

Beata Mrozowska, Anna Tarasiuk-Flodrowska

# Implementacja zasady równości płci w ubezpieczeniach

## 1. Wprowadzenie

Problematyka wprowadzenia w życie unijnej zasady równości płci jest jednym z istotniejszych tematów dla rynku ubezpieczeń. Od dziesięcioleci przy obliczaniu składek ubezpieczyciele kierowali się kryterium płci do oceny ryzyka w ubezpieczeniach na życie, ubezpieczeniach zdrowotnych, chorobowych oraz w ubezpieczeniach pojazdów mechanicznych. Czynnikiem ten znacząco wpływał na wyliczenie składki ubezpieczeniowej. Podstawą wyliczeń były dane statystyczne dotyczące przewidywalności długości życia, zapadalności na choroby lub wypadkowości w ruchu drogowym.

Dyrektywa Rady 2004/113/WE z dnia 13 grudnia 2004 r. wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług (dalej: Dyrektywa)<sup>1</sup> usankcjonowała praktykę rynkową i stosowane techniki aktuarialne, uzależniające ryzyko ubezpieczeniowe od płci osób ubezpieczonych<sup>2</sup>. W ślad za tą regułą, polski ustawodawca w art. 18a<sup>3</sup> ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wprowadził zasadę, zgodnie z którą: *„Zakład ubezpieczeń może proporcjonalnie różnicować składki ubezpieczeniowe i świadczenia poszczególnych osób w przypadkach, w których zastosowanie kryterium płci jest czyn-*

<sup>1</sup> Dz. U. UE L. 2004.373.37.

<sup>2</sup> Art. 5 Dyrektywy: „1. Państwa Członkowskie zapewniają, że we wszystkich nowych umowach zawartych najpóźniej po 21 grudnia 2007 r. użycie płci jako czynnika w kalkulowaniu składek i świadczeń do celów ubezpieczenia i związanych usług finansowych nie powoduje różnic w składkach i odszkodowaniach poszczególnych osób.

2. Niezależnie od ust. 1 Państwa Członkowskie mogą zdecydować przed 21 grudnia 2007 r. o zezwoleniu na proporcjonalne różnice w składkach i świadczeniach poszczególnych osób, w przypadkach, w których użycie płci jest czynnikiem decydującym w ocenie ryzyka opartego na odpowiednich i dokładnych danych aktuarialnych i statystycznych. Odnosnie Państwa Członkowskie informują Komisję i zapewniają, że dokładne dane dotyczące użycia płci jako decydującego czynnika aktuarialnego są gromadzone, publikowane i regularnie uaktualniane. Te Państwa Członkowskie dokonują przeglądu swoich decyzji pięć lat po 21 grudnia 2007 r., uwzględniając sprawozdanie Komisji, o którym mowa w art. 16 i przekazują wyniki tego przeglądu Komisji.

3. W żadnym wypadku koszty związane z ciężką i macierzyństwem nie powodują różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych osób. Państwa Członkowskie mogą odroczyć wprowadzanie w życie środków niezbędnych do przestrzegania niniejszego ustępu najpóźniej do dwóch lat po 21 grudnia 2007 r. W takim przypadku, odnośnie Państwa Członkowskie bezzwłocznie informują Komisję.”

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 13 lutego 2009 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 42, poz. 341).

nikiem decydującym w ocenie ryzyka, opartego na odpowiednich i dokładnych danych aktuarialnych i statystycznych”<sup>4</sup>. Z możliwości zezwolenia na różnicowanie składki ubezpieczeniowej ze względu na płeć korzystają obecnie wszystkie kraje członkowskie, przynajmniej w stosunku do jednego rodzaju ubezpieczeń<sup>5</sup>.

Ponad rok temu zgodność art. 5 ust. 2 Dyrektywy z podstawową zasadą prawa wspólnotowego, tj. zakazem dyskryminacji ze względu na płeć, została zakwestionowana przez Trybunał Sprawiedliwości UE w głośnej sprawie C-236/09 (Test-Achats)<sup>6</sup>. W dniu 1 marca 2011 r. Trybunał wydał wyrok, na mocy którego uznał art. 5 ust. 2 Dyrektywy za nieważny ze skutkiem od dnia 21 grudnia 2012 r. W praktyce oznacza to, że stosowanie kryterium płci przy wyliczaniu składek ubezpieczeniowych, niezależnie od posiadanych danych statystycznych i aktuarialnych w tym zakresie, zostało uznane za niedopuszczalne<sup>7</sup>.

Wydanie wyroku w tak ważkiej dla ubezpieczycieli sprawie nie rozwiązało jednakże wątpliwości dotyczących sposobu implementacji zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn w ubezpieczeniach, w tym problemów intertemporalnych, a przede wszystkim wpływu tego wyroku na funkcjonujące umowy ubezpieczenia.

## 2. Wytyczne Komisji Europejskiej dotyczące stosowania Dyrektywy

Z uwagi na rangę problemu oraz fakt, że Trybunał Sprawiedliwości UE wyznaczył dzień 21 grudnia 2012 r. jako datę, do której państwa członkowskie zobowiązane są wprowadzić nowe zasady, podjęto działania mające na celu wyjaśnienie sposobu, w jaki należy dokonać dostosowania do nowych warunków. Skutki orzeczenia były, m.in., dyskutowane 20 czerwca 2011 r. na forum dotyczącym równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie ubezpieczeń<sup>8</sup>, powołanym przez Komisję Europejską w 2009 r. We wrześniu 2011 r. wiceprzewodnicząca Viviane Reding, komisarz UE ds. sprawiedliwości, spotkała się z największymi towarzystwami ubezpieczeniowymi UE, a w dniu 7 grudnia 2011 r. opublikowano raport konsultacyjny sporządzony na zlecenie Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft w przedmiocie wpływu zakazu różnicowania z uwagi na płeć w stosunku do konsumentów<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> Szerzej: B. Mrozowska, B. Romanowski, *Dyskryminacja ze względu na płeć w ubezpieczeniach*, Prawo Asekuracyjne 2010, nr 4, s. 13.

<sup>5</sup> Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy Rady 2004/113/WE w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09 (Test-Achats), 2012/C 11/01, s. 1.

<sup>6</sup> Zob. np. A. Tarasiuk-Flodrowska, W. Łuczka, *Ubezpieczenia a płeć*, Miesięcznik Ubezpieczeniowy 2010, nr 12.

<sup>7</sup> Szerzej: B. Mrozowska, B. Romanowski, *Dyskryminacja ze względu na płeć w ubezpieczeniach*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 2, s. 86.

<sup>8</sup> Forum on Gender in Insurance, 20 czerwca 2011, CEA.

<sup>9</sup> Oxera, *The impact of a ban on the use of gender in insurance*, December 7th, 2011.

W konsekwencji działań podjętych przez Komisję Europejską, konsultacji z rządami krajowymi, ubezpieczycielami i klientami, Komisja Europejska sformułowała **Wytyczne nr 2012/C 11/01** (dalej: Wytyczne)<sup>10</sup>, które wyjaśniają, w jaki sposób państwa członkowskie i ubezpieczyciele mogą dostosować swoją działalność do nowych wymagań.

Wydanie Wytycznych poprzedziło przeanalizowanie przepisów oraz praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli w zakresie omawianego zagadnienia w poszczególnych państwach członkowskich Unii. Z przeprowadzonej analizy wynika, że wszystkie państwa członkowskie biorą pod uwagę płeć, jako czynnik oceny w ubezpieczeniach na życie i w produktach rentowych. Podobnie (z nielicznymi wyjątkami) sytuacja wygląda w przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ubezpieczeń na wypadek poważnej choroby, na wypadek niepełnosprawności/utraty dochodu oraz ubezpieczeń opieki długoterminowej, a także w ubezpieczeniach pojazdu, podróży oraz od wypadku. Statystyka ta obrazuje, jaki wpływ na funkcjonowanie tych, podstawowych przecież, rodzajów ubezpieczeń będzie miało wprowadzenie zasad niedyskryminacji z uwagi na płeć.

### 3. Zagadnienia intertemporalne

Komisja Europejska ustaliła, kierując się treścią wyroku w sprawie *Test-Achats*, że art. 5 ust. 2 Dyrektywy „*należy uznać za nieważny z upływem okresu przejściowego*”, który kończy się w dniu 21 grudnia 2012 r.<sup>11</sup> Po upływie tej daty wymogi przewidziane w art. 5 ust. 1 Dyrektywy muszą być stosowane bez wyjątku, czyli zakazane będzie stosowanie kryterium płci, jako czynnika w kalkulowaniu składek i świadczeń. Wymóg ten dotyczy jednak tylko tzw. nowych umów. Wobec tego, że Dyrektywa nie definiuje pojęcia „nowych umów” powstały wątpliwości, jakie umowy należy traktować jako „nowe”. Niektóre z państw członkowskich wyraziły pogląd, że definicja „nowych umów” powinna być konstruowana na podstawie wewnętrznych przepisów obowiązujących w danym państwie<sup>12</sup>. Wbrew sugerowanym innym rozwiązaniom, Komisja Europejska uznała, że należy określić jednoznacznie pojęcie „nowych umów”. W Wytycznych zajęła stanowisko, że pojęcie „nowych umów” należy stosować do umów, które:

- a) zostały zawarte po raz pierwszy od dnia 21 grudnia 2012 r. (przy czym dotyczy to też ofert złożonych przed dniem 21 grudnia 2012 r., lecz przyjętych po tej dacie);
- b) zostały zawarte począwszy od dnia 21 grudnia 2012 r. w celu przedłużenia umów zawartych przed tą datą, które w innym wypadku by wygasły.

---

<sup>10</sup> Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy Rady 2004/113/WE w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09 (*Test-Achats*) (2012/C 11/01), Dz. U. UE z 13.01.2012 r.

<sup>11</sup> Punkt 33 wyroku Trybunału Sprawiedliwości, *Wytyczne*, s. 2.

<sup>12</sup> HM Treasury, UK response to the 1 March European Court of Justice ruling that insurance benefits and premiums after December 21, 2012 should be gender – neutral, a consultation, wydane 8 grudnia 2011 r., [www.hm-treasury.gov.uk](http://www.hm-treasury.gov.uk)

Komisja zastrzegła, że wyliczenie powyższe „stanowi niewyczerpujący wykaz przykładów, przytoczonych ze względu na ich znaczenie praktyczne”<sup>13</sup>.

Wytyczne Komisji Europejskiej wymieniają także przykładowe sytuacje, których nie należy uznać za prowadzące do zawarcia „nowych umów”, takie jak<sup>14</sup>:

- a) automatyczne przedłużenie uprzednio zawartej umowy w przypadku braku wystosowania, w konkretnym terminie wynikającym z warunków tej uprzednio zawartej umowy, zawiadomienia, takiego jak np. wypowiedzenie umowy;
- b) zmiany poszczególnych elementów istniejącej umowy, np. zmiany wysokości składki, dokonanych na podstawie z góry ustalonych parametrów, tam gdzie nie jest wymagana zgoda ubezpieczonego (np. podwyższenie składki na podstawie przebiegu choroby);
- c) podpisanie przez ubezpieczonego dodatkowych lub przedłużenie istniejących polis ubezpieczeniowych, których warunki ustalono wstępnie w umowach zawartych przed dniem 21 grudnia 2012 r., jeśli polisy te są uruchamiane na podstawie jednostronnej decyzji ubezpieczonego (dotyczy to takich sytuacji, gdy ubezpieczony chce podnieść wysokość kwoty zainwestowanej w ubezpieczenie na życie);
- d) zwykle przeniesienie portfela ubezpieczeń od jednego ubezpieczyciela do drugiego, które nie powinno prowadzić do zmiany umów objętych portfelem.

Mimo skonstruowania pewnych założeń definicyjnych dotyczących „nowych umów” Wytyczne nie są wystarczająco jednoznaczne i nie rozwiewają wszystkich wątpliwości, które mogą mieć istotne znaczenie praktyczne. Po pierwsze, wyliczenie przedstawione przez Komisję jest jedynie przykładowe, więc katalog „nowych umów” może być znacznie szerszy. Po drugie, negatywne przesłanki definicyjne również są bardzo ogólne. Niejasności mogą m.in. dotyczyć interpretacji treści pkt. b i c wymienionych powyżej w zakresie wstępnego braku zgody ubezpieczonego lub ustalania warunków umów ubezpieczenia. W świetle Wytycznych można także postawić pytanie, na ile modyfikacje umów ubezpieczenia, zawartych przed dniem 21 grudnia 2012 r., mogą wpłynąć na konieczność stosowania do tych umów nowych regulacji, w szczególności w zakresie tak istotnych kwestii, jak indeksacja składki i sumy ubezpieczenia czy też podwyższenie sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. W praktyce, w wielu sytuacjach może się okazać, że nowe regulacje będą miały zastosowanie nie tylko do nowo zawieranych umów ubezpieczenia.

W większości produktów ubezpieczeniowych indeksacja jest naliczana niejako automatycznie i klient może nie wyrazić zgody na jej naliczanie. Czy, w świetle Wytycznych, brak sprzeciwu klienta należy rozumieć jako sytuację, w której nie jest wymagana zgoda ubezpieczonego i, w konsekwencji, umowa i nowa indeksowana składka będzie naliczana według poprzednich zasad? Względy praktyczne przemawiają za takim rozumowaniem, jednak do tej

<sup>13</sup> Zob. przypis nr 1, s. 3 Wytycznych.

<sup>14</sup> Wytyczne, s. 3.

problematyki trudno podejść automatycznie – jest prawdopodobne, że w wielu wypadkach zastosowane przepisy mogą zależeć od postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie sposobu indeksacji składki ubezpieczeniowej.

Podobnie, nie do końca jednoznaczne są zapisy ww. pkt. c. Zwykle podwyższenie sumy ubezpieczenia w istniejących umowach ubezpieczenia nie odbywa się na podstawie jednostronnej decyzji ubezpieczonego, lecz wymagana jest zgoda zakładu ubezpieczeń. Zatem, czy podwyższenie sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy spowoduje w istocie zmianę reżimu prawnego w stosunku do całości naliczanej nowej składki czy też tylko w części?

W tym świetle wydaje się, że pomimo wydania Wytycznych, kwestia zastosowania nowego reżimu prawnego do obecnie obowiązujących umów nie została jednoznacznie rozwiązana.

#### **4. Zakres dopuszczalnych praktyk związanych z aspektem płci**

Wytyczne wskazują, że zakazane jest postępowanie, które powodowałoby wystąpienie różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych osób w wyniku zastosowania płci, jako czynnika w obliczaniu składek i świadczeń, czyli różnicowania ubezpieczonych pod względem płci. Natomiast nie zostało zakazane zastosowanie kryterium płci, jako czynnika oceny ryzyka oraz obliczania składek i świadczeń na poziomie zagregowanym. Wydaje się, że ubezpieczyciele będą mogli wziąć pod uwagę czynniki nie bezpośrednio związane z płcią, lecz z nią skorelowane, o ile stanowi to rzeczywisty czynnik ryzyka. Dotyczy to m.in. poszczególnych rodzajów chorób, typowych wyłącznie dla jednej płci (np. rak narządów rodnych lub rak prostaty) oraz takich sytuacji jak znaczenie pewnych wskaźników dotyczących oceny zdrowia dla każdej z płci (np. nadciśnienie, otyłość), jak również różnic fizjologicznych między kobietami a mężczyznami<sup>15</sup>. Możliwe jest także oferowanie produktów ubezpieczeniowych lub ich wariantów wyłącznie dla osób danej płci<sup>16</sup>.

Zatem, zgodnie z Wytycznymi<sup>17</sup>, nadal można zbierać, przechowywać i wykorzystywać informacje na temat płci lub z nią związane we wskazanych granicach, czyli do celów:

- a) utworzenia rezerwy i dokonania wyceny wewnętrznej: ubezpieczyciele mogą nadal zbierać i wykorzystywać informacje na temat płci do przeprowadzania wewnętrznej oceny ryzyka, zwłaszcza w celu ustalenia przepisów technicznych zgodnych z zasadami wypłacalności zakładów ubezpieczeń oraz monitorowania składu portfela z punktu widzenia całości danych na temat ceny;
- b) wyceny reasekuracji: umowy reasekuracji to umowy zawierane między ubezpieczycielem a reasekuratorem. Użycie kryterium płci do wyceny tych

---

<sup>15</sup> Przykłady praktyk związanych z problematyką płci, których stosowanie jest nadal możliwe po wydaniu wyroku w sprawie Test-Achats – ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia zdrowotne, zawarte są w załączniku nr 3 do Wytycznych.

<sup>16</sup> Z wyłączeniem ciąży i macierzyństwa.

<sup>17</sup> Wytyczne, s. 3.

- produktów nadal jest możliwe, jeśli nie prowadzi do różnicowania poszczególnych ubezpieczonych ze względu na płeć;
- c) marketingu i reklamy: ubezpieczyciele mogą zatem nadal korzystać z marketingu i reklamy, by w ten sposób wpływać na skład oferowanego przez siebie portfela, np. kierując swoje kampanie reklamowe albo do kobiet, albo do mężczyzn. Nie mogą jednak odmówić dostępu do danego produktu ze względu na płeć danej osoby, chyba że spełnione są warunki przewidziane w art. 4 ust. 5 Dyrektywy<sup>18</sup>;
  - d) ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia zdrowotnego: zasada równości płci oznacza, że składki i świadczenia z tytułu takiej samej umowy ubezpieczeniowej nie mogą być różne dla dwóch osób tylko z powodu różnej płci. Istnieją jednak inne czynniki ryzyka, np. stan zdrowia lub historia zachorowań w rodzinie, na podstawie których różnicowanie jest możliwe i których wyceńna wymaga od ubezpieczycieli wzięcia pod uwagę płci, z uwzględnieniem różnic fizjologicznych między mężczyznami i kobietami.

### 5. Moc prawna Wytocznych

Z punktu widzenia polskich ubezpieczycieli istotne jest nie tylko stanowisko merytoryczne Komisji, ale również jego moc prawna. Wydaje się, że z uwagi na wiążące polskich ubezpieczycieli przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, wyrok Trybunału, do chwili ich zmiany, nie wpłynie bezpośrednio na działalność ubezpieczycieli. Zatem, dopóki polski ustawodawca nie zmieni lub nie uchyli obecnie obowiązujących przepisów art. 18a ustawy o działalności ubezpieczeniowej, które są zgodne z nadal obowiązującym brzmieniem Dyrektywy, ubezpieczyciele nie będą mieli obowiązku zmieniać zasad obliczania składek i świadczeń ubezpieczeniowych w kontekście stosowania kryterium płci.

Na mocy wyroku Trybunał uznał postanowienia art. 5 ust. 2 Dyrektywy za nieważne, co jednak nie oznacza automatycznego uchylecia bądź unieważnienia przepisów ustaw krajowych wydanych na ich podstawie. Z drugiej strony, art. 5 ust. 2 stanowił wyjątek od zasady zawartej w art. 5 ust. 1 Dyrektywy stanowiącej, że: *„Państwa Członkowskie zapewniają, że we wszystkich nowych umowach zawartych najpóźniej po 21 grudnia 2007 r. użycie płci jako czynnika w kalkulowaniu składek i świadczeń do celów ubezpieczenia i związanych usług finansowych nie powoduje różnic w składkach i odszkodowaniach poszczególnych osób”*. Tak więc, od dnia uchylecia art. 5 ust. 2 Dyrektywy wszelkie postanowienia przepisów krajowych wydane na podstawie tego przepisu będą sprzeczne z zasadą uregulowaną w art. 5 ust. 1 Dyrektywy.

Wydaje się, że uchylecie przepisu art. 5 ust. 2 Dyrektywy nakłada na państwa członkowskie obowiązek zmiany regulacji wprowadzonych na podstawie

<sup>18</sup> Dopuszczalne są różnice w traktowaniu, jeżeli dostarczanie towarów i świadczenie usług na rzecz wyłącznie lub głównie przedstawicieli jednej płci jest uzasadnione celem zgodnym z prawem, a środki dla osiągnięcia tego celu są właściwe i niezbędne.

tego przepisu. W praktyce oznacza to, iż w przypadku braku zmiany art. 18a ustawy o działalności ubezpieczeniowej przez polskiego ustawodawcę do dnia 21 grudnia 2012 r., osoby fizyczne i prawne mogłyby próbować powoływać się przed sądem na przepisy Dyrektywy, dzięki zasadzie tzw. skutku bezpośredniego dyrektyw (o ile wykażą, że dany przepis spełnia odpowiednie kryteria)<sup>19</sup>. Niezależnie od powyższego, przeciwko Polsce mogłyby zostać podjęte odpowiednie kroki w związku z niewywiązywaniem się przez nasze państwo z obowiązków wynikających z traktatów europejskich. Ustawodawca polski (podobnie jak inne państwa członkowskie Unii Europejskiej) jest więc zobowiązany do podjęcia odpowiednich działań w celu wprowadzenia zmian w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

Celem Wytycznych jest, zgodnie z punktem 1.4 dokumentu, „zapewnienie większej zgodności z wyrokiem w sprawie *Test-Achats* w poszczególnych państwach członkowskich”. W praktyce jednak chodzi raczej o zapewnienie jednolitej interpretacji wyroku we wszystkich państwach członkowskich. Wytyczne mają pomóc państwom członkowskim we wprowadzeniu przepisów (przede wszystkich intertemporalnych) uwzględniających stan prawny po uchyleniu art. 5 ust. 2 Dyrektywy. Nie stanowią natomiast bezpośrednio źródła prawa obowiązującego w państwach członkowskich. Co więcej, w punkcie 1.4 Wytycznych Komisja zastrzega, że „*opinia Komisji pozostaje (...) bez uszczerbku dla każdej przyszłej interpretacji art. 5 wydanej przez Trybunał Sprawiedliwości*”. Teoretycznie więc można sobie wyobrazić, że dane państwo członkowskie może nie podzielić poglądów zawartych w Wytycznych i wprowadzić do swojego ustawodawstwa zmiany wynikające z odmiennej interpretacji wyroku. Sytuacja taka jest jednak bardzo mało prawdopodobna. Poza względami pragmatycznymi wynika to przede wszystkim z faktu, że to właśnie Komisja stoi na straży przestrzegania przez państwa członkowskie zobowiązań wspólnotowych i może podejmować odpowiednie kroki przeciwko państwom niewykonującym, zdaniem Komisji, swoich obowiązków w sposób należyty. W związku z tym należy pozytywnie ocenić Wytyczne jako instrument, którego zadaniem ma być przyjęcie stanowiska przedstawionego w wyroku w jednolity sposób i założyć, że wszystkie państwa członkowskie dostosują się do tej właśnie interpretacji<sup>20</sup>.

### 6. Praktyczne znaczenie Wytycznych

Nie sposób przecenić wagi Wytycznych Komisji Europejskiej. Wskazują one na propozycje interpretacyjne Komisji, które mają na celu wyjaśnienie wyroku Trybunału.

Należy zaznaczyć, że Komisja Europejska wskazuje, że „*orzeczenie w sprawie Test-Achats nie oznacza, że kobiety zawsze będą płaciły te same składki*

---

<sup>19</sup> Sprawa 41/74 Van Duyn v Home Office (1975).

<sup>20</sup> W zakresie potrzeby jednolitego stosowania prawa Unii Europejskiej i zasady równości zob. cytowany w Wytycznych wyrok Trybunału Sprawiedliwości z 18 października 2011 r. w sprawie C-34/10, Oliver Bruestle przeciwko Greenpeace V, pkt 25.

na ubezpieczenie samochodu co mężczyźni”<sup>21</sup>. Zdaniem Komisji, sytuacja przedstawia się następująco: obecnie ostrożny, młody kierowca-mężczyzna ponosi wyższy koszt ubezpieczenia tylko dlatego, że jest mężczyzną, a po 21 grudnia 2012 r. płeć nie może być decydującym czynnikiem, który będzie uzasadniał różnice w składkach. Zdaniem Komisji, od tego dnia jedynie element ostrożności jazdy, a nie płci, stanowi o tym, w jakiej wysokości składki należy ponieść. Wskazuje się też jednoznacznie, że orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości nie ma wpływu na stosowanie innych zasadnych czynników oceny ryzyka, a wysokość składki ubezpieczeniowej związana będzie nadal z oceną ryzyka.

Niewątpliwie skutki wyroku dla rynku ubezpieczeń oraz klientów będą istotne. Bezpośrednim i najszybciej odczuwalnym skutkiem będzie najprawdopodobniej wzrost składek ubezpieczeniowych dla tych grup ubezpieczonych, którzy byli zaliczani do niegenerujących wysokiego ryzyka w danych rodzajach ubezpieczeń. Natomiast wydaje się raczej pewne, że składki ubezpieczeniowe nie zostaną zmniejszone ze względu na to, że w jednej grupie będą osoby generujące wysokie i niskie ryzyko. W rezultacie osoby z kategorii niższego ryzyka mogą ograniczyć nabywanie ubezpieczeń lub ich zakres, jako mniej dla nich opłacalne i za drogie w stosunku do potencjalnych korzyści, jakie mogą uzyskać nabywając ubezpieczenie. Takie działania mogą, jak się wydaje, doprowadzić do negatywnej selekcji ubezpieczonych.

Sądzić należy, że w niektórych rodzajach ubezpieczeń sytuacja ta wymusi zmiany systemowe w podejściu do określania składek ubezpieczeniowych. Na przykład, upraszczając, trudno uznać, że każda kobieta prowadzi samochód w sposób bezpieczny, podobnie jak trudno stwierdzić, że każda kobieta żyje dłużej niż mężczyzna. Dotychczas jednak, dzięki danym statystycznym powszechnie dostępnym lub gromadzonym w indywidualny sposób przez zakłady ubezpieczeń, a odnoszącym się do danej płci, składki ubezpieczeniowe dla kobiet były kalkulowane z uwzględnieniem powyższych czynników. Przyjęcie nowych zasad wpłynie także, najprawdopodobniej, na wzrost znaczenia premiovania bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia czy też wywiadu medycznego, co może prowadzić do kalkulacji składki ubezpieczeniowej w sposób bardziej zindywidualizowany.

Na zakończenie warto wspomnieć, że w komunikacie prasowym z 22 grudnia 2011 r. Viviane Reding, wiceprzewodnicząca i komisarz Unii Europejskiej ds. sprawiedliwości stwierdziła, że „Komisja będzie w dalszym ciągu z uwagą obserwowała sposób, w jaki sektor ten stosował się będzie do orzeczenia Trybunału. Zakładam, że te towarzystwa ubezpieczeniowe, które jako pierwsze przyjmą jednolite dla obu płci opłaty, zyskają przewagę konkurencyjną na

<sup>21</sup> Informacja prasowa Komisji Europejskiej z 22 grudnia 2011 r.: Komisja Europejska udziela wskazówek europejskiemu sektorowi ubezpieczeń, aby przeciwdziałać dyskryminacji ze względu na płeć w wysokości składek ubezpieczeniowych, nr referencyjny: IP/11/1581. [www.europa.eu](http://www.europa.eu)



*europiejskim rynku*”<sup>22</sup>. Pozostaje mieć nadzieję, że polski ustawodawca umożliwi szybką i jak najmniej uciążliwą implementację zasady kalkulacji składek bez względu na czynnik płci<sup>23</sup>. ■

### Implementation of the Principle of the Equal Treatment of Gender in Insurance

The article discusses the issue of the implementation of the prohibition of gender discrimination in insurance. There appeared a practical problem in relation to the judgment of the European Union Court of Justice held on 1 March 2011 in case C-236/09 (Test-Achats).

The Court declared article 5 sec. 2 of Directive 2004/113/EC which considered the equal treatment of men and women in the scope of access to goods and services and the supply of goods and services, which allowed the criterion of sex as a factor in the calculation of insurance premiums and benefits for the purpose of insurance and related financial services, to be null and void with effect from 21 December 2012. The practical meaning of the judgment is that the usage of the gender criterion in the calculation of insurance premiums, irrespective of the statistical and actuarial data possessed in this area, was declared as inadmissible. The judgment raised many controversies due to its non-transparency as to the rules of the implementation of the new regulation.

As a result of the activity of the European Commission, and through consultations with local governments, insurers and clients, the European Commission issued Guidelines 2012/C 11/01 which are said to be the practical clarification of how the Member States and insurers may adjust their activity to the new requirements. The European Commission determined that it would be prohibited to use the gender criterion as a factor in the calculation of insurance premiums and benefits in respect of any new contracts concluded after 21 December 2012. In the guidelines the European Commission made an attempt to define the meaning of the term „new contracts”. It expressed its standpoint that the insurers would still be allowed to collect, store and use the information regarding gender or related within the indicated limits.

The article refers to the issue of the validity of the issued guidelines and the effects of the implementation for Polish insurance practices, as well as any legal issues which may arise on their basis.

---

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> W 2014 r. Komisja zamierza sporządzić sprawozdanie z wdrażania wyroku w sprawie Test-Achats do prawa krajowego i praktyki ubezpieczeniowej.