

Maciej Fedyna^{*}
mfedyna@ufg.pl

Marek Monkiewicz^{**}
mmonkiewicz@ufg.pl

Iwona Szczęsna^{***}
iwona.szczesna@bfg.pl

Marcin Tarczyński^{****}
marcin.tarczyński@bfg.pl

Polski rynek ubezpieczeniowy w kontekście projektowanych przepisów o restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji i doświadczeń Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w zakresie upadłości zakładów ubezpieczeń

Streszczenie

Implementacja dyrektywy IRR, nad którą toczą się obecnie prace, powinna uwzględniać specyfikę rynków ubezpieczeń w krajach członkowskich. W szczególności należy mieć na względzie sposób i zakres działania lokalnego funduszu gwarancyjnego, jako że w krajach UE nie istnieje minimalna harmonizacja tego typu struktur. Celem artykułu jest ocena zakresu działalności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w Polsce w kontekście wdrożenia mechanizmu *resolution* dla rynku ubezpieczeń oraz identyfikacja czynników koniecznych do uwzględnienia w dalszych pracach i reformach sieci bezpieczeństwa finansowego w kontekście sektora ubezpieczeń. Podstawą przygotowania artykułu była analiza działalności UFG

^{*} Maciej Fedyna, Dyrektor Zarządzający ds. finansowych, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

^{**} Marek Monkiewicz, Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

^{***} Iwona Szczęsna, Dyrektor Departamentu Projektów Systemu Finansowego, Bankowy Fundusz Gwarancyjny.

^{****} Marcin Tarczyński, Kierownik Wydziału Analiz Systemu Ubezpieczeń w Departamencie Projektów Systemu Finansowego, Bankowy Fundusz Gwarancyjny.

od momentu jego powstania, ze szczególnym uwzględnieniem kosztów upadłości polskich zakładów ubezpieczeń, a także dotychczasowe doświadczenia Bankowego Funduszu Gwarancyjnego dotyczące analizy rynku ubezpieczeń w kontekście przyszłych procesów *resolution* w tym sektorze.

Słowa kluczowe: *resolution*, ubezpieczenia, upadłość, zarządzanie kryzysowe, fundusze gwarancyjne

Kody JEL: G22, H12

The Polish insurance market in the context of the draft provisions on resolution and the experience of the Insurance Guarantee Fund in the field of bankruptcy of insurance undertakings

Abstract

The implementation of the IRR Directive, which is currently being worked on, should take into account the specificity of insurance markets in the Member States. In particular, the manner and scope of operation of the local guarantee fund should be taken into account, as there is no minimum harmonization of such structures in EU countries. The aim of the article is to assess the scope of activity of the Insurance Guarantee Fund in Poland in the context of the implementation of the resolution mechanism for the insurance market and to identify the factors necessary to be taken into account in further work and reforms of the financial safety net in the context of the insurance sector. The basis for the preparation of the article was the analysis of the activities of the Insurance Guarantee Fund since its inception, with particular emphasis on the costs of bankruptcy of Polish insurance undertakings, as well as the previous experience of the Bank Guarantee Fund regarding the analysis of the insurance market in the context of future resolution processes in this sector.

Keywords: resolution, insurance, failure, crisis management, guarantee funds

JEL Codes: G22, H12

Wstęp

W pierwszych latach po zmianach ustrojowych w Polsce zaczął się kształtować rynek finansowy, w tym również rynek ubezpieczeniowy. Przewidziano mechanizmy gwarancyjne zapewniające szczelność systemu ubezpieczeń obowiązkowych, a w szczególności ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, w skrócie nazywanych „OC ppm”. Trafnie uznano, że choć wprowadzenie obowiązku posiadania ubezpieczenia OC przez posiadaczy pojazdów mechanicznych jest dobrym sposobem na finansowe zabezpieczenie osób trzecich poszkodowanych w wypadkach, to jednak mogą zdarzyć się okoliczności, w których ten mechanizm może okazać się niewystarczający. Mając na uwadze szczelność systemu ochrony interesów poszkodowanych, ustanowiono również instrumenty i instytucje pozwalające na kontrolę spełnienia obowiązku ubezpieczeniowego przez posiadaczy pojazdów mechanicznych i zapewniające zaspokajanie słusznych

roszczeń osób poszkodowanych, w przypadku gdy pojazd sprawcy nie był objęty ubezpieczeniem, sprawca nie został zidentyfikowany lub zakład ubezpieczeń stracił zdolność zaspokajania roszczeń w wyniku upadłości.

Funkcję zapewnienia ochrony poszkodowanych w wypadkach spowodowanych przez nieubezpieczonych lub niezidentyfikowanych sprawców sprawuje Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (dalej: UFG), który został powołany do życia na mocy ustawy z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 z późn. zm.). Początkowo funkcję ochrony poszkodowanych przez klientów niewypłacalnych zakładów ubezpieczeń pełnił Fundusz Ochrony Ubezpieczonych (FOU). Kilka lat później zadania FOU zostały przejęte przez UFG, który z powodzeniem pełni tę rolę do dziś. Początki funkcjonowania rynku ubezpieczeń w Polsce w okresie po transformacji były dość burzliwe. Stosunkowo szybko, bo już w 1993 roku, doszło do upadłości dwóch zakładów ubezpieczeń: Westa i Westa-Life. Kolejne upadłości wystąpiły w 1996 roku (Gryf i Hestja) i 1997 roku (Fenix), a po trzech latach, na początku 2000 roku upadły dwa kolejne zakłady ubezpieczeń: Polisa oraz Gwarant. Kolejne lata przyniosły stabilizację sytuacji. Od wielu lat krajowe zakłady ubezpieczeń, pomimo nawracającej presji cenowej w ubezpieczeniach komunikacyjnych, zmian regulacji, rewolucji technologicznej i pojawiania się innych okoliczności, zachowują stabilność i bezpieczeństwo, a polski rynek cieszy się zainteresowaniem inwestorów (KNF 2022).

Zagadnienie ryzyka niewypłacalności podmiotów rynku ubezpieczeniowego należy rozpatrywać w szerszym kontekście, nie tylko ze względu na upadłość kolejnego zakładu ubezpieczeń, do której doszło w czerwcu 2021 roku (Gefion). Dla nakreślenia szerokiej perspektywy kwestii bezpieczeństwa sektora ubezpieczeniowego w dalszej części opracowania odniesiono się do następujących zagadnień związanych z upadłościami zakładów ubezpieczeń:

- horyzont czasowy zaspokajania roszczeń;
- nadchodząca częściowa harmonizacja w UE systemu gwarantowania wypłat odszkodowań i świadczeń z OC ppm na wypadek niewypłacalności zakładu ubezpieczeń;
- stan prac nad *resolution* na rynku ubezpieczeniowym (restrukturyzacją i uporządkowaną likwidacją zakładów ubezpieczeń).

Analiza tych trzech obszarów ułatwia także identyfikację czynników, które powinny zostać uwzględnione w sposób szczególny w dalszych pracach i reformach sieci bezpieczeństwa finansowego w zakresie sektora ubezpieczeniowego w Polsce. W szczególności, zidentyfikowane aspekty powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w projektowanych rozwiązaniach z zakresu zarządzania kryzysowego w sektorze ubezpieczeniowym.

1. Horyzont czasowy zaspokajania roszczeń

Przy rozważaniu przyczyn i konsekwencji upadłości instytucji finansowych i roli systemu gwarancji na wypadek takiego zdarzenia, zwykle pierwsze myśli kierują się do sektora bankowego. Z badań Narodowego Banku Polskiego wynika, że jedynie 26 proc. badanych Polaków ma świadomość, jaki jest poziom gwarancji depozytów przez BFG (NBP 2020). Wiadomo jednak, że w przypadku instytucji bankowej środki zgromadzone na rachunkach do wysokości limitu zostaną w trybie pilnym przekazane ich posiadaczom (Zaleska 2018).

W przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń jest zupełnie inaczej. Czynnikiem różnicującym sytuację konkretnego klienta zakładu (ubezpieczonego, ubezpieczającego czy poszkodowanego) jest wiele. Pierwszym z nich jest zakres gwarantowanych świadczeń, który jest przedstawiony w art. 98 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2277).

Ramka 1. Zakres gwarantowania świadczeń ubezpieczeniowych w Polsce

Zgodnie z art. 98 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń lub spełnienia innych przesłanek wskazanych w tym przepisie do zadań Funduszu należy również zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych z:

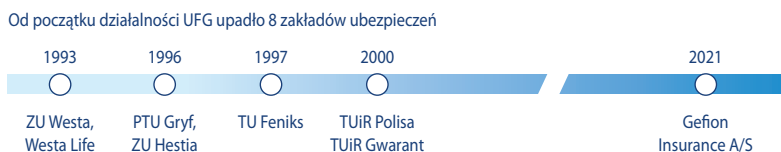
- 1) obowiązkowych ubezpieczeń OC ppm, OC rolników i budynków rolniczych za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w wartości poniesionej szkody do wysokości sumy gwarancyjnej / sumy ubezpieczenia),
- 2) pozostałych ubezpieczeń obowiązkowych i ubezpieczeń na życie – 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 tys. euro.

Dodatkowo granice odpowiedzialności Funduszu określa treść art. 106 (m.in. zasada subsidiarności i brak odpowiedzialności za szkody wyrządzone „samemu sobie”) oraz art. 107 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Nie podlegają ochronie gwarancyjnej ubezpieczenia dobrowolne Działu II (czyli inne niż ubezpieczenia na życie).

Wynika z niego, że w przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń oferującego ubezpieczenia obowiązkowe gwarancją objęta jest wypłata należnego świadczenia będącego następstwem poniesienia szkody. Czynnikiem ten powoduje, że zobowiązania objęte gwarancjami w niewielkim stopniu są natychmiast wymagalne, a zasadniczą kwestią jest obsługa i rozpatrywanie roszczeń osób uprawnionych. Konsekwencją jest również znaczne rozciągnięcie w czasie wypłat gwarantowanych świadczeń. Doświadczenie pokazuje, że jest to okres liczony w latach, a nie miesiącach.

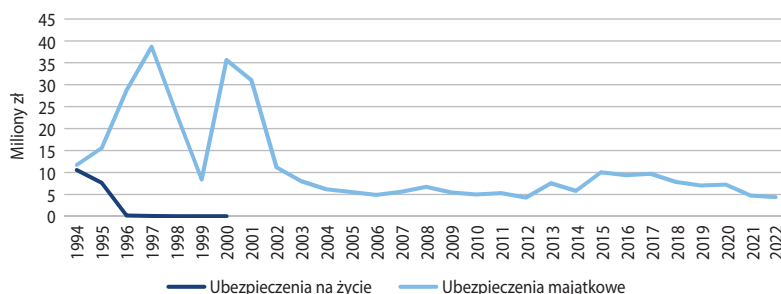
Z zakresu doświadczeń rynku polskiego warto wskazać, że w latach 1993–2000 w Polsce odnotowano 7 upadłości firm ubezpieczeniowych. W dalszych analizach pominięto ostatnią upadłość z połowy 2021 r. (Gefion) ze względu na zbyt krótki okres, by dokonywać długoterminowych obserwacji (w szczególności uwzględniając specyfikę działania zakładu ubezpieczeń, która została zasygnalizowana wyżej).

Rysunek 1. Upadłości zakładów ubezpieczeń na polskim rynku ubezpieczeniowym

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UFG (2023a, 2023b).

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny wypłacił dotychczas łącznie 353 mln zł w związku z upadłościami z lat 1990–2000. Patrząc z perspektywy końca 2022 roku, można wyciągać pewne wnioski dotyczące horyzontu czasowego wypłat odszkodowań i świadczeń z upadłości.

Na rysunku 2 zaprezentowano wartość wypłat dokonywanych przez UFG w poszczególnych latach w związku z zaspokajaniem roszczeń osób uprawnionych po upadłościach poszczególnych zakładów, w tym sześciu zakładów ubezpieczeń majątkowych (prowadzących działalność w Dziale II ubezpieczeń „Pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe”) i jednego zakładu ubezpieczeń na życie.

Rysunek 2. Wypłaty dokonywane przez UFG w latach 1994–2022 w związku z upadłościami zakładów sprzed 2000 roku

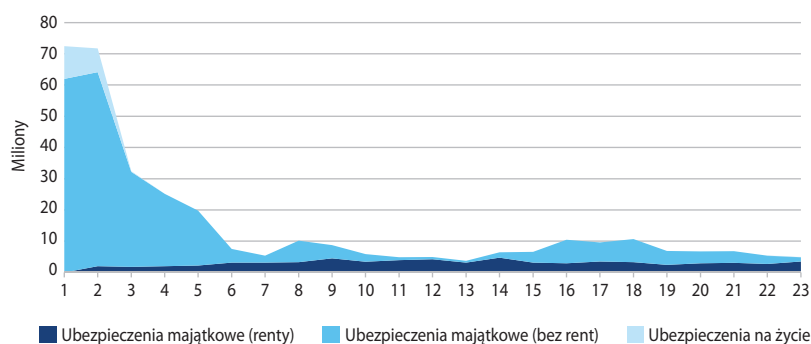
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UFG (2023a, 2023b).

Odmierna charakterystyka roszczeń z ubezpieczeń na życie i z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w sposób widoczny przekłada się na rozkład wypłat w czasie. Przypadek upadłości Westa-Life pokazuje co prawda, że wypłaty dokonywane były w okresie 1994–2000 (7 lat), ale 98% (tj. 18,2 mln zł) łącznej kwoty wypłat zrealizowano w dwóch pierwszych latach. W pozostałych latach wypłacane kwoty były stosunkowo niewielkie i łącznie osiągnęły wartość ok. 280 tys. zł.

Inaczej wygląda rozkład w czasie wypłat z ubezpieczeń obowiązkowych, głównie OC ppm. Duże wahania kwot wypłacanych w latach 1994–2001 są efektem kolejnych upadłości. Widać jednak wyraźnie, że pomimo upływu 21 lat sumy wypłacane osobom uprawnionym są wciąż znaczące.

Na kolejnym rysunku 3 przedstawiono dane ustrukturyzowane w taki sposób, aby upływ lat liczyć od pierwszego roku dokonywania wypłat w odniesieniu do danej upadłości, a nie według lat kalendarzowych. Pozwala to uniknąć wahań w czasie związanych z momentem wystąpienia upadłości i skupić się na rozwoju sytuacji począwszy od momentu pierwszej wypłaty. Okres analizy skrócono do 23 lat, by w poszczególnych badanych okresach zawsze uwzględniać tę samą liczbę upadłych zakładów (ilustracyjnie: poziom wypłat dla najstarszych upadłości można zaprezentować nawet dla 29 lat, natomiast upadłości z 2000 roku można analizować tylko z perspektywy 23 lat. Do analizy wybrano zatem 23 okresy, w których można obserwować łącznie wszystkie portfele). W ubezpieczeniach majątkowych dodatkowo wyodrębniono wypłaty rentowe i pozostałe.

Rysunek 3. Odszkodowania i świadczenia wypłacane przez UFG w kolejnych latach od upadłości



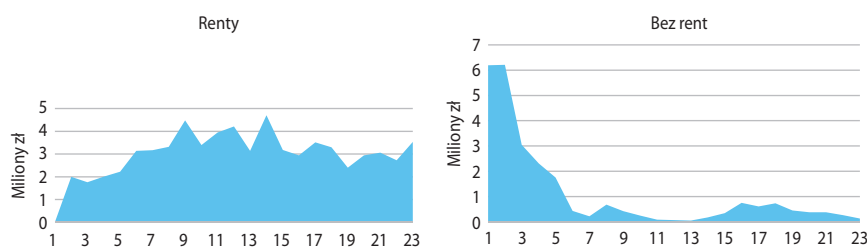
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UFG (2023a, 2023b).

W tym ujęciu widać różnice w poszczególnych komponentach kwot wypłacanych z upadłości. Wyodrębnienie rent pozwala zwrócić uwagę na kolejne zagadnienia. Po pierwsze, wyraźnie obserwowalna jest zmiana udziału wypłat rentowych w miarę upływu czasu. Ta obserwacja prowadzi do konkluzji, że proces obsługi upadłości zakładu ubezpieczeń będzie trwał tak długo, jak długo konieczne będzie wypłacanie świadczeń rentowych¹. Efektywny proces kapitalizacji rent, czyli zawierania umów z odbiorcami rent (lub ich pełnomocnikami) dotyczących określenia kwoty jednorazowej wypłaty zamiast płatności okresowych rozłożonych w czasie, może redukować liczbę spraw rentowych i *de facto* skracać horyzont wygaśnięcia zobowiązań (a raczej istotnej części zobowiązań). W takiej sytuacji liczba obsługiwanych rent sukcesywnie maleje z biegiem lat – szybciej niż wynikałoby to z przyczyn demograficznych, wyczerpania sumy gwarancyjnej czy zakończenia rent terminowych. Warto wspomnieć, że na koniec roku 2022 UFG obsługuje 145 rent z analizowanych upadłości (dane własne, UFG).

¹ Sprawia to, że ramy czasowe interwencji sieci bezpieczeństwa finansowego w sektorze ubezpieczeniowym są zupełnie odmienne od tych, które występują w sektorze bankowym, w którym wypłaty – co do zasady – dokonywane są w ciągu 7 dni roboczych (Kozłowska, Jura 2022, s. 77–83).

Po drugie, widać również, że renty nie są jedynym komponentem powodującym wieloletnie wypłaty z upadłości w przypadku portfeli OC ppm. Również w przypadku świadczeń innych niż rentowe, kwoty pozostające do wypłaty mogą być wciąż dość znaczące (por. rysunek 4).

Rysunek 4. Wypłaty UFG w kolejnych latach po upadłości z uwzględnieniem i wyłączeniem rent



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UFG (2023a, 2023b).

Na szczególną uwagę zasługuje podwyższony poziom wypłat odszkodowań i świadczeń nierentowych po upływie więcej niż 10 lat od upadłości. Przyczyn tego stanu rzeczy należy się doszukiwać w trzech odrębnych kwestiach:

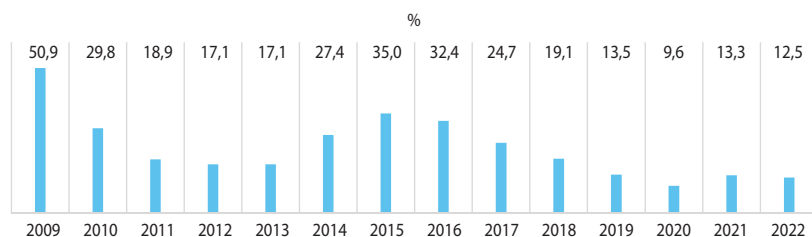
- długotrwałość procesów sądowych w Polsce – na koniec roku 2022 sprawy sądowe w toku dotyczą 22 szkód z upadłości z lat 1993–2000 (dane własne UFG). Sprawy te są zwykle bardzo skomplikowane od strony procesu obsługowego;
- okres przedawnienia – w przypadku poważniejszych wypadków, gdy dochodzi do znacznych obrażeń ciała lub zgonu regulacje polskie dają osobom uprawnionym prawo zgłaszania roszczeń z OC ppm w długim okresie. W większości takich przypadków będzie to 20 lat od zdarzenia ubezpieczeniowego. Czynnikiem ten częściowo tłumaczy zwiększenie wypłat w okresie po 14. roku od upadłości (por. rysunek 4). Nie można tu jednak pominąć innego aspektu, bez którego zjawisko to miałyby zapewne mniejszą skalę, tj. zmian w otoczeniu i praktyce rynkowej, które same w sobie zasługują na wskazanie jako następną, osobną kwestię;
- zmiany regulacji, orzecznictwa, otoczenia, praktyki rynkowej – w okresie pomiędzy wystąpieniem upadłości w latach 90. lub roku 2000, a okresem po 2010 roku (trwającym do dziś) nastąpiły znaczące zmiany dotyczące likwidacji szkód, określania zakresu odpowiedzialności, wysokości świadczeń, często tytułu prawnego, aktywności firm odszkodowawczych itp. Dla prezentowanej analizy nie ma znaczenia, czy zmiany takie należy traktować jako zmiany otoczenia prawnego czy nie. Faktem jest, że katalog świadczeń pokrywanych aktualnie z OC ppm i mechanizmy ich wyceny są znacznie szersze niż w końcu lat 90. W obliczu zmian przepisów, orzecznictwa, działalności pełnomocników i wielu innych czynników zmianie uległa praktyka rynkowa. Naturalnie więc część osób uprawnionych może wystąpić z roszczeniami dodatkowymi, bądź uzupełniającymi, jeżeli okres przedawnienia jeszcze nie minął. Tak się dzieje w portfe-

lach zakładów ubezpieczeń (o czym dalej). Takie zjawisko zaobserwował również UFG w przypadku szkód z upadłości – jest to widoczne na rysunku 4 jako zwiększenie wypłat nierentowych w okresie 15–18 lat od upadłości. Choć nowo zgłaszane roszczenia wynikające ze zmiany praktyki rynkowej dotyczyły potencjalnie wszystkich upadłości, to ze względu na okres przedawnienia najbardziej widoczne były w przypadku szkód z portfeli TUiR Polisa i TUiR Gwarant, a więc tych relatywnie najmłodszych.

Podobne obserwacje można poczynić patrząc na informacje publikowane w Biuletynie Informacyjnym przez Ośrodek Informacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Dzięki przywróceniu w polskim prawie instytucji zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej, od dnia 3 sierpnia 2008 r. najbliżsi członkowie rodziny mogą wystąpić o odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przepis art. 446 § 4 Kodeksu cywilnego², dający bliskim zmarłego możliwość dochodzenia zadośćuczynienia, został wprowadzony ustawą z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych ustaw (Dz.U. nr 116, poz. 731), która weszła w życie właśnie 3 sierpnia 2008 r. i ma zastosowanie do zdarzeń prawnych zaistniałych po dniu 3 sierpnia 2008 r. Sąd Najwyższy – aby nie pozbawić możliwości dochodzenia roszczenia o zadośćuczynienie bliskich zmarłych w zdarzeniach sprzed tej daty – uznał, że w takich przypadkach możliwe jest dochodzenie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 24 § 1 k.c. (uchwała SN z dnia 22 października 2010 r., sygn. akt III CZP 76/10, uchwała SN z dnia 13 lipca 2011 r., III CZP 32/11).

Analizując udział procentowy wypłat z tytułu szkód zaistniałych przed 3 sierpnia 2008 r. w wypłatach za szkody osobowe ogółem rynku ubezpieczeniowego w poszczególnych latach, można dostrzec wzrost wartości takich wypłat w latach 2014–2018 (por. rysunek 5).

Rysunek 5. Wypłaty z tytułu szkód zaistniałych przed 3 sierpnia 2008 r. jako procent ogółu wypłat osobowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UFG (2023a, 2023b).

² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1360 z późn. zm.).

Nie można również pominąć faktu, że w 2022 r. udział wypłat z tytułu szkód zaistniałych przed 3 sierpnia 2008 r. nadal wynosi 12,5%. Wskazuje to, że tzw. portfele szkodowe (nawet tych szkód uważanych za zamknięte) narażone są na ewentualną aktualizację w wyniku zmian w przepisach, orzecznictwie i, szerzej, ewolucji praktyki rynkowej. Z natury rzeczy taka aktualizacja szkód już zamkniętych może nastąpić tylko w jednym kierunku – dopłaty odszkodowania i świadczenia.

Patrząc w przyszłość, zjawisko to wydaje się wystarczająco rozpoznane. Realnym wyzwaniem jest jednak oszacowanie, ile podobnych zmian i w jakiej skali może jeszcze w przyszłości dotyczyć portfeli już zaistniałych szkód z ubezpieczeń obowiązkowych przed upływem okresu przedawnienia. Historia pokazała, że jest to czynnik o potencjalnie dużym znaczeniu finansowym, a jednocześnie wyjątkowo trudny do przewidzenia.

Podsumowując ten aspekt polskich doświadczeń z systemem gwarancyjnym na wypadek upadłości zakładów ubezpieczeń, można stwierdzić, że upadłość jest wyzwaniem długookresowym. W rezultacie niepewność związana z określeniem ostatecznej wartości przyszłych wypłat z portfela upadłego zakładu ubezpieczeń dotyka systemu gwarancyjnego w podobnym stopniu, jak zakładów ubezpieczeń w ich bieżącej działalności. W czasie gdy zakres świadczeń i praktyka ustalania ich wartości wciąż ewoluują, specyficznym wyzwaniem dla szeroko rozumianego ubezpieczeniowego systemu gwarancyjnego pozostaje nie tylko zapewnienie środków na pokrycie bieżących wypłat, ale również adekwatne określenie ekspozycji na wypadek upadłości uwzględniającej nie tylko to co już jest znane, ale również aspekt ryzyka.

2. Częściowa harmonizacja systemu gwarantowania wypłat odszkodowań i świadczeń z OC ppm na wypadek niewypłacalności zakładu ubezpieczeń w UE

Jednolity rynek finansowy UE funkcjonuje formalnie od 1 lipca 1994 r. Umożliwia on m.in. prowadzenie działalności ubezpieczeniowej za pośrednictwem oddziałów (*freedom of establishment, FoE*) lub w ramach swobody świadczenia usług (*freedom of services, FoS*) przez zakłady ubezpieczeń w różnych państwach członkowskich innych niż państwo macierzyste (tj. państwo siedziby) danego zakładu. Jak dotąd nie wypracowano jednak wspólnych zasad w zakresie ochrony uprawnionych (przede wszystkim ubezpieczonych i poszkodowanych) w sytuacji niewypłacalności zakładów ubezpieczeń w dziale I (ubezpieczenia na życie) i w dziale II (pozostałe ubezpieczenia majątkowe i osobowe) (Di Girolamo, Nan, Petracco-Giudici 2021, s. 4; EIOPA 2017, s. 88). Prace nad dyrektywą w sprawie funduszy ochrony ubezpieczonych (dalej: dyrektywa w sprawie fou) toczą się od ponad 20 lat, co wynika przede wszystkim z:

- a) dużych rozbieżności między poszczególnymi państwami członkowskimi dotyczących zakresu ochrony (produkty objęte systemem gwarancyjnym i limity kwotowe);

- b) braku harmonizacji prawa upadłościowego w krajach UE;
- c) wątpliwości co do celowości prac nad dyrektywą w sprawie fou, w obliczu innych regulacji na poziomie UE (np. Wypłacalność II, restrukturyzacja i uporządkowana likwidacja);
- d) „przejęcia” przez dyrektywę komunikacyjną zagadnienia niewypłacalności ubezpieczycieli w zakresie OC ppm (więcej na ten temat w dalszej części artykułu), co harmonizuje znaczną część ewentualnych roszczeń po upadłości. Ubezpieczenia OC ppm są bowiem najbardziej powszechnym produktem ubezpieczeniowym w UE.

W efekcie, fundusze ochrony ubezpieczonych chroniące różne linie produktów ubezpieczeniowych istnieją w około połowie państw UE, opierając się na regulacjach krajowych (Monkiewicz 2016, s. 302–307).

W ubezpieczeniach OC komunikacyjnych obserwowana jest odmienność regulacji. Ze względu na masowość pojazdów na drogach oraz specyfikę tego ubezpieczenia ustawodawcy krajowi niemal wszystkich państw członkowskich przyznali krajowym instytucjom gwarancyjnym kompetencje w zakresie upadłości zakładów ubezpieczeń w odniesieniu do odszkodowań i świadczeń z OC ppm. Ochrona ta była przez nie gwarantowana najczęściej dla krajowych zakładów ubezpieczeń z tytułu zdarzeń zaistniałych na terenie ich danego państwa. Poza sferą ich działania znalazły się zdarzenia spowodowane przez sprawców ubezpieczonych w niewypłacalnych zakładach z innych państw członkowskich lub, gdy poszkodowanym w ich kraju była osoba mająca stałe miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim. Również upadłości typu FoE/FoS pozostawały najczęściej poza zakresem ich pokrycia.

Aby uregulować złożone rozliczenia w przypadku szkód transgranicznych, część funduszy gwarancyjnych z państw UE zawarła tzw. Umowę z 1995 (*Paris agreement...*, 1995). Ponad dekadę później podpisano kolejne porozumienie – tzw. Umowę Rzymską (*Rome agreement...*, 2008). Podstawowym mankamentem tych porozumień jest ich dobrowolny charakter, co sprawia, że nie wszystkie państwa UE w nich uczestniczą, jak również nie obejmują wszystkiego rodzaju okoliczności zdarzeń z niewypłacalnym zakładem OC.

Dobre wyobrażenie o skali działalności transgranicznej przynoszą badania Rady Biur. Według jej raportu nt. niewypłacalności ubezpieczycieli OC ppm w kontekście FoS/FoE (CoB Study, 2018) – udział rynkowy ubezpieczycieli FoE/FoS w składce w skali całej UE w 2016 r. kształtował się na poziomie ok. 4,5%–5%. Sytuacja była jednak mocno zróżnicowana w poszczególnych krajach. Przykładowo, udział FoE/FoS w 9 państwach UE nie dochodził nawet do 1%, podczas gdy w 5 państwach bałtyckich i skandynawskich przekraczał 20% (CoB, Study 2018, s. 3–4 i 9–11).

W latach 2007–2016 niewypłacalności ubezpieczycieli oferujących OC ppm dotknęły 17 państw EOG i dotyczyły 29 unikalnych zakładów: 20 z nich to ubezpieczyciele wyłącznie krajowi, zaś 9 przypadków to zakłady prowadzące działalność w charakterze FoE/FoS. Oznacza to, że zakłady prowadzące FoE/FoS stanowiły blisko

1/3 wszystkich upadłości w EOG w ciągu 10 lat objętych badaniem. Zwłaszcza te ostatnie informacje wzmocniły przekonanie decydentów unijnych, że niewypłacalności ubezpieczycieli OC ppm powinny zostać objęte w UE zharmonizowaną ochroną.

24 listopada 2021 r. ogłoszono dyrektywę 2021/2118 zmieniającą dyrektywę 2009/103/WE w sprawie ubezpieczenia OC ppm³. Znacznym modyfikacjom uległy m.in. mechanizmy zaspokajania roszczeń osób uprawnionych na wypadek niewypłacalności zakładu ubezpieczeń. Dyrektywa stanowi, że poszkodowani lub uprawnieni do odszkodowania mogą zgłosić roszczenie w przypadku: (a) wszczęcia postępowania o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń, (b) wszczęcia postępowania o zarządzenie likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń lub (c) wszczęcia postępowania o zarządzenie likwidacji dobrowolnej zakładu ubezpieczeń. Stanowi to fundamentalną zmianę w dotychczasowej praktyce funduszy ochrony poszkodowanych, które do tej pory stosowały regulacje krajowe. Z reguły poszkodowani mogli do nich zgłaszać roszczenia dopiero na etapie ogłoszenia upadłości (czasem nawet dopiero po finalnej decyzji właściwego sądu) lub zarządzeniu likwidacji przymusowej.

Ochronę poszkodowanych w sytuacji niewypłacalności ubezpieczyciela OC sprawcy zdarzenia gwarantować mają dedykowane organy powołane do życia we wszystkich krajach UE. Ich celem ma być zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych we wszystkich przypadkach, zarówno krajowych, jak i transgranicznych (rozumianych szeroko jako przypadki FoE/FoS, ale też przypadki krajowych ubezpieczycieli gdy do zdarzeń dochodzi także w innych państwach członkowskich lub nawet w państwie członkowskim sprawcy lecz poszkodowanym jest rezydent innego państwa członkowskiego). Warto zwrócić uwagę, że w przypadku OC ppm mieszkańcy danego kraju UE mogą zostać poszkodowani w wypadku w dowolnym innym kraju UE, a dodatkowo wystawcą polisy OC ppm może być zakład ubezpieczeń mający swoją siedzibę w jeszcze innym kraju. Możliwych scenariuszy i interakcji jest zatem bardzo wiele, a osoby poszkodowane mogłyby mieć duże trudności w odszukaniu właściwej ścieżki postępowania.

Dyrektywa rozróżnia zatem jedynie dwa przypadki z perspektywy osób poszkodowanych: gdy zdarzenie (wypadek) miało miejsce w kraju członkowskim zamieszkania/siedziby osoby poszkodowanej oraz, gdy do zdarzenia doszło w innym kraju UE.

Pierwszy z tych przypadków został uregulowany w art. 10a dyrektywy – takimi przypadkami zajmował się będzie tzw. Organ 10a. Drugi przypadek to zadanie dla tzw. Organu 25a. Z perspektywy osób poszkodowanych/uprawnionych kraj siedziby niewypłacalnego zakładu ubezpieczeń lub forma prowadzenia działalności (S.A., TUW, FoS, FoE) nie ma żadnego znaczenia, bowiem osoba poszkodowana zawsze zgłasza roszczenia do Organu 10a lub Organu 25a w swoim kraju zamieszkania.

³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2118 z dnia 24 listopada 2021 r. zmieniająca dyrektywę 2009/103/WE w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (Dz.U. UE, L 430 z dnia 2.12.2021, s. 1–23).

Ma to jednak fundamentalne znaczenie dla źródeł finansowania kosztów takiej upadłości. Dyrektywa potwierdza jedno z kluczowych założeń wspólnego rynku – zasadę państwa macierzystego. Konsekwencją działalności FoS lub FoE jest obowiązek rekompensaty ewentualnych strat w wyniku upadłości przez kraj macierzysty, tj. kraj siedziby zakładu ubezpieczeń. Wzajemne rozliczenia z tego tytułu nie są jednak w sferze zainteresowania osób poszkodowanych – będzie to domena Organów 10a i 25a w kraju zamieszkania poszkodowanego i Organów 10a/25a w kraju macierzystym niewypłacalnego zakładu ubezpieczeń. Analogicznie zresztą wygląda odpowiedzialność i mechanizm kompensacyjno-regresowy organów 10a/25a, w przypadku niewypłacalności krajowych ubezpieczycieli, jeśli skutki zdarzeń dotyczą zagranicznych poszkodowanych.

Dyrektywa obliguje państwa członkowskie do wdrożenia rozwiązań zapewniających organom 10a i 25a wystarczające środki na realizację zadań. Ustalenie mechanizmów osiągnięcia wystarczających środków pozostawiono w gestii prawa krajowego, przy czym działalność organów w danym kraju ma być finansowana wyłącznie przez zakłady z siedzibą w tym kraju (wraz z ich ewentualnymi FoE/FoS operującymi w innych państwach członkowskich).

Podsumowując, warto odnotować harmonizację systemu ochrony osób poszkodowanych i uprawnionych z OC ppm na wypadek niewypłacalności zakładów ubezpieczeń. Nie można jednak pominąć faktu, że uregulowanie obszaru OC ppm nie adresuje całościowo ubezpieczeniowych systemów gwarancyjnych. Unijne prace w tym zakresie trwają od ponad 20 lat i nie należy się spodziewać ich szybkiego zakończenia. Ostatnie rozważania na temat harmonizacji systemów gwarancyjnych zostały zaprezentowane przez EIOPA w ramach przeglądu przepisów Solvency II (EIOPA 2020). Łącząc konsekwencje długoterminowego charakteru obsługi zobowiązań po upadłości oraz objęcie systemem gwarancyjnym w ubezpieczeniach jedynie części portfeli zakładów ubezpieczeniowych (ubezpieczenia obowiązkowe oraz w ograniczonym zakresie ubezpieczenia na życie), można sformułować wniosek, że w interesie poszkodowanych leży przede wszystkim przeciwdziałanie upadłościom.

3. Stan prac nad *resolution*, czyli restrukturyzacja i uporządkowana likwidacja zakładów ubezpieczeń

Od września 2021 roku trwają prace nad nową dyrektywą IRR (*Insurance Recovery and Resolution Directive*, IRRD)⁴. Ustanawia ona ramy prowadzenia działań naprawczych oraz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w odniesieniu do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Wprowadza metody i narzędzia zarządzania kryzysowego w sektorze ubezpieczeń. Celem utworzenia systemu restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji jest:

⁴ Wniosek Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiająca ramy na potrzeby prowadzenia działań naprawczych oraz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w odniesieniu do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz zmieniająca dyrektywy 2002/47/WE, 2004/25/WE, 2009/138/WE, (UE) 2017/1132 i rozporządzenia (UE) nr 1094/2010 i (UE) nr 648/2012.

- ochrona ubezpieczających, ubezpieczonych i osób uprawnionych z umów ubezpieczenia;
- utrzymywanie stabilności finansowej, w szczególności przez zapobieganie efektowi domina oraz przez utrzymanie dyscypliny rynkowej;
- zapewnienie ciągłości funkcji krytycznych;
- ochrona finansów publicznych przez ograniczenie do minimum konieczności korzystania z nadzwyczajnego publicznego wsparcia finansowego.

Ciągłość ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczających, ubezpieczonych i osób uprawnionych z umów ubezpieczenia, to cel nadrzędny projektowanych rozwiązań. Celem dodatkowym jest umożliwienie przenoszenia w stosownych przypadkach rentownej działalności i portfeli zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji do innych podmiotów rynkowych lub publicznych oraz podział strat w sposób sprawiedliwy i przewidywalny.

Z uwagi na prowadzone równoległe prace nad rewizją dyrektywy Solvency II, harmonogram prac nad IRRD charakteryzuje się dużą zmiennością. 20 grudnia 2022 r. Rada UE (Coreper) przyjęła „ogólne podejście”, czyli swoje stanowisko do projektu IRRD i udzieliła prezydencji mandatu negocjacyjnego na trilogi. Zakładając, że trilogi potrwać do końca 2023 r., to biorąc pod uwagę czas na implementację, IRRD wejdzie w życie najwcześniej w 2025 r.

Dyrektywa IRR jest dyrektywą minimalnej harmonizacji. Ramowe rozwiązania IRRD obejmują działania zapobiegawcze, prewencyjne planowanie naprawy oraz restrukturyzację i uporządkowaną likwidację zakładu ubezpieczeń. Działania te będą miały zastosowanie do wszystkich zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji mających siedzibę w UE i podlegających ramom Wyłącalność II. Niemniej jednak obowiązkiem sporządzania prewencyjnych planów naprawczych zostaną objęci ubezpieczyciele i reasekuratorzy (grupy i firmy solo) reprezentujące 80% rynku, natomiast planami *resolution* podmioty stanowiące 70% rynku (patrząc na rynek ubezpieczeń na życie wg rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a na rynek ubezpieczeń majątkowych i reasekuracji wg składki w każdym państwie członkowskim. Spółki zależne objęte planem grupowym wliczają się do objętego udziału w rynku w przyjmującym państwie członkowskim).

Dyrektywa obejmuje takie obszary, jak:

- ustanowienie organów ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji;
- w ramach przygotowania do przeprowadzania restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji:
 - uproszczone obowiązki dla zakładów niskiego ryzyka;
 - prewencyjne planowanie naprawy;
 - planowanie i ocena możliwości przeprowadzenia skutecznej restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji;
 - wspólne decyzje organów *resolution*;
- w ramach zasad przeprowadzania restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji:
 - warunki restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji;

- instrumenty restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji i uprawnienia w zakresie restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji;
- przepisy pomocnicze dotyczące restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, w tym wyceny, zabezpieczeń, wymogów proceduralnych oraz prawa do odwołania i wyłączenia innych działań;
- restrukturyzacja i uporządkowana likwidacja grup transgranicznych;
- stosunki z państwami trzecimi;
- kary;
- zmiany w dyrektywie Wypłacalność II, dyrektywach dotyczących prawa spółek i rozporządzeniu w sprawie EIOPA.

Dyrektywa IRR zobowiązuje państwa członkowskie do ustanowienia organów ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w sektorze ubezpieczeń. Organy te mają być wyposażone w minimalny zharmonizowany zestaw uprawnień do podejmowania wszelkich istotnych działań przygotowawczych i działań w ramach restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji. Dyrektywa reguluje także obszar koordynacji środków przygotowawczych i naprawczych między organami krajowymi w celu zapewnienia optymalnych rozwiązań na poziomie grupy, w tym współpracę w ramach kolegiów ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, a także rolę Europejskiego Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA).

W ramach planowania restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji dyrektywa wychodzi z podejścia grupowego. Podmioty należące do grup ubezpieczeniowych, objęte grupowymi przewencyjnymi planami naprawy, nie będą miały obowiązku sporządzania takich planów na poziomie solo. Niemniej jednak krajowy organ *resolution* w stosownych przypadkach będzie mógł zażądać sporządzenia takiego planu.

Zakład ubezpieczeń lub reasekurator powinien zostać objęty przymusową restrukturyzacją, gdy jest na progu upadłości lub jest zagrożony upadłością i nie ma perspektyw lub środków nadzorczych, służących zapobieżeniu upadłości lub nie istnieją możliwości wsparcia ze strony sektora prywatnego w ramach procesów biznesowych.

Warunkiem przeprowadzenia *resolution* jest zaobserwowane lub spodziewane w najbliższej przyszłości:

- zagrożenie podmiotu upadłością i brak przesłanek wskazujących, że możliwe do podjęcia działania nadzorcze lub działania tego podmiotu pozwolą we właściwym czasie usunąć to zagrożenie;
- naruszenie minimalnego wymogu wypłacalności – MCR;
- naruszenie warunków zezwolenia;
- brak możliwości spłaty zadłużenia lub innych zobowiązań;
- potrzeba nadzwyczajnego publicznego wsparcia finansowego.

Jednocześnie konieczne jest zapewnienie, aby przymusowe środki stosowane przez organ *resolution* były uruchamiane tylko w sytuacji, gdy ingerencja w prawa interesariuszy jest uzasadniona, a działania w ramach przymusowej restrukturyzacji

leżą w interesie publicznym. Interes publiczny jest w takim przypadku specyficznie zdefiniowany, tj. przez odniesienie go do celów *resolution* i porównania go do sytuacji, w jakiej roszczenia klientów i pozostałych wierzycieli zostałyby zaspokojone w klasycznym postępowaniu upadłościowym.

Wśród narzędzi *resolution* dyrektywa wymienia:

- odpisy (umorzenia) lub konwersja zobowiązań – polega na umorzeniu zobowiązań w celu pokrycia strat lub zamianie zobowiązań na instrumenty kapitałowe. Narzędzie stosowane łącznie w celu ułatwienia korzystania z innych narzędzi restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, takich jak *run-off* lub transfer portfela. Roszczenia ubezpieczeniowe nie podlegają zamianie. Uprawnienia pozwalają jednak na restrukturyzację lub redukcję roszczeń ubezpieczeniowych;
- wycofanie uprawnień do zawierania nowych umów ubezpieczenia (reasekuracji) w celu ograniczenia działalności zakładu do wyłącznego administrowania istniejącym portfelem (ang. *run-off*), maksymalizując w ten sposób pokrycie roszczeń ubezpieczeniowych przez istniejące aktywa;
- sprzedaż przedsiębiorstwa (transfer portfela) – w całości lub w części na warunkach handlowych, bez konieczności spełniania wymogów proceduralnych, które w innym przypadku miałyby zastosowanie;
- przedsiębiorstwo pomostowe (instytucja pomostowa) – podmiot, którego jedynym akcjonariuszem lub podmiotem dominującym jest organ *resolution*, utworzony w celu tymczasowego przeniesienia na ten podmiot praw udziałowych podmiotu w restrukturyzacji, jego przedsiębiorstwa albo praw majątkowych lub zobowiązań podmiotu w restrukturyzacji w celu kontynuowania w całości lub części działalności prowadzonej przez podmiot w restrukturyzacji;
- wydzielenie aktywów i pasywów – aktywa lub pasywa o obniżonej wartości lub problematyczne mogą zostać przeniesione do podmiotu zarządzającego aktywami. Jest to podmiot, którego jedynym akcjonariuszem lub podmiotem dominującym jest organ *resolution*, utworzony w celu przeniesienia praw majątkowych i powiązanych z nimi zobowiązań podmiotu w restrukturyzacji lub instytucji pomostowej w celu zarządzania tymi prawami, w tym ich zbycia lub likwidacji. Wydzielenie praw majątkowych może być zastosowane tylko łącznie z innym instrumentem przymusowej restrukturyzacji.

Dyrektywa przenosi wiele kwestii regulacyjnych i wykonawczych standardów technicznych opracowanych (6 i 1 standard odpowiednio) przez EIOPA do przyjęcia przez Komisję Europejską, a także do wytycznych EIOPA (6 wytycznych). Zakres delegacji do poziomu drugiego i trzeciego regulacji jest nadal dyskutowany w pracach Rady i Parlamentu Europejskiego.

Planowane jest objęcie standardami technicznymi: informacji, które należy ująć w prewencyjnych planach naprawy, treść planów restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz treści grupowych planów restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, kwestie podlegające ocenie możliwości przeprowadzenia skutecznej restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji i kryteriów takiej oceny, elementy wyceny, w tym metodyki obliczania bufora z tytułu dodatkowych strat, który na-

leży uwzględnić w wycenach wstępnych, oraz metodyk przeprowadzania wyceny różnicy w sposobie traktowania, treści warunku umownego, który ma być zawarty w umowie finansowej podlegającej prawu państwa trzeciego, sposobu funkcjonowania kolegiów ds. restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, procedury, treści i minimalnego zestawu standardowych formularzy i wzorów na potrzeby przedstawiania informacji do celów planów restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz współpracy ze strony zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji.

Ponadto zgodnie z dyrektywą, EIOPA powinna opracować wytyczne dotyczące w szczególności: stosowania uproszczonych obowiązków w odniesieniu do niektórych jednostek, metod stosowanych przy określaniu udziałów w rynku oraz kryteria zakresu prewencyjnego planowania naprawy, minimalnego wykazu wskaźników jakościowych i ilościowych oraz zbiorów scenariuszy dotyczących prewencyjnych planów naprawy, kryteriów identyfikacji funkcji krytycznych, szczegółowych informacji na temat środków mających na celu ograniczenie lub usunięcie przeszkód dla możliwości przeprowadzenia skutecznej restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz okoliczności, w jakich można zastosować poszczególne środki, sposobu udostępniania informacji w formie skrótowej lub zbiorczej na potrzeby wymogów w zakresie poufności.

Podsumowanie

W pracach nad rozwijaniem systemu bezpieczeństwa na polskim rynku ubezpieczeniowym należy wziąć pod uwagę kształt i zakres działania krajowego funduszu gwarancyjnego, a także perspektywę tworzenia mechanizmu *resolution*. W szczególności trzeba zwrócić uwagę na:

- Stopień rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce;
- Strukturę rynku ubezpieczeniowego, w tym postępującą konsolidację, a także rosnące znaczenie poszczególnych zakładów jako dostarczycieli usług ubezpieczeniowych;
- Kluczowe podmioty wykonujące funkcje krytyczne dla polskich obywateli i gospodarki polskiej (w tym TUV-y ubezpieczające podmioty ze strategicznych podmiotów gospodarczych);
- Strukturę kapitałową/własnościową (szczególnie w zakresie planów *resolution* solo i grupowych);
- Ramy nadzoru wyznaczone przez Wypłacalność II (tzw. drabinę nadzorczą – korytarz pomiędzy SCR a MCR), wraz z określeniem, co dzieje się w przypadku ich przekroczenia i w jakich terminach;
- Gotowość BFG do odgrywania roli organu *resolution* dla rynku ubezpieczeniowego, biorąc pod uwagę:
 - Doświadczenie BFG w przeprowadzaniu *resolution* w sektorze bankowym;
 - Przygotowanie operacyjne BFG do odgrywania roli organu *resolution* na rynku ubezpieczeniowym (zaplecze IT, zaplecze administracyjne).

Bibliografia

- Cabo Lopez M. (2022), *IGSs and Resolution*, IFIGS Annual 2022 Conference, Kuala Lumpur, December 16.
- Campbell A., Kelly G. (2022), *Why insurers still fail: Mapping the road to ruin. Lessons learned from four recent insurers failures*, IFIGS Annual 2022 Conference, Kuala Lumpur, December 16.
- Council of Bureaux (2018), *CoB Study on MTPL insurer insolvencies in the context of FOS/FOE*.
- Di Girolamo F., Nan F., Petracco-Giudici M. (2021), *Insurance Guarantee Schemes: quantitative impact of different policy options*, JRC Technical Report.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2118 z dnia 24 listopada 2021 r. zmieniająca dyrektywę 2009/103/WE w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (Dz.U. UE, L 430 z dnia 2.12.2021, s. 1–23).
- EIOPA (2017), *Opinion to Institutions of the European Union on the harmonisation of recovery and resolution frameworks for (re)insurers across the Member States*, EIOPA-BoS/17-148.
- EIOPA (2020), *Opinion on the 2020 Review of Solvency*, EIOPA-BoS-20/749.
- FOU (1994), *Sprawozdanie z działalności Funduszu Ochrony Ubezpieczonych w 1993*.
- FOU (1995), *Sprawozdanie z działalności Funduszu Ochrony Ubezpieczonych w 1994*.
- FOU (1996), *Sprawozdanie z działalności Funduszu Ochrony Ubezpieczonych w 1995*.
- KNF (2022), *Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń*, 3/2022, https://www.knf.gov.pl/?articleId=804446&p_id=18 (dostęp: 3.02.2023).
- Kozińska M. (2022), *Resolution w sektorze ubezpieczeniowym – przesłanki, modelowe rozwiązania i wyzwania*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 4.
- Kozińska M., Jura T. (2022), *Resolution i upadłość w sektorze bankowym na przykładzie Sberbank Europe AG*, „Bezpieczny Bank”, Nr 88(3).
- Monkiewicz M. (2012), *Bezpieczeństwo rynku ubezpieczeniowego UE, a systemy gwarancyjne pewności ochrony ubezpieczeniowej. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa.
- Monkiewicz M. (2016), *Systemy ochrony ubezpieczonych w zarządzaniu ryzykiem niewypłacalności zakładów ubezpieczeń*, [w:] T. Czerwińska, K. Jajuga (red.), *Ryzyko instytucji finansowych. Współczesne trendy i wyzwania*, C.H.Beck, Warszawa.
- Narodowy Bank Polski (2020), *Badanie świadomości i wiedzy ekonomicznej Polaków*, <https://nbp.pl/edukacja/badania-wiedzy-ekonomicznej/> (dostęp: 3.02.2023).
- Paris Agreement: Insolvency of a motor liability insurer operating in the Single Market. Convention on recourse between Guarantee Funds (non-authentic, consolidated version)* (1995 w wersji 2012).
- Radu C., Neacsu C. (2018), *Overcoming the challenges of cross-border cooperation. Case study Romania-Hungary*, presentation, Fondul Garantare, IFIGS Annual 2018 Conference, Bucuresti, October 11.

Rome Agreement: Agreement between Compensation Bodies and Guarantee Funds in the event of insolvency of an insurance undertaking providing civil liability motor insurance in the single market, 2008.

Uchwała SN z dnia 13 lipca 2011 r., sygn. akt III CZP 32/11.

Uchwała SN z dnia 22 października 2010 r., sygn. akt III CZP 76/10.

UFG (2023a), *Biuletyn informacyjny Ośrodka Informacji UFG IV kwartał*, za lata 2014–2022.

UFG (2023b), *Sprawozdania z działalności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego*, za lata 1996–2022.

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).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1360 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych ustaw (Dz.U. nr 116, poz.731).

Wniosek Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiająca ramy na potrzeby prowadzenia działań naprawczych oraz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w odniesieniu do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz zmieniająca dyrektywy 2002/47/WE, 2004/25/WE, 2009/138/WE, (UE) 2017/1132 i rozporządzenia (UE) nr 1094/2010 i (UE) nr 648/2012.

Zaleska M. (2018), *System gwarantowania depozytów*, [w:] M. Zaleska (red.), *Świat bankowości*, Difin, Warszawa.