>, dostępne dnia 09.11.2022.
- Akademia Zarządzania, *Ryzyko ubezpieczeniowe*, https://mfiles.pl/pl/index.php/Ryzyko_ubezpieczeniowe, dostępne dnia 25.01.2023.
 - AMF, *Priorités d'action et de supervision de l'AMF pour 2022*, <https://www.actu-juridique.fr/breves/droit-financier/priorites-daction-et-de-supervision-de-lamf-pour-2022/> dostępne dnia 5.10.2022.
 - Assurances Générales de France, *History*, <http://www.fundinguniverse.com/company-histories/assurances-g%C3%A9n%C3%A9rales-de-france-history/>, s.1, dostępne dnia 07.02.2021.
 - Antebi R. *Le contrat d'assurance-vie et le rapport des primes manifestement exagérées*, Assurance-vie, <https://www.avocat-antebi.fr/avocat-droit-de-succesion/contrat-assurance-vie-et-rapport-des-primes-exagerees/>, dostępne dnia 09.12.2023.
 - Aubry H., *Reflexions sur l'évolution récente de la déontologie en droit des affaires*, Paris, 2009, s. 2504.
 - Bamdé A., Bourdoiseau J., *Loi Badinter du 5 juillet 1985: la responsabilité du fait des accidents de la circulation*, <https://aurelienbamde.com/2016/11/02/loi-badinter-du-5-juillet-1985-la-responsabilite-du-fait-des-accidents-de-la-circulation/>, dostępne dnia 09.07.2022.
 - Barowicz M., *Hedging w systemie kontroli ryzyka systematycznego*, „Przegląd Prawa Handlowego” 11/2006, s. 46-50.
 - Bartoloso S., *L'aléa en droit des assurances*, Paris, 2009, s. 431.
 - Beck U., *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris 2001, s. 521.
 - Beignet B., Ben Hadj Yahia S., *Droit des assurances*, Paryż, 2021, s. 179-180.
 - Beignier B., *Droit des assurances*, Paris, 2011.
 - Bellenger C., *Histoire de l'assurance de dommages en France, thèse d'histoire du droit*, Paris, 2011, s. 61, 62, 75, 76, 124, 159, 194, 246, 311-312, 307, 318.
 - Bénéplanc G., *Le choc du big data dans l'assurance*, „Revue Risques”, N° 103, 2015, <https://www.revue-risques.fr/2015/09/dossier-le-choc-du-big-data-dans-lassurance/>, dostępne dnia 09.12.2023.
 - Bensa E., *Histoire du contrat d'assurance au Moyen Âge*, (tłum. M. Jules Valery), Paris, 1897.
 - Bensalem S., *Prévention et assurance : contributions aux approches actuarielle, cognitive et dynamique*, Gestion et management, Université de Lyon, 2020, s. 46.
 - Bernstein Peter L., *Przeciw Bogom. Niezwykłe dzieje ryzyka*, Warszawa, 2020, s. 41.
 - Berr C. J., *La directive du 22 juin 1988 sur la libre prestation des services*, „Revue trimestrielle de droit européen”, 1988, Vol. 24, N°4, s. 655.
 - Besson A., Picard M., *Les assurances terrestres*, Tome I, Paris, 1982, s. 23.
 - Bichot J., *Pour réformer la Sécurité sociale, Revenir aux principes des assurances sociales*, „Futuribles”, 2017/3, n. 418, s. 17-33.
 - Biegański M., *Hedging i nowoczesne usługi finansowe*, Poznań, 2001, s. 9-15.
 - Bigot J., *Traité de droit des assurances. Tome 3. Le contrat d'assurance*, Paris, 2002, s. 106.

- Bigot J., *Assurances en général*, Paris, 1990, s. 523.
- Bigot M. J., *Traite du droit des assurances, Le Contrat d'assurance*, Paris, 2014, s. 800.
- Bigot R., *Les assurances de responsabilité*, Paris, 2020, s. 260.
- Bochenek M., *Ryzyko i niepewność w naukach ekonomicznych – rozważania semantyczne*, „Ekonomia, Economics”, 4(21), Wrocław, 2012, s. 46.
- Boyer P., *Assurer les calamités agricoles?*, „Notes et Études Économiques” n°30, mars 2008, s. 30.
- Broussy Ch., *Histoire du contrat d'assurance (XVI-XXe siècles)*, Montpellier, 2016, s. 321.
- Brunette M., Corcos A., Couture S., *Substituabilité entre assurance et auto-assurance : une propriété robuste à l'asymétrie d'information et à l'ambiguïté*, „Revue d'économie politique”, 2020/4 (vol. 130), s. 615-632.
- Byrski J., Zalcewicz A., *Ustawa o usługach płatniczych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa, 2021, komentarz do art. 78 i 125.
- Cahuc P., *Épargne de précaution, réseaux sociaux et assurance chômage publique*, „Revue française d'économie”, 2004, Volume 19, No. 1, s. 4-5.
- Calandri L., *Recherche sur la notion de regulation en droit administratif français*, Paris, 2009, s. 448.
- Calhoun C. J. and Derluguian G., *Business as Usual: The Roots of the Global Financial Meltdown*, New York, 2011, s. 57.
- Cantillon R., *Essai Sur La Nature Du Commerce En General (1755)*, Paris, 2010.
- Caprioli E., *Intelligence artificielle et sécurité des systèmes d'information dans le domaine bancaire*, „Numéro spécial Banque & droit”, octobre 2019, s. 2.
- CCR, *Un acteur incontournable de la réassurance en France* <https://www.ccr.fr/l-entreprise-ccr>, dostępna na 12.12.2023.
- Charpentier A., *La loi des grands nombres*, „Risques”, n° 86, s. 511.
- Chevreau E., *La lex Rhodia de iactu: un exemple de la réception d'une institution étrangère dans le droit romain*, „Tijdschrift voor Rechtsgeschiedenis = Revue d'Histoire du Droit = The Legal History Review” 2005, n°73, s. 67-80.
- Chłopecki A., *Umowa jako instrument finansowy*, „Przegląd Prawa Handlowego” 10/2022, s. 4-9.
- Comité d'histoire de la Deuxième Guerre mondiale et fonds d'origine privée, <https://www.jstor.org/stable/25729446>, dostępna dnia 07.05.2022.
- Commission Européenne, *Stratégie européenne pour les données*, Doc. COM (2020) 66 final, 19.02.2020, s. 3.
- CNIL, *Délibération 2010-096 du 8 avril 2010 portant recommandation relative à la mise en œuvre, par les compagnies d'assurance et les constructeurs automobiles, de dispositifs de géolocalisation embarqués dans les véhicules*, https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/recommandation_-_geolocalisation_de_vehicules_par_les_compagnies_dassurance_et_constructeurs_automobiles.pdf, dostępna dnia 29.12.2022.
- CNP, *Assurance et innovation entre progrès, résilience et durabilité* https://www.lafabriquedassurance.org/uploads/file/6481_Livre-blanc-2022-Assurance-et-Innovation.pdf, dostępna dnia 09.12.2023.
- Couilbault F., S. Couilbault Di Tommaso, V. Huberty, *Les grands principes de l'assurance*, 11ème éd., 2013.
- Croze H., *La question prioritaire de constitutionnalité. Aspects procéduraux*, Paris, 2010, s. 490.

- Czerwińska T., *Ryzyko systemowe w sektorze ubezpieczeń - analiza ekspozycji w krajach Unii Europejskiej*, „Problemy Zarządzania”, vol. 12, nr 4 (48), 2014, Warszawa, s. 41-63.
- Deesombre N., Duverne D., de Montchalin A., *Les strategies d'internationalisation en Assurance*, „Revue d'économie financière”, L'industrie de l'assurance et ses mutations, 2ème trimestre 2017, N°126, s. 51.
- Delebecque P., *Les assurances maritimes*, „Le droit des assurances en tableaux”, Paris, 2020, s. 428.
- Dubisz S. (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, tom III, Warszawa, 2003.
- Dubuisson B., *Solidarité, segmentation et discrimination en assurances*, „Mélanges en l'honneur du Professeur Jean Bigot”, Paris, 2010, s. 107.
- Ebert S., R. Huettemann, K. Javanmardian, J. Polyblank, S. Ramezani, S. Varney, L. Zaharieva, *Global Insurance Report 2023: Expanding commercial P&C's market relevance*, 2023, <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/financial%20services/our%20insights/global%20insurance%20report%202023%20expanding%20commercial%20p%20and%20cs%20market%20relevance/global-insurance-report-2023-expanding-commercial-p-and-cs-market-relevance-v2.pdf>, dostępne dnia 25.11.2023.
- Eeckhoudt L. et Gollier Ch., *La théorie économique du risque: une relecture de quelques contributions fondamentales*, „Assurances et gestion des risques”, vol. 81 (1-2), mars-avril 2013, s. 47-53.
- *Encyclopedie Universalis Assurance – Évolution*, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/assurance-evolution-contemporaine>, s. 3, dostępne dnia 03.02.2021.
- Feller W., *Wstęp do rachunku prawdopodobieństwa część 1*, Warszawa, 2023, s. 11-15.
- Finance Innovation, *Le nouveau visage de l'assurance Livre blanc Gestion des risques*, 2015, s. 46 i n., <https://finance-innovation.org/wp-content/uploads/2019/10/Livre-Blanc-Gestion-des-risques-Le-Nouveau-Visage-de-lAssurance-FINANCE-INNOVATION-DROIT-DAUTEUR-PROTEGE-RESERVE-A-LUSAGE-PERSONNEL.pdf>, dostępne dnia 21.09.2022
- Fisinger J., *L'intergration des marches de l'assurance*, „Revue d'Economie Financière”, 1989, nr 11, s. 251.
- Flische O., *La protection de la clientèle: un nouvel enjeu pour l'ACPR et le contrôle du secteur financier*, „Annales des Mines - Réalités industrielles”, 2015/1 (Février 2015), s. 70-73.
- France Assureurs, *Les assureurs, moteur du financement de l'économie*, <https://www.franceassureurs.fr/lassurance-finance/les-assureurs-moteur-du-financement-de-leconomie/>, s. 1, dostępne dnia 07.10.2022.
- France Assureur, *Rapport annuel France Assureur*, <https://www.franceassureurs.fr/wp-content/uploads/2022/09/france-assureurs-rapport-annuel-2020.pdf>, dostępne dnia 29.12.2022.
- Fuchs D., *Podwójne (wielokrotne) ubezpieczenie de lege lata oraz de lege ferenda*, „Przegląd Prawa Handlowego” nr 6/2006, s. 24-29.
- Fuchs D., *Status ubezpieczonego według rozporządzenia Rady (WE) nr 44/2001 - wnioski de lege ferenda dla prawodawcy polskiego*, „Europejski Przegląd Handlowy” 2012, nr 5, s. 24-30.
- Fuld S., Michel J.-T., *Le Portage Salarial : analyse en droit du travail et des assurances sociales suisses*, <https://www.bianchischwald.ch/wp-content/uploads/2020/06/sfjtm-2012-jusletter-portage-salarial.pdf>, dostępne dnia 14.06.2023.

- Gajewski D. *Holding company as a special form of tax optimization used in selected european countries*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego”, 5/2020, s. 27-32.
- Gajewski D, Karwat P., Olczyk A., Werner A., Wierzbicki J., *Reakcja polskiej polityki podatkowej na kryzys związany z pandemią na tle państw Grupy Wyszehradzkiej*, „Centrum Analiz i Studiów Podatkowych”, 2021, s. 189-223.
- Gajewski D, *The Role of Hybrid Instruments in the Implementation of Business Tax Policy*, „Contemporary Economics”, vol. 6, no. 2, s. 84-90, 2012.
- Galavotti M.C. *The Modern Epistemic Interpretations of Probabality*, „Handbook of the History of Logic”, vol. 10, 2009, s. 153-195.
- Ghotbi A., Saint-Marc G., *La titrisation du Risque d'Assurance*, „Droit bancaire”, 2006, n° 4, s. 64.
- Ghuueldre R., Vannesson F., *La directive Solvency II: La directive 2009/138/CE du Parlement Européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice: solvabilité II*, „Revue générale du droit des assurances”, n° 3 2010, s. 613.
- Giarni O., *Enquête empirique sur l'assurance européenne*, „Revue d'Economie Financière”, 1989, nr 11, s. 276.
- Gniewek E., Machnikowski P. (red.), *Zarys prawa cywilnego*, Warszawa 2018.
- Gougenheim J.-H., Vandier J., Straus A., *L'evolution du marche de l'assurance automobile en France depuis la guerre et le role des mutuelles sans intermediaires*, „Entreprises et histoire”, 2013/3 (n° 72), s. 91-112.
- Goussebaile A., *Prevention and insurance of natural disasters*, „ Economics and Finance”, 2016, s. 2.
- Groutel H., *Le contrat d'assurance, Connaissances du droit*, Paris, 1997, s. 78.
- Grua F., *La distinction des contrats aléatoires et des contrats commutatifs*, Paris, 1983, s. 263.
- Guemriche S., *Dictionnaire des mots francais d'origine arabe*, Seuil, 2007, hasło „hasard”.
- Guggenheim T., *Les théories monétaires préclassiques*, Genève, 1978, s. 57-92.
- Gutowski K. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Hagopian M., Szmaragd J.-M., *Réassurance*, „JurisClasseur Responsabilité civile et Assurances”, 2023, s. 83 i nast.
- Haueter N. V., *A History of Insurance*, op. cit., https://www.swissre.com/dam/jcr:638f00a0-71b9-4d8e-a960-dddaf9ba57cb/150_history_of_insurance.pdf, dostępne dnia 07.05.2022.
- Hémard J., *Théorie et pratique des assurances terrestres, tome I: la notion, l'évolution, la science de l'assurance terrestre*, Paris, 1924, s. 164.
- Hordejuk M., *Zawieranie transakcji na instrumentach pochodnych w świetle rozporządzenia EMIR*, „Państwo i Prawo” 2/2018, s. 88-96.
- Idzikowska K. *Zniekształcanie prawdopodobieństw w decyzjach z ryzykiem, rozprawa doktorska* Uniwersytet Warszawski Instytut Studiów Społecznych Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii, Warszawa 2013, https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/659/Zniekszt%C5%82canie%20prawdopodobie%C5%84stw%20w%20decyzjach%20z%20ryzykiem_K.Idzikowska.pdf?sequence=1, dostępne dnia 12.01.2023.
- Index Assurance, *Guide de référence de l'assurance auto pour les particuliers. Histoire de l'assurance*, <https://www.index-assurance.fr/histoire-assurance>, dostępne dnia 07.05.2022.

- Janowicz-Lomott M., Spigarska E., Dąbrowski I., Łyskawa K., *Finanse ubezpieczeń*, Gdańsk, 2020, s. 19.
- Janowicz-Lomott M., Spigarska E., Ireneusz I., Łyskawa K., *Finanse ubezpieczeń*, Gdańsk, 2020, s. 16.
- Jastrzębski J., *Nieubezpieczeniowe umowy gwarancyjne*, „Przegląd Prawa Handlowego”, 2018, nr 7, s. 4-15.
- Jastrzębski J., *Bankowe papiery wartościowe a zorganizowany obrót instrumentami finansowymi*, „Przegląd Prawa Handlowego” 6/2013, s. 5-13.
- Jurkowska-Zeidler A., *Europejski Nadzór Finansowy. Nowa architektura*, „Gospodarka: nowe perspektywy po kryzysie”, Warszawa, Gdańsk, 2010, s. 27-43.
- Jurkowska-Zeidler A., *Konsekwencje zmian w systemie ochrony konsumenta usług finansowych*, „Gdańskie Studia Prawnicze”, 2016, vol. 36, s. 193-209,
- Jurkowska-Zeidler A., Maśniak D., Mroczkowski R., *Prawo Rynku Finansowego*, „Podstawy finansów i prawa finansowego”, Warszawa, 2018, s. 92-205.
- Jurkowska-Zeidler A., *Nadzór finansowy*, „Leksykon prawa finansowego: 100 podstawowych pojęć”, Warszawa, 2015, s. 236-245.
- Jurkowska-Zeidler A., *The architecture of the European financial market: legal foundations*, Gdańsk, 2016.
- Gollier Ch. *Risque et incertitude*, Encyclopedie Universalis /<https://www.universalis.fr/encyclopedie/risque-et-incertitude/> dostępne dnia 12.01.2023.
- Kaczmarek T., *Zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*, Warszawa, 2005, s. 11-41.
- Kałduński M., *Klauzula największego uprzywilejowania w prawie konsularnym*, Toruń, <https://europeistyka.uj.edu.pl/documents/3458728/b45733d1-931d-4063-b207-73822cefb76a>.
- Klein J., *La loyauté en droit des contrats*, Paryż, 2014, s. 77.
- Klimaszewska, *Code de commerce – francuski Kodeks handlowy z 1807 roku*, Gdańsk, 2011, s. 63, 143, 146.
- KNF, *Metodyka rocznego badania i oceny nadzorczej (bion) zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (ocena za 2021 r.)*, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Metodyka_BION_za_2021_77622.pdf, dostępne dnia 20.03.2023.
- Korpalski M., *Bankowe terminowe umowy walutowe*, Warszawa, 2020, s. 30; komentarz do art. 92(4).
- Korzeniowski L., *Firma w warunkach ryzyka gospodarczego*, Kraków, 2002, s. 128.
- Korzeniowski L., *Zarządzanie bezpieczeństwem. Rynek, ryzyko, zagrożenie, ochrona*, „Zarządzanie bezpieczeństwem”, Kraków, 2000, s. 437-444.
- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz-Toruń, 2002, s. 94-95.
- Krajewski M., *Zdarzenie powodujące powstanie obowiązku świadczenia, Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa, 2011.
- Krajewski M., *Świadczenie ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia*, „Przegląd Sądowy” 2011, nr 11-12, s. 7-26
- Kucharski B., *Przepisy Kodeksu cywilnego a świadczenie ubezpieczyciela, Świadczenie ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia mienia*, Warszawa, 2019.
- Kullmann J., *Lamy Assurances*, 2008, s. 108,
- Kuźmicka-Sulikowska J., *Ubezpieczenia obowiązkowe a dobrowolne, Prawo deliktowe wobec nowych technologii*, Warszawa, 2023.

- Lambert-Faivre Y. et Leveneur L., *Droit des assurances*, Paris, 2005, s. 1.
- Lasserre V., *Le risqué*, „Recueil Dalloz”, 2011, s. 1632.
- Lecourt A., *Fiche 12. La cause*, „Fiches de Droit des obligations. Rappels de cours et exercices corrigés”, Paris, 2019, s. 106-117, <https://www.cairn.info/fiches-de-droit-des-obligations--9782340032682-page-106.htm>, dostępne dnia 10.09.2023.
- Leduc F., *Projet de règlement sur la nature du contrat d'assurance*, Paris 2015, s. 895.
- Le ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, Service des archives économiques et financières, *Assurances – Historique*, <https://www.economie.gouv.fr/saef/assurances-historique>, dostępne dnia 04.10.2022.
- Lemonnier M., *Instrumenty pochodne, „Przeciwdziałanie patologiom na rynkach finansowych. Od edukacji ekonomicznej po prawnokarne środki oddziaływania”*, Warszawa, 2015, s. 62-90.
- Lemonnier R., *Uzależnienie od hazardu jako przykład zjawiska patologicznego powiązanego z zachowaniami przestępczymi*, „Kortowski Przegląd Prawniczy”, 2016 (4), s. 54-58.
- Leonard R., *Von Neumann, Morgenstern and the Creation of Game*, Cambridge, 2010, s. 321-326.
- Le Pôle commun Assurance Banque Epargne de l'ACPR et de l'AMF publie son rapport annuel 2021, s. 1-2, https://acpr.banque-assurance.fr/sites/default/files/medias/documents/20220614_cp_rapport_2021_pole_commun_amf_acpr.pdf, dostępne dnia 26.09.2022.
- Leveneur L., *Code civil, Code de commerce et Code de la consommation, Le Code de commerce 1807-2007*, Paris, 2007, s. 80.
- Loy O., *A propos de la jurisprudence récente de la Cour de Justice des Communautés européennes dans le secteur de l'assurance*, Paris, 1987, s. 371
- Luhmann N., *Risk, a sociological theory*, Berlin, 1993, s. 9-10.
- M. do Carmo Silva, *Constitutionnalité de la garantie de l'Etat accordée à la CCR dans le cadre de ses activités de réassurance des risques de catastrophes naturelles, commentaire*, „Lamy Droit des affaires”, 2013, n° 2013-344, s. 59.
- Mariański M., *Struktura wewnętrzna oraz podstawa funkcjonowania L'Autorité des marchés financiers (AMF) jako organu nadzoru nad rynkiem finansowym we Francji*, „Monitor Prawa Bankowego” nr 05 (66), maj 2016 r., s. 64-73.
- Mariański M., *Uprawnienia i kompetencje francuskiego organu nadzoru nad rynkiem finansowym L'Autorité des marchés financiers (AMF) – część pierwsza*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 3/2016, s. 1-5.
- Mariański M., *Uprawnienia i kompetencje francuskiego pomocniczego organu nadzoru nad rynkiem finansowym Autorité de contrôle prudentiel et de résolution*, „Przegląd Prawa Handlowego”, 4/2023, s. 38-43.
- Mariański M., *Pozycja emitenta na rynku finansowym - ewolucja oraz kierunki przemian*, „Przegląd Prawa Handlowego” 8/2017, s. 37-41.
- Martial-Braz N., *L'apport de l'intelligence artificielle à la banque*, „Revue de droit bancaire et financier”, 2019, n°6, s. 78.
- Maśniak D., *Zakres pokrycia, „Ubezpieczenia ekologiczne”*, Kraków, 2003, s. 140.
- Mayaux L., *Les relations entre le droit des assurances et droit de la famille*, „Revue générale des assurances terrestres”, 1994 n° 2, s. 423-436.
- Mayaux L., *Assurance et politique publique: à la recherche d'un critère*, Paris, 2008, s. 601 i nast.

- Mayaux L., *L'assureur est-il garant?*, „Mélanges en l'honneur d'Yvonne Lambert-Faivre et Denis-Clair Lambert, Droit et assurance et économie de la santé”, 2002, s. 281.
- Mayaux L., *Les grands enjeux du droit des assurances*, Paris, 2011.
- Millet F., *La notion du risque et de ses fonctions en droit privé*, Paris, 2002.
- Mlynarczyk E., *Technique et pratique de la réassurance*, Paris, 2014, s. 15.
- Nader J., *Les garanties réelles dérogatoires du code monétaire et financier*, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en droit, Université de Strasbourg, 2012, s. 19-22.
- Nations Unies, *150 millions de victimes des catastrophes par an d'ici 2030, selon un rapport de l'ONU*, ONU Info, 2020, <https://news.un.org/fr/story/2020/10/1079732>, dostępne dnia 28.10.2023.
- Nicolas V., *Droit des contrats d'assurance*, Paris, 2012, s. 53.
- Nicolas V., *Nouvelle définition du contrat aléatoire et contrats d'assurance: pour un rattachement au droit des affaires?*, „Études en la mémoire de Philippe Neau-Leduc. Le juriste dans la cité Philippe Neau-Leduc”, Paris, 2018, s. 745.
- Nieborak T., *Europejski zintegrowany nadzór finansowy – aspekty instytucjonalno-prawne*, „Bezpieczeństwo rynku finansowego”, nr 6, Wrocław, 2010, s. 51-65.
- Nieborak T., *Przychody podatkowe a działalność zakładów ubezpieczeniowych – synteza problemu*, „Daniny publiczne. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku”, 2010, s. 113-121.
- OECD and The World Bank, *Fiscal Resilience to Natural Disasters, Lessons from Country Experiences, France*, 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/354e5924-en/index.html?itemId=/content/component/354e5924-en>, dostępne dnia 01.10.2023.
- OECD, *Emerging Risks in the 21st century*, An OECD International Futures Project 2003, nr 2, s. 5. <https://www.oecd.org/fr/gov/37388661.pdf>, dostępne dnia 01.08.2023
- Osajda K. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Pardessus J.-M., *Collection des lois maritimes antérieures au XVIIIème siècle*, Tome Second, Paris, 1824, s. 176.
- Peugeot P., *Pourquoi les assureurs se réassurent-ils?*, «Revue d'Economie Financière», 1989, nr. 11, s. 196.
- Picard M., Besson A., *Les assurances terrestres*, T. I, n° 23, Paris, 1982, s. 36.
- Picoche J., *Dictionnaire d'étymologie du français*, Paris 1992, s. 619-844.
- Planiol M., G. Ripert, *Traité de droit civil. Tome XI. Contrats civils*, Paris, 1954, s. 1253.
- Płodzień S., *Lex Rhodia de iactu. Studium historycznoprawne z zakresu rzymskiego prawa handlowomorskiego*, Lublin, 2011, s. 5-13, 95-116.
- Pogorzelski K., *Rozwój teorii ryzyka finansowego. Interpretacje prawdopodobieństwa a pojęcie ryzyka i niepewności*, Warszawa, 2014, s. 26.
- Pradier P-Ch., *Histoire du risque*, „Historia de la Probabilidad y la Estadística”, Madrit, 2004, s. 171-186.
- Radwański Z., Olejniczak Z., *Zobowiązania - część ogólna*, Warszawa, 2018.
- Ronka-Chmielowiec W., *Ryzyko i istota ubezpieczenia*, „Ubezpieczenia”, Warszawa, 2016, s. 12-13.
- Senat RF, *La spécificité de l'assurance est lourde de conséquences en matière de solvabilité réglementaire*, <https://www.senat.fr/rap/r98-0452/r98-045234.html>, dostępne dnia 21.01.2023.
- Sénat, *Commission des Finances, Rapp. d'information n°45: La situation et les perspectives du secteur des assurances en France, op.cit., Chapitre Premier / II.*

Repères Historiques, http://www.senat.fr/rap/r98-0452/r98-0452_mono.html#toc28, dostępne dnia 07.05.2022.

- *Senat, Résumé de l'histoire des cinquante dernières années de l'assurance*, <https://www.senat.fr/rap/r98-0452/r98-045210.html>, dostępne dnia 20.02.2021.
- Sobol E. (red.), *Nowy słownik języka polskiego PWN*, Warszawa, 2002 ;
- Stępień M., *Kodeks Hammurabiego*, Warszawa, 1996, s. 35-36.
- Stoffel-Munck P., *La notion de contrat aléatoire*, „Responsabilité et assurance”, 2014, poz. 3.
- Straus A., *La concentration des entreprises d'assurances en France depuis la Seconde Guerre Mondiale: réalités et limites*, „Entreprises et histoire”, 2013/3, (n° 72), s. 55-79.
- A. Supiot, *Mutualisation: de quoi parlons-nous?*, „Recueil Dalloz”, 7 avril 2016, n° 13, s. 726-731, https://www.college-de-france.fr/media/alain-supiot/UPL9111850765019782775_Mutualisation_RECUEILDalloz_13_05.pdf, dostępne dnia 01.02.2023.
- Szczepańska M., *Problematyka działań umyślnych w ubezpieczeniach na życie*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica”, nr 72, Łódź, 2013, s. 67-77.
- Szramkiewicz R., *Histoire du droit des affaires*, Paris, 2013, s. 315.
- Teller M., *Éthique et intelligence artificielle : préambule à d'autres droits*, „Numéro spécial Banque & droit”, 2019, s. 38.
- Upton M., Casey H., *Risk and Some Pitfalls in the Use of Averages in Farm Planning*, „Journal of Agricultural Economics”, vol. 26, 1975, s. 147.
- Urban-Theocharakis M., *Egzekucja wiarygodności z polisolokat*, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze-praktyczne/egzekucja-wiarygodnosci-z-polisolokat-470156433>, dostępne dnia 28.10.2023.
- Venard B., *L'histoire du marché de l'assurance en France*, „Assurances et gestion des risques”, vol. 81(1-2), mars-avril 2013, s. 85-101.
- Viviani J.-L., *Incertitude et rationalité*, „Revue française d'économie”, vol. 9, n° 2, 1994, s. 105-146.
- Węgrzynowski Ł., *Charakter prawny umowy ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym*, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/linie-orzecznicze/charakter-prawny-umowy-ubezpieczenia-na-zycie-z-funduszem-419770025>, dostępne dnia 28.10.2023.
- Wojciechowski R., *Prawo bankowe. Komentarz*, red. Mikos-Sitek A., Zapadka P., Warszawa 2022.
- Zalcewicz A., *Financial Technology and Provision of Services – New Challenges in Consumer Protection in Financial Services*, „The financial law towards challenges of the xxi century”, Brno, 2020, s. 664-683.
- Zalcewicz A., *Organy nadzorujące funkcjonowanie rynku finansowego a innowacyjne technologie finansowe*, „Teoretyczne i praktyczne aspekty prawa finansowego. Problemy, koncepcje, wyzwania i rozwiązania”, Warszawa, 2020, s. 609-618.
- Zawadzka P., Baluta B., Błachnio-Parzych A., Czajkowska A., Glicz M., Grzeszczak R., Kozłowska-Chyła B., Krajewski M., Leśniak D., Lisowski J., Pabian S., Pinior P., Szczepańska M., Śliwiński A., Wajda D., Wajda P., Wojno B., *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej: komentarz*, Warszawa, 2017.
- Zawadzka P., *Model nadzoru finansowego i sądowa kontrola decyzji nadzorczych w Wielkiej Brytanii*, „Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku”, Warszawa, 2015, s. 131-139.
- Zawadzka P., *Modele nadzoru rynku finansowego: aspekty prawne*, Warszawa, 2017.

- Zawadzka P., *Nadzór rynku finansowego w Unii Europejskiej: krajowe organy regulacyjne i kontrola sądowa*, Warszawa, 2018.

2. Akty prawne

- Code de Commerce français, w wersji z dnia 1807 r., https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006069441/1807-09-25
- Décret n° 55-1070, 5.08. 1955 portant codification des textes législatifs concernant la mutualité, JORF, 11.08.1955.
- Décret n° 76-667 du 16 juillet 1976 relatif à la codification des textes législatifs concernant les assurances, JORF, 21.07.1976.
- Décret-loi, 8.08.1935 instituant au contrôle en matière d'assurance automobile, JORF, 9.08.1935.
- Décret-loi, 14.06.1938 unifiant le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurances de toute nature et de capitalisation et tendant à l'organisation de l'industrie des assurances, JORF, 16.06.1938.
- Druga Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 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. U. UE L 172 z 4.7.1988, s. 1–2).
- Druga Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 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 (88/357/EWG) (Dz. U. UE OJ L 172, z 04.07.1988, s. 1–2).
- Dyrektywa 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotycząca ubezpieczeń na życie (Dz. U. UE L 345 z 19.12.2002, s. 1–51).
- Dyrektywa 2005/68/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 listopada 2005 r. w sprawie reasekuracji oraz zmieniająca dyrektywy Rady 73/239/EWG, 92/49/EWG, a także dyrektywy 98/78/WE i 2002/83/WE (Dz. U. UE L 323 z 9.12.2005, s. 1–50).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. UE L 335 z 17.12.2009, s. 1–155).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE C z 16.05.2022, s. 1-23).
- Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE OJ L 228, 11.8.1992, s. 1–23).
- Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do

ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. U. UE L 22 z 11.8.1992, s. 1–23)

- Dyrektywa Rady z dnia 10 grudnia 1984 r. zmieniająca, szczególnie w zakresie ubezpieczenia świadczenia pomocy turystycznej, pierwszą dyrektywę (73/239/EWG) w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 339 z 27.12.1984, s. 109-113).
- Dyrektywa Rady z dnia 13 grudnia 1976 r. w sprawie środków mających ułatwić skuteczne osiągnięcie swobody przedsiębiorczości oraz swobody świadczenia usług w odniesieniu do działalności agentów i brokerów ubezpieczeniowych (ex grupa ISIC 630) oraz, w szczególności, środków przejściowych dotyczących tych działalności (77/92/EWG) (Dz. U. UE OJ L 26 z 31.01.1977, s. 14–19).
- Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 1987 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczenia ochrony prawnej (Dz. U. L 185 z 04.07.1987, s. 77-80).
- Dyrektywa Rady z dnia 22 czerwca 1987 r. zmieniająca, w zakresie ubezpieczenia kredytu i poręczeń, pierwszą dyrektywę 73/239/EWG w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 185 z 4.7.1987, s. 72–76).
- Dyrektywa Rady z dnia 25 lutego 1964 r. w sprawie zniesienia ograniczeń swobody przedsiębiorczości i świadczenia usług w dziedzinie reasekuracji i retrocesji (64/225/EWG) (Dz. U. UE OJ 56 z 04.04.1964, s. 878-883).
- Dyrektywa Rady z dnia 8 listopada 1990 r. zmieniająca, w szczególności w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, dyrektywę 73/239/EWG i dyrektywę 88/357/EWG, które dotyczą koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (Dz. U. UE L 330 z 29.11.1990, s. 44–49).
- Francuski Kodeks Cywilny, *Code civil*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070721/, wersja z 1804 r. - Félix Julien Jean Bigot de Préameneu, Jacques de Maleville, François Denis Tronchet, Jean-Étienne-Marie Portalis, Code civil des Français, Bibliothèque nationale de France, 1804.
- Kodeks Cywilny Code civil, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040772, dostępne dnia 09.12.2023.
- Kodeks Monetarny i Finansowy - *Code monétaire et financier*, JORF 1223, 14.12.2000 relative à la partie Législative du Code Monétaire et Financier,
- Décret n° 2005-1006, 2.08.2005 relatif aux dispositions de la partie réglementaire du Code Monétaire et Financier.
- Kodeks Ubezpieczenia Społecznego - *Code de la sécurité sociale*, Décret n° 85-1353, 17.12.1985, JORF, 21.12.1985, Rect. JO 20.03.1986,
- Kodeks ubezpieczeń, *Code des assurances*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073984, Décr. n° 76-666 du 16 juill. 1976 z póź. zm.
- Kodeks Ubezpieczeń Wzajemnych, Code de la mutualité, JORF, 26.07.1985, z późn.zm.

- La loi du 13 juillet 1930 relative au contrat d'assurance, JORF, 18.07.1930.
- Loi n. 89-1014, 31.12.1989 portant adaptation du code des assurances à l'ouverture du marché européen, JORF, 3.01.1990 z późn. zm.
- Loi n. 89-1009, 31.12.1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. JORF, 2.01.1990 z późn. zm.
- Loi n° 2003-706, 1.08.2003 de sécurité financière, JORF, 2.08. 2003 z późn.zm.
- Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, JORF, 5.08.2008 z późn. zm.
- Loi n° 2010-1249, 22.10.2010 de régulation bancaire et financière, JORF, 23.10.2010.
- Loi n° 2013-672, 26.07.2013 de séparation et de régulation des activités bancaires, JORF, 27.07.2013.
- Loi n° 2016-1321, 7.10.2016 pour une République numérique, JORF, 8.10.2016.
- Loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, JORF, 10.12.2016
- Loi n° 2018-493, 20.06.2018 relative à la protection des données personnelles, JORF, 21.06.2018.
- Loi n° 46-835, 25.04.1946 relative à la nationalisation de certaines sociétés d'assurances et à l'industrie des assurances en France, JORF, 30.04.1946 z późn. zm.
- Loi n° 55-1442, 8.11.1955 relative à la procédure de codification des textes législatifs concernant l'industrie des assurances, JORF, 9.11.1955 z późn. zm.
- Loi n° 65-557, 10.07.1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, JORF 11.07.1965 z późn. zm.
- Loi n° 78-17, 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF, 7.01.1978 z późn. zm.
- Loi n° 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles, JORF, 14.07.1982 z późn. zm.
- Loi n° 88-1201, 23.12.1988 relative aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières et portant création des fonds communs de créances, JORF, 31.12.1988 z późn. zm.
- Loi n° 90-509, 25.06.1990 modifiant le code des assurances et portant extension aux départements d'outre-mer du régime d'indemnisation des catastrophes naturelles, JORF, 27.06.1990 z późn. zm.
- Loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 modifiant le code des assurances (partie Législative), en vue notamment de la transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes, JORF, 5.01.1994 z późn. zm.
- Loi n° 99-1071, 16.12.1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie Législative de certains codes, JORF, 22.12.1999 z późn.zm.
- Loi nr 2001-1168, 11.12.2001 portant mesures d'urgence de réformes à caractère économique et financier dite loi MURCEF, JORF, 12.12.2001 z późn. zm.
- Loi organique n° 2011-333, 29.03.2011 relative au Défenseur des droits, JORF, 30.03.2011 z późn. zm.
- Loi relative aux modalités d'application des privatisations décidées par la loi n° 86-793 du 2 juillet 1986 autorisant le Gouvernement à prendre diverses mesures d'ordre économique et social, JORF, 7.08.1986 z późn. zm.

- Ordonnance n° 2001-350, 19.04. 2001 relative au Code de la mutualité et transposant les directives 92/49/ CEE et 92/96/ CEE et du Conseil, 18.06.1992, 10.11.1992, JORF, 22.04.2001 z późn. zm.
- Ordonnance n° 2008-1271, 5.12.2008 relative à la mise en place de codes de conduite et de conventions régissant les rapports entre les producteurs et les distributeurs, en matière de commercialisation d'instruments financiers, de produits d'épargne et d'assurance sur la vie, JORF, 6.12.2008 z późn. zm.
- Ordonnance n° 2008-556 du 13 juin 2008 transposant la directive 2005/68/ CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance et réformant le cadre juridique des fonds communs de créances, JORF, 14.06.2008 z późn. zm.
- Ordonnance n° 2009-106 du 30 janvier 2009 portant sur la commercialisation des produits d'assurance sur la vie et sur des opérations de prévoyance collective et d'assurance, JORF, 31.01.2009 z późn. zm.
- Ordonnance n° 45/2454, 19.10.1945 Régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles et Ordonnance n° 45/2454, 19.10.1945, JORF, 20.10.1945 z późn. zm.
- Ordonnance n° 45-2456, 19.10.1945 portant statut de la mutualité, JORF, 20.10.1945 z późn. zm.
- Pierwsza dyrektywa Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie bezpośrednich ubezpieczeń na życie, Dz.U. UE L 63 z 13.3.1979, s. 1.
- Pierwsza Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie, Dz.U. UE L 228 z 16.8.1973, s. 3.
- Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2017/748 z dnia 14 grudnia 2016 r. zmieniające załącznik I do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 510/2011 w celu uwzględnienia zmian masy nowych lekkich samochodów dostawczych zarejestrowanych w latach 2013, 2014 i 2015, (Dz. U. UE L117 z 05.05.2017, s. 1-175).
- Rozporządzenie Komisji (UE) NR 1254/2012 z dnia 11 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1126/2008 przyjmujące określone międzynarodowe standardy rachunkowości zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do Międzynarodowego Standardu Sprawozdawczości Finansowej 10, Międzynarodowego Standardu Sprawozdawczości Finansowej 11, Międzynarodowego Standardu Sprawozdawczości Finansowej 12, Międzynarodowego Standardu Rachunkowości 27 (z 2011 r.) oraz Międzynarodowego Standardu Rachunkowości 28 (z 2011 r.), (Dz. U UE, L 360 z 29.12.2012, s. 1–77).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/1129 z dnia 14 czerwca 2017 r. w sprawie prospektu, który ma być publikowany w związku z ofertą publiczną papierów wartościowych lub dopuszczeniem ich do obrotu na rynku regulowanym oraz uchylecia dyrektywy 2003/71/WE, (Dz. U. UE L 168 z 30.6.2017, s. 12–82).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2554 z dnia 14 grudnia 2022 r. w sprawie operacyjnej odporności cyfrowej sektora finansowego i zmieniające rozporządzenia (WE) nr 1060/2009, (UE) nr 648/2012, (UE) nr 600/2014, (UE) nr 909/2014 oraz (UE) 2016/1011, (Dz. U. UE L 333, z 27.12.2022, s. 1–79).
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, (Dz. U. UE, OJ C 326 z 26.10.2012, s. 47–390).

- Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, https://oide.sejm.gov.pl/oide/index.php?option=com_content&view=article&id=14436&Itemid=436, dostępne dnia 16.09.2022.
- Loi n° 56-780 du 4 août 1956 portant ajustement des dotations budgétaires reconduites à l'exercice 1956, JORF, 7.08.1956, s. 7448 z późn.zm.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2023 r. poz. 656 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, (Dz. U. z 2022 r. poz. 2277 z późn. zm.).

3. Orzecznictwo

- Cass civ., 30.03.1994, RGDA (Revue générale du droit des assurances), 1994, 1205.
- Cass civ., 4.11.2003, RGDA 2004. s. 338
- Cass. civ, 18.01.2006, RGDA, 04-15, s. 907.
- Cass. civ., 25.02.1992, nr 89-18.440, RGDA 1992, s. 386.
- Cass. civ. 04.03.1997, nr 95-12.572: RGDA 1997, s. 532.
- Cass. civ. 18.01.1989, Bull.Civ. nr 404.
- Cass. civ. 18.07.2000, Bull. Civ. nr 213.
- Cass. civ. 24.03.2014, Bull. Civ. nr 13-20612.
- Cass. civ. 26.10.2006, Bull. Civ. nr 17865.
- Cass. civ. 4.07.2007, Bull. Civ. I, n. 258.
- Cass. civ. z 25.04.1990 r., Cass. civ. z 15.01.2015 r., Cass. civ. z 15.02.2000 r.
- Cass. civ., 08.07.1994, nr 92-15.551: JurisData nr 1994-001733; Bull. Civ. I, nr 235.
- Cass. civ., 10.04.1996, Bull. Civ. nr 94-11.174.
- Cass. civ., 11.09.2014, nr 13-17.236, JurisData nr 2014-027237.
- Cass. civ., 12.02.1991, nr 88-18.149, RGDA 1991.
- Cass. civ., 16.03.2011, nr 10-30.189, RGDA 2011.
- Cass. civ., 17.03.1952: RGAT 1952, s. 69 i nast.
- Cass. civ., 20.06.2019, nr 17-26.383.
- Cass. civ., 28.05.2009, nr 08-12.315.
- Cass. civ., 29.10.2014, nr 13-19.729: JurisData nr 2014-025655; Bull. civ. I, nr 178; Resp. civ. et insur. 2015, comm. 30.
- Cass. civ., 3.03.2021, nr 19-21.420: RGDA 2021/4, s. 31.
- Cass. civ., 5.12.1950 r.: RGAT 1951, s. 431 i nast.
- Cass. civ., 5.04. 2010, nr 08-20.377 : JurisData nr 2010-004148,
- Cass. civ., 11.09.2014, nr 13-17.236 : JurisData nr 2014-027237). 15.04.2010, nr 08-20.377: JurisData nr 2010-004148;
- Cass. civ., 5.05.1993, nr 91-15.401: JurisData nr 1993-001765.
- Cass. civ., 9.12.1997, nr 95-17544: RGDA 1998, s. 137.
- Cass. civ. 17.02.1990, Bull.Civ. nr 52.
- Cass. crim., 11.12.2007 r., nr 07-81.665, <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000017962748/>
- Cass. mixte 12.05.2005, JurisData, 2005 nr 03-19157.
- Cass.civ. 8.09.2005, JurisData 2005 nr 03-14367.
- Cass.civ. 14.06.2006, JurisData 2006 nr 05 10736.
- Cass. mixte, 23.11.2004, nr 01-13.592: JurisData nr 2004-025781.

- Cass. civ, 4 July 2019, Pourvoi nr 18-19.242, https://www.courdecassation.fr/en/decision/5fca6a9528511e54d8e9ea9b?search_api_fulltext=%22L%20113-8%22%20%22Code%20des%20assurances%22&judilibre_jurisdiction=cc&op=Rechercher%20sur%20judilibre&page=5&previousdecisionpage=5&previousdecisionindex=5&nextdecisionpage=5&nextdecisionindex=7, dostępne dnia 28.10.2023.
- Cass. Civ., 09.11.1999, 97-16.306 97-16.800, <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007042131/>, dostępne dnia 12.06.2023.
- Cass. Civ., 04.11.2003, JCP G, 2004, I, 237, <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007042131/>, dostępne dnia 12.06.2023.
- CJUE, 1.03.2012, affaire C-166/11, RGDA 2013, s. 187.
- Conseil Constitutionnel, arrêt nr 2013-344 QPC, 27.09.2013, Société SCOR SE. (Garantie de l'État à la caisse centrale de réassurance, pour les risques résultant de catastrophes naturelles), <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013344QPC.htm>.
- CJCE, 7.12.2006, affaire C-13/06, Commission c. Grèce, point 10; <https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=en&num=C-13/06>.
- CJUE, 17.01.2013, affaire C-224/11, BGŻ Leasing, point 58, <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=132522&doclang=FR>
- Cour d'Appel de Colmar, 19.03.1993, 1996, II, 22595.
- CJUE 16.07.2015 r., affaire C-584/13, RGDA 2015, s. 465.
- Conseil Constitutionnel 27.09.2013, nr 2013-344QPC, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013344QPC.htm>, dostępne dnia 29.12.2022.
- Konstytucja Republiki Francuskiej, Art. 12 Preambuły, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>, dostępne dnia 07.05.2023.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 10 kwietnia 2014 r., sygn. VI ACa 1114/13, LEX nr 1469451 – essentialia negotii umowy ubezpieczenia w prawie polskim.
- Wyrok Trybunału z dnia 8 kwietnia 2014 r. (wnioski o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym złożone przez High Court of Ireland, Verfassungsgerichtshof - Irlandia, Austria) - Digital Rights Ireland Ltd przeciwko Minister for Communications, Marine and Natural Resources, Minister for Justice, Equality and Law Reform, The Commissioner of the Garda Síochána, Irlandii i Attorney General (C-293/12); Kärntner Landesregierung, Michael Seitlinger, Christof Tschohl i in. (C-594/12) (Sprawy połączone C-293/12 i C-594/12) (Dz. U. UE C z dnia 10 czerwca 2014 r.).

4. Inne

- Vienna Insurance Group, *Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.*, https://pg.edu.pl/documents/10766/28043784/OWU_OC.pdf, dostępne dnia 06.02.2021.
- Assurance et capitalisation, Dossier législatif, Loi relative au contrat d'assurance et aux opérations de capitalisation, Rapport Geoffroya, przedstawiony przed Senatem RF w dniu 28 października 1980 https://www.senat.fr/rap/1980-1981/i1980_1981_0061.pdf, dostępne dnia 26.04.2023.

- Défenseur des droits, Recommandation, 26.11.2013, nr MSP 2013-209, https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=8093, dostępne dnia 20.12.2022.
- Zurich Compagnie d'Assurances SA, *Conditions générales pour l'assurance des transports de marchandises*, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8teD7kZ-EAxVIPhAIHXxyBfYQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.zurich.ch%2F%2Fmedia%2Fzurich-site%2Fcontent%2Ffirmenkunden%2Fsach-haftpflichtversicherungen%2Fdokumente%2Favb-guetertransporte%2Fassurance-des-transport-de-marchandises.pdf%3Fsc_lang%3Dfr&usg=AOvVaw0k7ck7s6DTbrNp8uqrm4b6&opi=89978449, dostępne dnia 09.02.2024.

5. Źródła z sieci Internet

- <https://acpr.banque-france.fr/lacpr/colleges-et-commissions/college-de-resolution>, dostępne dnia 19.12.2022.
- <https://assureurpro.com/prime-dassurance/>, dostępne dnia 22.01.2023.
- LeBonCourtier, *Origine et histoire de l'assurance en France*, <https://leboncourtier.fr/origine-histoire-assurance-france>, dostęp na 07.05.2022.