

Analiza potrzeb do reszty poglądy grupówki

Odkąd opublikowano projekt nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w mediach można spotkać coraz więcej komentarzy dotyczących wpływu nowej ustawy na rynek ubezpieczeniowy w naszym kraju. Z całą pewnością nowe obowiązki informacyjne względem klientów (głównie w ubezpieczeniach grupowych), ograniczenia co do zasad wypłacania prowizji pośrednikowi, ograniczenia odnośnie wysokości opłat jakie można pobrać od klienta, ustawowe wyłączenie możliwości zarabiania przez ubezpieczającego przy ubezpieczeniach grupowych, mogą bardzo poważnie wpłynąć na dalszy rozwój i kształt tego segmentu rynku w naszym kraju.

W tym artykule chciałbym skupić się na jednym z aspektów nowej ustawy, a mianowicie na obligatoryjnej analizie potrzeb klienta w przypadku ubezpieczeń na życie powiązanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

Zgodnie z art. 21 ust. 1 projektu ustawy przed zawarciem umowy ubezpieczenia na własny rachunek w zakresie działu I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, jaka umowa ubezpieczenia jest odpowiednia dla potrzeb ubezpieczającego.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, w zakresie działu I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń powinien mieć obowiązek uzyskania informacji dotyczących ubezpieczonego przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, w formie ankiety, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, czy umowa ubezpieczenia jest odpowiednia dla potrzeb ubezpieczonego (art. 21 ust. 2 projektu).

Wzór ankiety, w drodze rozporządzenia, określi Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, mając na uwadze zapewnienie, aby informacje gromadzone w formie ankiety pozwalały na zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

Nie znając jeszcze dokładnie wzoru takiej ankiety trudno jest oczywiście ocenić, czy proces pozyskiwania stosownych informacji będzie pracą długotrwałą i żmudną, którą ostatecznie będzie musiał wykonać pośredni ubezpieczeniowy, czy też będziemy mieli w tym wypadku do czynienia z dość prostym i łatwym do zautomatyzowania procesie, nie wymagającym tak od klienta jak i od pośrednika jakiejś specjalistycznej wiedzy.

Ciekawe jest natomiast to, co powinno zadziać się z danymi i informacjami pozyskanymi w postaci tej ankiety.

Otóż, na podstawie analizy tak pozyskanych informacji zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczającemu propozycje ubezpieczenia lub ubezpieczeń odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego wraz z uzasadnieniem, które w szczególności powinno obejmować zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób przedstawione propozycje zaspokajają te potrzeby (art. 21 ust 3 projektu).

Jak widać efektem analizy potrzeb nie powinno być samo przedstawienie warunków ubezpieczenia (proponowany zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia, treść OWU), ale ubezpieczyciel musi ponadto wyjaśnić ubezpieczającemu dlaczego, w ocenie ubezpieczyciela, ta konkretnie propozycja ubezpieczenia jest adekwatna dla potrzeb tego, konkretnego ubezpieczającego. Trudno będzie w tym

przypadku wdrażać jakieś narzędzia pozwalające na proste automatyzowanie tego procesu, bo po pierwsze taka propozycja będzie musiała być personalizowana (adresowana do tego konkretnego ubezpieczającego), a dodatkowo, konieczne będzie odniesienie się w takiej propozycji do sytuacji tego konkretnego ubezpieczającego. Z całą pewnością firmy informatyczne dostarczające inteligentne rozwiązania IT będą miały w tym przypadku szerokie pole do popisu, a ubezpieczyciele – kolejne kwoty do wydania.

Sytuacja będzie wyglądała bardzo podobnie w przypadku ubezpieczeń grupowych. Tutaj, na bazie informacji zawartych w ankiecie zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, rekomendację wraz z uzasadnieniem, w zakresie skorzystania przez ubezpieczonego z tej ochrony. Uzasadnienie obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczonego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy ubezpieczenia zaspokaja te potrzeby (art. 21. 5 projektu).

Z przepisu jasno wynika więc, że zakład ubezpieczeń powinien być zaangażowany bezpośrednio w oferowanie ubezpieczonemu możliwości przystąpienia do ubezpieczenia, przedstawiając mu jednoznaczną rekomendację odnośnie odpowiedniego dla tego ubezpieczonego zakresu ubezpieczenia, uzupełnioną o wyjaśnienie tego, w jaki sposób rekomendowany zakres i warunki ochrony są adekwatne do potrzeb tego, konkretnego ubezpieczonego. W efekcie można będzie zapomnieć o prawie automatycznym przypisywaniu kolejnych ubezpieczonych do grupy, bazując jedynie na jej/jego prostym oświadczeniu o zgodzie na przystąpienie do ubezpieczenia.

Pytanie, co należy zrobić z ubezpieczającym/ubezpieczonym w sytuacji, w której analiza potrzeb wykaże brak możliwości przedstawienia odpowiedniego ubezpieczenia?

W takim przypadku, jeżeli z analizy informacji zawartych w ankiecie będzie wynikać że potrzeby ubezpieczającego są nieadekwatne do jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej lub brak jest ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego ubezpieczenia lub ubezpieczeń. Ubezpieczający ma obowiązek pisemnego potwierdzenia otrzymania tej informacji oraz złożenia pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko na podstawie pisemnego żądania ubezpieczającego.

Wszystkie opisane wyżej obowiązki nie powstaną w przypadku odmowy wypełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego ankiety.

Przytoczone przepisy rodzą jeszcze cały szereg innych wątpliwości. Można na przykład zastanawiać się nad tym, w jaki sposób potrzeby ubezpieczonego mogą być nieadekwatne do jego doświadczenia i wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie. Czy to oznacza, że klientowi, który nigdy wcześniej nie kupił ubezpieczenia z UFK nie można takiego produktu w ogóle zaproponować? Wiele pytań powstanie też z pewnością po opublikowaniu przez Ministerstwo Finansów ankiety klienta.

Podsumowując, z chwilą wejścia w życie nowych przepisów oferowanie ubezpieczeń z UFK w modelu grupowym praktycznie całkowicie straci sens ekonomiczny skoro każdego ubezpieczonego trzeba będzie traktować tak jak ubezpieczającego w umowie indywidualnej i dodatkowo trudno będzie ubezpieczającemu na takim produkcie zarobić z uwagi na wprowadzany w art. 18 zakaz zarabiania na grupówkach. Trudno oprzeć się wrażeniu, że intencje twórców projektu są w tym wypadku jednoznaczne i nowa ustawa ma na celu całkowite wyeliminowanie ubezpieczeń z UFK z rynku

ubezpieczeń grupowych. Cóż, być może prościej byłoby to napisać jednoznacznie w treści ustawy, ale przecież nikt nie przyzna się do tego, że tworząc taki zapis jednocześnie godził się z zarzutem naruszania szeregu konstytucyjnych wolności. O wiele łatwiej jest tak sterować rynkiem tworząc nowe regulacje prawne, aby wymusić zachowania oczekiwane przez władze. Witamy w nowych czasach „gospodarki ubezpieczeniowej centralnie planowanej”. Miejmy tylko nadzieję, że tym razem centralne planowanie nie obje się wszystkim czkawką, problem jednak w tym, że nowa ustawa to dopiero początek majstrowania przy rynku. Prawdziwe sterowanie rynkiem zacznie się wtedy, kiedy KNF zacznie wydawać swoje rekomendacje, ale to już temat na osobne opracowanie.