



REKOMENDACJE

DLA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

DOTYCZĄCE BADANIA

ADEKWATNOŚCI PRODUKTU





DLACZEGO REKOMENDACJE W OGÓLE POWSTAŁY?

Jak podaje KNF we wstępie do Rekomendacji, produkty oferowane przez zakłady ubezpieczeń, objęte zakresem Rekomendacji, czyli ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, niejednokrotnie cechują się złożonością i dużym stopniem skomplikowania. Co do zasady są one tak skonstruowane, że nie gwarantują ochrony ulokowanego kapitału i osiągnięcia zysku. Brak wystarczającej polityki informacyjnej ze strony zakładu ubezpieczeń i występującego w jego imieniu pośrednika ubezpieczeniowego w połączeniu ze złożonością tych produktów powoduje, że klienci nie zawsze są świadomi, jakiego rodzaju umowę zawarli, jakie wynikają z niej ryzyka, jakie spoczywają na nich obowiązki oraz jakie są warunki wypłaty świadczeń. W szczególności, klienci zakładów ubezpieczeń nie zawsze są świadomi ryzyka inwestycyjnego wyrażającego się w możliwości osiągnięcia zysków mniejszych niż zakładane, a nawet utraty części lub całości zainwestowanych środków pieniężnych. Zdarza się, że oferowane produkty nie są dostosowane do potrzeb i możliwości klientów. **W takiej sytuacji Komisja Nadzoru Finansowego opracowała Rekomendacje, które mają na celu zwiększenie poziomu ochrony osób zamierzających zawrzeć tego rodzaju umowę lub, w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, skorzystać z przystąpienia do takiej umowy jako ubezpieczony.**

Rekomendacje, w zakresie umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym, należy stosować także wobec ubezpieczonego w ubezpieczeniu na cudzy rachunek. W tym przypadku obowiązki zakładu ubezpieczeń powinny zostać wykonane przed złożeniem przez ubezpieczonego oświadczenia o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia.

DO KOGO SĄ SKIEROWANE?



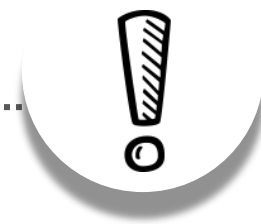
Rekomendacje są skierowane do krajowych zakładów ubezpieczeń oraz zagranicznych zakładów ubezpieczeń, wykonujących działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Organ nadzoru oczekuje, że zagraniczne zakłady ubezpieczeń z państw członkowskich Unii Europejskiej, działające na terytorium Rzeczypospolitej przez oddział lub w ramach swobody świadczenia usług, zaimplementują Rekomendacje od 5 do 18.

W JAKI SPOSÓB SĄ STOSOWANE?

Rekomendacje są stosowane według zasady „zastosuj lub wyjaśnij”. To oznacza, że zakłady ubezpieczeń, które nie będą stosować się do Rekomendacji lub nie zamierzają się do nich zastosować, na podstawie art. 365 ust. 5 ustawy, zobowiązane są poinformować o tym organ nadzoru. Jednocześnie w takim przypadku, zakłady ubezpieczeń powinny wyjaśnić organowi nadzoru, w jaki sposób zamierzają osiągnąć cele, dla realizacji których organ nadzoru wydał Rekomendacje. Zasada „zastosuj lub wyjaśnij” w praktyce pozwala ubezpieczycielom na stosowanie własnych zasad i procedur związanych z analizą potrzeb klienta i oferowaniem adekwatnych produktów, niezależnie od oczekiwań KNF w tym zakresie. Jednak to dopiero czas pokaże, jak w rzeczywistości ta zasada jest odczytywana przez KNF i czy „wyjaśnij” nie oznacza de facto zrób wszystko, aby Rekomendacje zastosować bezpośrednio. Wiele wątpliwości może też budzić relacja Rekomendacji do przepisów nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierającej stosowne postanowienie odnośnie analizy potrzeb klienta.

WARTO WIEDZIEĆ

Organ nadzoru oczekuje, że Rekomendacje będą zaimplementowane przez zakłady ubezpieczeń nie później niż do dnia 1 lipca 2016 r. W odniesieniu do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, zawartych przed dniem 1 lipca 2016 r. Rekomendacje mają zastosowanie wobec osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej i/lub zamierzających przystąpić do umowy po tej dacie.





WYBRANE DEFINICJE ZAWARTE W REKOMENDACJACH

PRODUKT

Rekomendacje jako Produkt definiują ubezpieczenie na życie, jeżeli jest związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczenie na życie, w którym świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, a także pozostałe ubezpieczenia z działu I grupy 1-4 załącznika do ustawy, mające zapewnić wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu w przypadku, gdy wartość ta w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo, bezpośrednio lub pośrednio narażona na wahania rynków.

Już ta definicja pokazuje, że nie będzie łatwo zdefiniować zamknięty katalog produktów, do których należy stosować Rekomendacje. O ile bowiem nie powinno być wątpliwości co do tego, że „klasyczne” ubezpieczenie z UFK lub też typowa struktura, albo proste ubezpieczenie terminowe, nieprzewidujące jakichkolwiek kwot z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie, nie będzie Produktem w rozumieniu Rekomendacji, o tyle ubezpieczenie kapitałowe może tutaj rodzić pewne wątpliwości. W przypadku części „kapitałówek”, zwłaszcza w przypadku produktów, gdzie klient nie godzi się na indeksację, suma ubezpieczenia wypłacana z tytułu dożycia (zakładam, że to ma na myśli KNF, mówiąc o dniu zapadalności) będzie wynikała wprost z treści polisy i jej wysokość będzie niezależna od jakichkolwiek zewnętrznych czynników. Sprawa zaczyna się jednak komplikować, gdy zaczynamy mówić o „kapitałówkach” z udziałem ubezpieczonego w zysku z tytułu inwestowania rezerw. W takim wypadku wartość wykupu, jak też suma ubezpieczenia, wypłacana po dożyciu wieku oznaczonego w umowie, będą w części pochodną wahań na rynkach. Oczywiście ta „część” będzie niewspółmiernie mała w stosunku do całej sumy ubezpieczenia lub wartości wykupu, niemniej należy założyć, że tego rodzaju „kapitałówka” będzie Produktem w rozumieniu Rekomendacji. Podobne wątpliwości może też niestety budzić klasyfikacja produktów oferowanych w bankach jako zabezpieczenie zobowiązań kredytowych klienta, gdzie suma ubezpieczenia jest pochodną aktualnego poziomu zadłużenia.



WYBRANE DEFINICJE ZAWARTE W REKOMENDACJACH

KLIENT

Za Klienta Rekomendacja uznaje osobę fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia na życie dotyczącą produktu. Pod pojęciem klienta w zakresie umowy ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu pierwszym, należy rozumieć także osobę poszukującą ochrony ubezpieczeniowej i/lub zamierzającą skorzystać jako ubezpieczony z umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Wniosek oczywisty – Rekomendacje nie dotyczą osób prawnych i wniosek nieoczywisty – przedsiębiorcy/osoby fizyczne, chyba również powinni być uznani za Klienta w rozumieniu Rekomendacji z braku postępowania się pojęciem konsumenta.

Badanie adekwatności produktu, czyli działania podejmowane przez zakład ubezpieczeń i osoby działające w jego imieniu na etapie poprzedzającym oferowanie produktu, obejmujące badanie potrzeb, wiedzy, doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń i sytuacji finansowej klienta w celu dokonania analizy, jaka umowa będzie adekwatna dla jego potrzeb. Nie rozwodząc się póki co zbyt szeroko na temat tego pojęcia, warto jedynie zwrócić uwagę na to, że analiza klienta w rozumieniu nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 21 ust. 1) odwołuje się do doświadczeń klienta w dziedzinie ubezpieczeń na życie, a nie szeroko w dziedzinie ubezpieczeń, co proponuje się w Rekomendacji.



REKOMENDACJE

”

„Zarząd zakładu ubezpieczeń jest odpowiedzialny za opracowanie – w formie pisemnej – wprowadzenie i funkcjonowanie zasad i procedur badania adekwatności produktu.”

1

1

W ramach tej rekomendacji, w części szczegółowej, KNF zaleca, aby zarząd zakładu ubezpieczeń określił zasady i procedury badania adekwatności produktu, których funkcjonowanie będzie podlegać jego bezpośredniej kontroli. Zasady te powinny obejmować, co najmniej procesy planowania, organizowania, kontrolowania oraz raportowania działań zarządczych oraz opis ról uczestników procesu badania adekwatności produktu.

KNF rekomenduje, aby zasady dotyczące badania adekwatności produktu uwzględniały w szczególności:

1. wprowadzenie reguł pozyskiwania klientów z poszanowaniem dobrych obyczajów,
2. stworzenie reguł działań informacyjno – marketingowych w celu zapewnienia klientom:
 - a) informacji o istocie produktu, zakresie ochrony i wyłączeń spod tej ochrony,
 - b) informacji o okresie ochrony ubezpieczeniowej, przesłankach i skutkach jej przerwania,
 - c) czytelnej informacji o dobrowolnym charakterze ubezpieczenia,
 - d) dostępu do dokumentacji ubezpieczeniowej związanej z etapem zawarcia umowy lub przystąpienia do niej, wykonywania umowy, jak też dotyczącej realizacji roszczenia,
 - e) informacji o ryzyku inwestycyjnym ze wskazaniem, że inwestowanie wiąże się z ponoszeniem ryzyka oraz określeniem w jakim zakresie ryzyko inwestycji ponosi klient, a w jakim zakład ubezpieczeń (Rekomendacje wskazują również, w jaki sposób powinny być przedstawiane klientom symulacje prognozowanej stopy zwrotu),
 - f) informacji o niespełnieniu wymogów zawarcia/przystąpienia do ubezpieczenia,
3. stworzenie mechanizmów zapobiegających budowaniu u klienta poczucia niezbędności posiadania ubezpieczenia, poprzez wywieranie presji celem zawarcia umowy ubezpieczenia,
4. informowanie o opłatach.

Podobnie też reguły w obszarze działań informacyjno-marketingowych, biorąc pod uwagę ich zakres, mogą być dość trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Pytanie też, jak te reguły mają się do ustawowych obowiązków zakładów ubezpieczeń? W mojej ocenie, z uwagi na to, że Rekomendacje KNF nie mogą wykraczać poza zakres regulacji ustawowych, w obszarze tychże reguł ubezpieczyciele powinni po prostu odwołać się do obowiązków informacyjnych wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

Dość niejasne jest też oczekiwanie, aby w zasadach dotyczących badania adekwatności produktu tworzono mechanizmy zapobiegające budowaniu u klienta poczucia niezbędności posiadania ubezpieczenia poprzez wywieranie presji celem zawarcia umowy ubezpieczenia. Przecież istotą analizy potrzeb, wynikającą zarówno z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, jak też z pozostałych Rekomendacji, jest właśnie wykazanie klientowi, że z uwagi na jego sytuację, cele i potrzeby, dany produkt jest dla niego niezbędny. Na dobrą sprawę w innym wypadku takie ubezpieczenie nie może być mu zaoferowane. Ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym pełnią najczęściej rolę dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego i biorąc pod uwagę obecną i prognozowaną sytuację wypłat z ZUS, każdy rozsądny człowiek, dysponujący nawet niewielkimi środkami, które może przeznaczyć na uzupełnienie przyszłej, państwowej emerytury, powinien taki lub podobny produkt nabyć. W tym kontekście z całą pewnością można mówić o niezbędności posiadania ubezpieczenia. Wobec tego zasadne pozostaje pytanie o to, jak właściwie dzisiaj zakłady ubezpieczeń powinny budować strategie sprzedażowe, których elementem są właśnie narzędzia pozwalające sprzedawcy na wskazywanie klientowi, dlaczego w jego przypadku ubezpieczenie wydaje się być niezbędne.

Już na pierwszy rzut oka widać, że stworzenie zasad dotyczących badania adekwatności produktu nie będzie zadaniem łatwym. Bo właściwie jak powinny wyglądać reguły pozyskiwania klientów z poszanowaniem dobrych obyczajów. Klauzula generalna dobrych obyczajów jest pojęciem na tyle szerokim, że trudno „ubrać” ją w precyzyjnie określony zakres. W efekcie nie sposób przewidzieć wszelkich możliwych sytuacji, w których może dojść do naruszenia dobrych obyczajów w związku z pozyskiwaniem klientów.

”

„Zarząd zakładu ubezpieczeń może powierzyć obowiązek opracowania i zapewnienia funkcjonowania procedur badania adekwatności produktu wyznaczonym przez siebie osobom.”

2

Osoby wyznaczone przez zarząd zakładu ubezpieczeń powinny być odpowiedzialne za przygotowanie, wprowadzenie i prawidłowe stosowanie procedur badania adekwatności produktu (Rekomendacja 2.1). Warto przypomnieć, że zgodnie z Rekomendacją 1.1., to zarząd zakładu ubezpieczeń powinien określić zasady i procedury badania adekwatności produktu, których funkcjonowanie będzie podlegać jego bezpośredniej kontroli. Jak widać ta Rekomendacja mówi zarówno o zasadach, jak i o procedurach badania adekwatności produktu. Z kolei Rekomendacja 2.1. wspomina już tylko o procedurach badania adekwatności produktu. Stąd wniosek, że zarząd ubezpieczyciela może powierzyć wyznaczonym przez siebie osobom jedynie przygotowanie, wprowadzenie i prawidłowe stosowanie procedur badania adekwatności produktu, natomiast stworzenie zasad badania adekwatności produktu jest wyłącznym obowiązkiem zarządu.

Do podstawowych zadań osób wyznaczonych przez zarząd powinno należeć:

- a) zapewnienie zgodności procedur wewnętrznych z przyjętymi przez zarząd zasadami badania adekwatności produktu,
- b) określenie zakresu obowiązków i odpowiedzialności oraz zasad kontroli pracowników zaangażowanych w proces badania adekwatności produktu,
- c) zapewnienie okresowej kontroli i weryfikacji procedur oraz kryteriów wprowadzania zmian i przeprowadzania weryfikacji bądź odstąpienia od jej przeprowadzenia.

Procedury powyższe powinny też określać sposób wyrażania zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia z klientem w przypadku braku adekwatności produktu. W szczególności, zasady te powinny wskazywać osoby (stanowiska) właściwe do wyrażenia zgody, o której mowa w Rekomendacji 9.2 (zgoda na zawarcie umowy z klientem w przypadku, gdy produkt jest nieadekwatny do potrzeb lub możliwości klienta, a składka przekracza wartość wskazaną w Rekomendacji 9.2.)

”

„Zarząd zakładu ubezpieczeń powinien przeprowadzać regularne oceny funkcjonowania procedur badania adekwatności produktu oraz informować radę nadzorczą o wynikach tych ocen.”

3

Kolejny punkt tej Rekomendacji (3.1), wskazuje, że ocena funkcjonowania procedur badania adekwatności produktu powinna w szczególności obejmować sprawdzanie prawidłowości ich realizacji oraz wnioski i ewentualne propozycje wprowadzenia zmian. To oznacza, że ocena dokonywana przez zarząd nie może mieć charakteru pobieżnego i nie może ograniczać się jedynie do prostego stwierdzenia w sprawozdaniu z posiedzenia zarządu o zapoznaniu się z oceną. Zarząd powinien przede wszystkim weryfikować to na ile zasady i procedury badania adekwatności produktu spełniają wymogi wynikające z przepisów prawa i Rekomendacji w zakresie właśnie badania adekwatności produktu. Jeżeli w tym zakresie zostaną stwierdzone jakiegokolwiek niedociągnięcia lub nieprawidłowości, wówczas konieczne będzie zaproponowanie odpowiednich zmian w obowiązujących zasadach lub procedurach.

Minimalną częstotliwość przeprowadzania ocen funkcjonowania procedur dotyczących badania adekwatności produktu, ustalana przez zarząd, to nie mniej niż jedna ocena w roku (3.2). Wyniki oceny powinny być niezwłocznie, jednakże nie później niż na kolejnym posiedzeniu rady nadzorczej, przypadającym po uzyskaniu wyników oceny, przekazane do wiadomości rady nadzorczej.

”

„Rada nadzorcza, w ramach wypełniania swoich funkcji i odpowiedzialności za system zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń, powinna monitorować realizację zasad i procedur badania adekwatności produktu z częstotliwością umożliwiającą uzyskanie informacji o zmianach ryzyka w zakresie wynikającym z ich realizacji.”

4

4

Zgodnie z pkt 4.1 tej Rekomendacji, Rada nadzorcza powinna otrzymywać informacje pozwalające na ocenę realizacji zasad i procedur dotyczących badania adekwatności produktu, przy czym częstotliwość raportowania do rady nadzorczej powinna być uzależniona od skali działalności zakładu ubezpieczeń oraz zidentyfikowanego ryzyka.

Trudno jednoznacznie ocenić, w jaki sposób skala działalności zakładu ubezpieczeń powinna przekładać się na częstotliwość raportowania, ale z całą pewnością, stosownie do Rekomendacji 3.3, ta częstotliwość powinna być nie mniejsza niż raz do roku. Kolejny punkt 4.2 omawianej Rekomendacji zawiera obowiązki zakładu ubezpieczeń w zakresie compliance. Zgodnie z tym punktem rada nadzorcza powinna w szczególności otrzymywać informacje w zakresie zmian otoczenia prawnego mającego wpływ na badanie adekwatności produktu. W efekcie zadania zespołu compliance powinny zostać poszerzone o obowiązek monitorowania i raportowania zmian w tym zakresie.

”

„Zakład ubezpieczeń powinien badać z najwyższą starannością adekwatność produktu do potrzeb i możliwości klienta, które to możliwości identyfikowane są przez jego wiedzę, doświadczenie w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuację finansową.”

5

Badając adekwatność produktu do potrzeb i możliwości klienta, zakład ubezpieczeń powinien pozyskać informacje na temat potrzeb i możliwości klienta, przed proponowaniem produktu, a pozyskane informacje powinny być odpowiednie do natury i złożoności produktu. Informacje powinny być pozyskane od klienta w formie ankiety (o samej ankiecie napiszemy więcej już wkrótce), sporządzonej na piśmie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, przy czym zakład ubezpieczeń może sporządzić ankietę za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, jeżeli klient, mając możliwość wyboru pomiędzy przekazaniem informacji na piśmie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, wskaże wyraźnie ten drugi sposób.

Pierwsza wątpliwość, to „najwyższa staranność”. Nie wchodząc w szczegółową analizę tego sformułowania, warto jedynie wskazać, że nasz system prawny posługuje się zasadniczo pojęciem „należytej staranności”, czyli staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Inaczej ocenia się staranności wymaganej od profesjonalisty, ale to ciągle będzie „należyta staranność”, którą należy w takim wypadku oceniać przez pryzmat prowadzonej działalności gospodarczej. W efekcie, w mojej ocenie, ta „najwyższa staranność”, o jakiej mówi Rekomendacja, to właśnie staranność jakiej można oczekiwać od profesjonalisty.

Jak już wyżej wskazano – samej ankiecie poświęcone będzie osobne omówienie (postaramy się też przygotować propozycję takiej ankiety), ale dodatkowa kwestia, nad którą warto się zastanowić, to forma, w jakiej ta ankieta powinna być sporządzona. Rekomendacja mówi o formie pisemnej (czyli chodzi w tym wypadku po prostu o wypełnienie ankiety na papierze), ale też o możliwości sporządzenia ankiety za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Rekomendacja nie definiuje przy tym pojęcia takich środków, więc rozsądne wydaje się w tym wypadku odwołanie do definicji zawartej w ustawie z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Zgodnie z tą ustawą środki komunikacji elektronicznej, to rozwiązania techniczne, w tym urządzenia teleinformatyczne i współpracujące z nimi narzędzia programowe, umożliwiające indywidualne porozumiewanie się na odległość przy wykorzystaniu transmisji danych między systemami teleinformatycznymi, a w szczególności poczta elektroniczna. W efekcie, środkiem komunikacji elektronicznej będzie email, ale też w mojej ocenie należy dopuścić wypełnienie ankiety na dedykowanym portalu zakładu ubezpieczeń, o ile oczywiście portal pozwoli na jednoznaczne przypisanie danej ankiety konkretnemu klientowi.

Należy też pamiętać, że skorzystanie ze środków komunikacji elektronicznej wymaga wcześniejszej zgody klienta i klientowi, przed wyrażeniem takiej zgody, należy zapewnić rzeczywisty wybór pomiędzy formą pisemną ankiety, a wykorzystaniem komunikacji elektronicznej.

Wiemy, już, że zgodnie z treścią Rekomendacji 5 zakład ubezpieczeń powinien z najwyższą starannością badać adekwatność produktu do potrzeb i możliwości klienta, które to możliwości identyfikowane są przez jego wiedzę, doświadczenie w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuację finansową.

Bazą dla dokonania analizy potrzeb jest ankieta dotycząca potrzeb i możliwości klienta. Zanim jednak przejdę do treści samej Rekomendacji warto pamiętać, że minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego dotyczy również Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. Rekomendacje odnoszące się do treści ankiety powielają w części postanowienia tego rozporządzenia, zawierając jednak doprecyzowanie odnośnie tego w jaki sposób poszczególne pytania wskazane w ankiecie, a wynikające z rozporządzenia, powinny być rozwinięte w treści ankiety.

Ankiecie poświęcona jest Rekomendacja 6 i Rekomendacja 7.





„Ankieta zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzeb klienta powinna zawierać pytania odnoszące się do badania, co najmniej:

- *celu zawarcia lub przystąpienia do umowy ubezpieczenia,*
- *poziomu ryzyka inwestycyjnego, jaki klient jest w stanie zaakceptować*
- *w ramach realizacji wskazanego celu,*
- *preferowanej częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej,*
- *preferowanego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia na życie,*
- *wieku klienta.”*



Odnosząc się do celu umowy, Rekomendacja w pkt 6.1. wskazuje, że w zakresie pytania dotyczącego celu zawarcia lub przystąpienia do umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń powinien pozyskać informacje, czy klient poszukuje produktu ochronnego, czy ochronno-inwestycyjnego oraz informacje dotyczące proporcji przeznaczenia składki na część ochronną i inwestycyjną ubezpieczenia. Już na podstawie tego punktu widać, że KNF właściwie nie dopuszcza opcji czysto inwestycyjnej, a za taki z całą pewnością należałoby uznać produkt z minimalną sumą ubezpieczenia, albo też z sumą ubezpieczenia równą wartości jednostek uczestnictwa UKF na danej polisie.

Dodatkowo, co z takim celem jak chociażby zabezpieczenie przyszłych, dodatkowych świadczeń emerytalnych. Być może taki cel należałoby zakwalifikować właśnie do kategorii ubezpieczeń ochronno-inwestycyjnych. Omawiany punkt wskazuje również na konieczność podania informacji dotyczącej proporcji przeznaczenia składki na część ochronną i inwestycyjną ubezpieczenia. To może być problem dla większości oferowanych dzisiaj produktów z UKF, gdzie składka jest w całości inwestowana, a dopiero potem, poprzez umorzenie określonej liczby jednostek uczestnictwa, pokrywany jest koszt ochrony. W efekcie trudno będzie w takim wypadku wydzielić część ochronną od części inwestycyjnej składki. Cóż, możemy w tym wypadku mówić albo o ignorancji urzędu nieznającego specyfiki tego rodzaju produktów, co raczej należy wykluczyć, albo o celowym działaniu zmierzającym do faktycznego wyeliminowania z rynku produktów, w których już na początku składka nie jest wyraźnie dzielona na część ochronną i część inwestycyjną.

Osobiście jestem za tą ostatnią opcją. Z kolei w zakresie pytania dotyczącego poziomu ryzyka inwestycyjnego, jaki ubezpieczający lub ubezpieczony jest w stanie zaakceptować w ramach realizacji wskazanego celu, zakład ubezpieczeń powinien pozyskać informacje dotyczące poziomu akceptacji przez klienta straty składki zainwestowanej w trakcie jak również na koniec inwestycji. Zakład ubezpieczeń powinien pozyskać informację, czy klient zamierza opłacać składkę jednorazowo, czy np. miesięcznie, kwartalnie, rocznie. W zakresie pytania dotyczącego preferowanego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń powinien pozyskać informację na jaki okres klient zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia. Należy chyba założyć, że może być to zarówno czas określony ale też – czas nieokreślony.

”

„Ankieta zakładu ubezpieczeń w zakresie możliwości klienta powinna zawierać pytania odnoszące się do badania jego wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej w związku z zawarciem lub przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w tym dotyczące co najmniej:

- wiedzy oraz jej źródeł w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów
- inwestycyjnych,
- rodzajów dokonanych inwestycji w zakresie ubezpieczeń na życie oraz
- produktów inwestycyjnych w ciągu ostatnich 5 lat;
- bieżącej sytuacji finansowej ubezpieczającego lub ubezpieczonego.”

7

W odniesieniu do pytania dotyczącego wiedzy oraz jej źródeł w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych, ankieta zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pytania dotyczące, co najmniej:

- a) poziomu i profilu wykształcenia oraz zawodu klienta,
- b) doświadczenia w sektorze finansowym, nabytego w związku z wykonywaniem zawodu lub działalności wymagających wiedzy o rynku finansowym i jego produktach.

Z kolei co do rodzajów dokonanych inwestycji w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych w ciągu ostatnich 5 lat ankieta zakładu ubezpieczeń powinna zawierać stosowne pytania dotyczące, co najmniej:

- a) zawartych w ciągu ostatnich 5 lat umów ubezpieczenia, o których mowa w definicji produktu,
- b) umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, o których mowa w definicji produktu, do których klient przystąpił w ciągu ostatnich 5 lat,
- c) zawartych w ciągu ostatnich 5 lat umów, których przedmiotem było nabycie produktów inwestycyjnych (m.in. akcji, obligacji, jednostek uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, lokat bankowych),
- d) charakterystyki ryzyka inwestycyjnego związanego z uprzednio nabytymi produktami, o których mowa w lit. a i b,
- e) motywacji klienta, która kierowała nim w przypadku nabycia produktów, o których mowa w lit. a i b.

O ile większość przedstawionych pytań wydaje się dość oczywista, biorąc pod uwagę cel sporządzania takiej ankiety (pomijam, na ile klient może dysponować wszystkimi niezbędnymi informacjami w tym zakresie), to z całą pewnością zaskoczeniem może być pytanie o motywacje klienta kupującego wcześniej ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym. Trudno znaleźć racjonalne uzasadnienie dla stawiania klientom tego rodzaju pytań. Bo czy odpowiedź w stylu „motywowała mnie chęć zysku” ma jakiegokolwiek znaczenie dla analizy możliwości klienta nabywającego obecnie ubezpieczenie?

Ostatnia grupa zagadnień obejmujących ocenę możliwości klienta, to pytania dotyczące jego bieżącej sytuacji finansowej.

7

Ankieta powinna zawierać w tym zakresie pytania dotyczące, co najmniej:

- a) przybliżonej wartości miesięcznego dochodu netto, za który uważa się średni miesięczny przychód obliczony na podstawie przychodów za sześć miesięcy poprzedzających wypełnienie ankiety, pomniejszony o zaliczkę na poczet podatku dochodowego od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenie społeczne, alimenty na rzecz innych osób oraz wydatki z tytułu zobowiązań kredytowych i finansowych,
- b) stabilności dochodu, o którym mowa w lit. a), w szczególności, czy źródłem dochodu jest umowa o pracę, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna lub własna działalność gospodarcza,
- c) przybliżonej wartości oszczędności,
- d) posiadanych produktów inwestycyjnych (m.in. akcji, obligacji, jednostek uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, lokat bankowych, umów ubezpieczenia na życie),
- e) przybliżonej wysokości miesięcznych zobowiązań finansowych,
- f) procentu/ułamek oszczędności lub dochodu miesięcznego netto, jaki klient zamierza przeznaczyć na finansowanie składki,
- g) możliwości bądź braku możliwości opłacania składki regularnej w określonej wysokości.

O ile zakres pytań nie powinien nikogo zaskakiwać, biorąc pod uwagę kolejną Rekomendację, o tyle poważne wątpliwości może budzić to, skąd w ogóle tak szczegółowe pytania. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, regulując kwestia analizy potrzeb, wspomina o ocenie sytuacji finansowej klienta, podobnie rozporządzenie Ministra Finansów z 2 lutego 2016 roku w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego, wskazuje jedynie na analizę bieżącej sytuacji finansowej ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Jednak trudno zakładać, aby tego rodzaju analiza musiała obejmować aż tak szczegółowe dane.

W mojej ocenie jest to prosty sposób na zniechęcenie klienta do wypełnienia ankiety, bo zapewne niewielu znajdzie się takich, którzy będą chętnie ujawniać przed pośrednikiem ubezpieczeniowym tak szczegółowe dane o swoim majątku. Formalnie rzecz biorąc można było poprzestać na prostym pytaniu o szacowane miesięczne dochody, szacowane miesięczne obciążenia i szacowaną wartość aktywów.

Zakładając pełną implementację Rekomendacji, ubezpieczyciele życiowi będą posiadali bardzo wrażliwe dane finansowe swoich klientów, które z całą pewnością należy chronić jeszcze lepiej, niż chociażby dane zdrowotne. Bez wątplenia mogą to też być bardzo ciekawe bazy z punktu widzenia organów kontroli skarbowej.

Jednak pytanie zasadnicze – czy to wszystko jest rzeczywiście potrzebne, aby ktokolwiek mógł kupić ubezpieczenie?

”

„Zakład ubezpieczeń powinien zaproponować klientowi produkt, który odpowiada zarówno jego potrzebom, jak i możliwościom. Propozycja przedstawiona przez zakład ubezpieczeń powinna zostać sporządzona na piśmie lub, zgodnie z pkt 8.7 Rekomendacji, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej i zawierać uzasadnienie, w jaki sposób zaproponowany produkt jest adekwatny do potrzeb i możliwości klienta.”

8

Zgodnie z pkt 8.1, zakład ubezpieczeń nie może rekomendować produktu, w przypadku gdy z oświadczenia klienta wynika, że zamierza zawrzeć wyłącznie umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku (z działu I grupy 1 załącznika do ustawy) w której świadczenie stanowić będzie określoną w momencie zawierania umowy wartość pieniężną lub umowę ubezpieczenia rentowego (z działu I grupy 4 załącznika do ustawy), w ramach której zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do spełnienia świadczeń o określonej w momencie zawarcia umowy wysokości.

Zakład ubezpieczeń powinien też zaproponować klientowi produkt na podstawie analizy informacji zawartych w ankiecie oraz na podstawie analizy produktów występujących w jego ofercie. W przypadku, gdy zakład ubezpieczeń może zaproponować więcej niż jeden produkt, powinien wskazać klientowi istotne różnice występujące między nimi. Zakład ubezpieczeń, ustalając produkt odpowiedni do potrzeb i możliwości klienta, powinien uwzględnić przybliżoną wartość jego miesięcznego dochodu netto oraz stałe wydatki obciążające jego gospodarstwo domowe. W przypadku produktu ze składką regularną bieżące zobowiązanie z tytułu składki nie powinno przekraczać 50% dochodu za okres, którego dotyczy składka, do obliczenia którego stosuje się odpowiednio Rekomendację 7 pkt 7.3 a). Tutaj warto zapytać, a co w sytuacji, gdy analiza finansowa wykaże, że składka regularna przekroczy wskazany poziom dochodu? Czy to oznacza, że zakład ubezpieczeń w ogóle nie może oferować takiego produktu, czy też powinien w tym wypadku dążyć do obniżenia składki. Ponadto, czy w takiej sytuacji, jeżeli klient mimo wszystko zażąda zawarcia takiej umowy, to zakład powinien odmówić, czy też wola klienta będzie w tym wypadku decydująca? Póki co trudno jest znaleźć odpowiedź na te pytania.

Punkt 8.4. omawianej Rekomendacji wskazuje, że propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia ze składką regularną nie może być adresowana do osób:

- a) w wieku emerytalnym, określonym w art. 24 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j.: Dz.U. z 2015 r., poz. 748 ze zm.),
- b) dysponujących jedynie jednorazową kwotą środków pieniężnych, które chcą ulokować w sposób gwarantujący im stabilny i nieobarczony ryzykiem zysk,
- c) nieposiadających dochodów na poziomie umożliwiającym wykonanie umowy.

Pomijając szereg wątpliwości, jakie rodzi ten punkt, począwszy od tego, czy oferta do takich klientów w ogóle nie może być adresowana (co byłoby o tyle dziwne, że dopiero ankieta wykaże z jaką osobą mamy do czynienia), poprzez to, co zrobić w sytuacji upartego klienta, który mimo wszystko zażąda zawarcia umowy, poważne wątpliwości budzi w mojej ocenie zakaz adresowania oferty do osób w wieku emerytalnym. W mojej ocenie jest to przykład regulacji o charakterze dyskryminacyjnym (dyskryminacja z uwagi na wiek), co w naszym systemie prawnym jest niedopuszczalne. Z całą pewnością warto poświęcić temu zagadnieniu oddzielną, bardziej szczegółową analizę.

Propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia ze składką regularną powinna być dedykowana osobom, których wiek wskazuje na to, że w całym okresie na jaki zawarta będzie umowa utrzymają aktywność zawodową lub będą posiadać zdolność do finansowania składki (pkt 8.5. Rekomendacji). W mojej ocenie wykonanie tego punktu rekomendacji jest właściwie niemożliwe. W dzisiejszych czasach, zarówno z uwagi na zmieniające się otoczenie prawne, ale też wydłużający się czas naszego życia, trudno będzie wskazać jak długo określona osoba zachowa aktywność zawodową, a tym bardziej – będzie posiadać zdolność do finansowania składki. Ponadto, propozycja zawarcia umowy ubezpieczenia powinna być dedykowana osobom poinformowanym o ryzykach, jakie z danej umowy wynikają, skłonnych do zaakceptowania ryzyka utraty części, a w przypadku niektórych umów nawet całości zainwestowanej składki. Jeżeli klient wypełnił ankietę za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, propozycja produktu odpowiadającego jego potrzebom i możliwościom może być przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

”

„Jeżeli z analizy informacji zawartych w ankiecie wynika, że zakład ubezpieczeń nie posiada produktu odpowiedniego do potrzeb i możliwości klienta, niezwłocznie przekazuje klientowi tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego produktu. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie na podstawie pisemnego żądania klienta.”

9

Ocena odpowiedniości produktu powinna być dokonana m.in. zgodnie z zasadami wynikającymi z Rekomendacji 8, już wcześniej omówionej. Jeżeli analiza wykaże, że w ofercie towarzystwa brak jest odpowiedniego produktu, to nie oznacza to braku możliwości zawarcia umowy z takim klientem. Jednakże taka umowa będzie mogła być zawarta jedynie po uzyskaniu pisemnego oświadczenia woli klienta zawierającego jednoznacznie określone żądanie zawarcia umowy ubezpieczenia. Klient powinien także oświadczyć, że został poinformowany o braku adekwatnego produktu, w tym wskazać potrzeby lub możliwości, w zakresie których zakład ubezpieczeń stwierdził nieadekwatność (pkt 9.1. Rekomendacji). Żądanie klienta zawarcia umowy ubezpieczenia, powinno być też zawarte w odrębnym dokumencie.

Ponadto, niezależnie od powyższych wymogów, jeżeli produkt jest nieadekwatny do potrzeb lub możliwości klienta i jednocześnie:

- a) składka jednorazowa przewyższa równowartość dwunastokrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym lub
- b) w przypadku składki płatnej cyklicznie - jej wysokość za jeden rok umowy ubezpieczenia przewyższa równowartość trzykrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym,

zawarcie umowy z klientem wymaga zgody osoby, o której mowa w Rekomendacji 2 pkt 2.3. Chodzi o osoby (stanowiska) wskazane w przyjętych w zakładzie ubezpieczeń procedur badania adekwatności produktu, uprawnione do wyrażenia zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia w okolicznościach wskazanych w pkt a lub b powyżej.

Zakład ubezpieczeń nie może też rekomendować zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli byłoby to działaniem wyłącznie we własnym interesie zakładu ubezpieczeń lub podmiotu, z którym jest blisko powiązany, przez co należy rozumieć bliskie powiązania zdefiniowane w art. 3 pkt 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o nadzorze uzupełniającym nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń, zakładami reasekuracji i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratu finansowego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1406 ze zm.). Zdefiniowane bliskich powiązań nie powinno rodzić większych problemów.

Wskazana ustawa mówi o takich powiązaniach przez:

- a) znaczący udział kapitałowy w innym podmiocie lub
- b) pozostawanie z innym podmiotem w stosunku dominacji lub zależności, lub
- c) posiadanie jako akcjonariusz, wspólnik lub udziałowiec innego podmiotu uprawnienia do wykonywania większości praw głosu na podstawie umowy o zarządzanie, o której mowa w art. 7 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych, lub innej umowy o podobnym charakterze zawartej z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub udziałowcami tego podmiotu.

Jednakże określenie tego czym jest działanie wyłącznie we własnym interesie zakładu ubezpieczeń lub podmiotu, z którym zakład jest blisko związany, może już rodzić pewne wątpliwości. Czy sytuacja, w której ubezpieczyciel, oferujący ubezpieczenie z UFK, zaproponuje klientowi, za jego wiedzą, fundusz wysokiego ryzyka i klient poniesie straty, a z kolei ubezpieczyciel zarobi pobierając chociażby stosowne opłaty, będzie działaniem wyłącznie we własnym interesie zakładu? Obawiam się, że bez dodatkowych wyjaśnień ze strony KNF w tym zakresie lub też bez pierwszych rozstrzygnięć nadzorczych, trudno będzie tutaj wypracować jakąś jednoznaczną i nie budzącą wątpliwości wykładnię.



„Przed pozyskaniem informacji dotyczących potrzeb i możliwości zakład ubezpieczeń powinien poinformować klienta, że przekazanie tych informacji jest dobrowolne, a odmowa ich przekazania uniemożliwia ustalenie jaki produkt jest odpowiedni do potrzeb i możliwości klienta. Zakład ubezpieczeń powinien uzyskać od klienta potwierdzenie na piśmie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, że klient otrzymał powyższą informację.”

A large, dark red number '10' is centered within a white circle that has a soft grey shadow. A horizontal dotted line extends from the left edge of the page to the left side of the circle.

Rekomendacja 10 wydaje się być, na pierwszy rzut oka, dość oczywista. Jednakże nie jest całkowiec jasne to, w jaki sposób powinien zachować się ubezpieczyciel, kiedy klient odmówi sporządzenia ankiety (i szczerze mówiąc to może być najczęstszy przypadek, biorąc pod uwagę zakres informacji, jakie mają być przez klienta ujawnione). Zgodnie z Rekomendacją 9, wcześniej już omawianą, jeżeli z analizy informacji zawartych w ankiecie wynika, że zakład ubezpieczeń nie posiada produktu odpowiedniego do potrzeb i możliwości klienta, niezwłocznie przekazuje klientowi tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego produktu. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie na podstawie pisemnego żądania klienta.

Co się jednak dzieje w sytuacji, gdy klient w ogóle odmówi wypełnienia ankiety? Czy tę sytuację również należy potraktować jako brak produktu adekwatnego do potrzeb, z uwagi na brak możliwości zdiagnozowania takich potrzeb. Jeżeli tak, to czy wówczas umowa ubezpieczenia mogłaby być zawarta jedynie na bazie pisemnego żądania klienta? W mojej ocenie tak właśnie należałoby postąpić, zwłaszcza, gdy spojrzymy na tę rekomendację przez pryzmat art. 21 ust 4 w zawiązku z art. 21 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Idąc dalej – co w sytuacji, gdy klienta odmówi odpowiedzi jedynie na część pytań zawartych w ankiecie? Z założenia jedynie analiza kompletu informacji zawartych w ankiecie powinna być podstawą do przedstawienia odpowiednich rekomendacji klientowi. W efekcie, brak wypełnienia części ankiety, powinien być w mojej ocenie uznany za brak zgody na całościowe sporządzenie ankiety i takiego klienta należałoby potraktować zgodnie z procedurą właściwą klientowi, który już na początku w ogóle odmówił sporządzenia ankiety.

”

„Zakład ubezpieczeń powinien dokumentować proces badania adekwatności produktu.”

11

Rekomendacja 11 dotyczy dość istotnego obszaru aktywności zakładu ubezpieczeń, generującego też znaczne koszty, a mianowicie dokumentowania i, w domyśle archiwizowania, materiałów związanych z procesem badania adekwatności produktu. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń powinien przechowywać ankiety oraz wszystkie dokumenty związane z ustalaniem produktu adekwatnego do potrzeb i możliwości klienta do czasu przedawnienia roszczeń wynikających z zawartej umowy. Zgodnie z treścią art. 819 Kodeksu cywilnego, roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

W praktyce oznacza to, że dokumentacja związana z badaniem adekwatności produktu powinna być przechowywana przez okres co najmniej trzech lat od zakończenia umowy ubezpieczenia lub też od dnia, w którym zakład ubezpieczeń poinformował na piśmie uprawnionego do świadczenia o odmowie wypłaty lub też o wypłacie świadczenia jedynie w części.

Jeden egzemplarz ankiety wraz z rekomendacją produktu zakład ubezpieczeń powinien przekazać klientowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Wydaje się, że operacyjnie najlepszym rozwiązaniem będzie przekazanie klientowi tych dokumentów wraz z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, które również powinny być doręczone przez zawarcie umowy.

Dodatkowo, w przypadku zawarcia umowy na podstawie pisemnego żądania klienta, o którym mowa w Rekomendacji 9, zakład ubezpieczeń powinien przekazać klientowi kopię złożonego żądania.

”

„Przedstawiając klientowi propozycję umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń powinien zaprezentować główne cechy produktu w taki sposób oraz w takim zakresie, by umożliwić klientowi zrozumienie jego specyfiki oraz związanego z nim ryzyka.”

12

Przedstawiona Rekomendacja jest właściwie kluczowa z punktu widzenia celu, dla którego Rekomendacje dotyczące badania adekwatności produktu w ogóle wydano. Przecież cały proces oferowania produktu adekwatnego do potrzeb klienta nie miałby sensu, gdyby klient nie rozumiał, co tak naprawdę kupuje. Z tego też względu KNF nakazuje przedstawienie klientowi głównych cech produktu właśnie w taki sposób, aby zapewnić klientowi rozumienie, czym właściwie jest ubezpieczenie o charakterze inwestycyjnym i jakie może nieść za sobą ryzyka. O ile jednak cel jest, bez wątpienia, słuszny, o tyle sposób jego realizacji zaproponowany przez KNF może już rodzić wiele wątpliwości. W szczególności bardzo rozbudowany zakres informacji, jaki w tym wypadku powinien być przekazany klientowi, każe przypuszczać, że w większości przypadków klienci w ogóle nie będą zainteresowani ich analizą.

Zgodnie z pkt 12.1 omawianej Rekomendacji, informacja na temat głównych cech produktu powinna zawierać:

- a) rodzaj instrumentu bazowego (pojedynczy instrument finansowy, indeks, koszyk instrumentów finansowych),
- b) wskazanie na ryzyko utraty kapitału,
- c) istotne wiadomości na temat osiąganych dotychczas wyników inwestycyjnych produktu, jeśli był on w ofercie zakładu ubezpieczeń,
- d) profil ryzyka,
- e) wysokość opłat zastrzeżonych w umowie ubezpieczenia i załączonych do niej dokumentach,
- f) wyraźne wskazanie – w przypadku wysokości świadczenia, wartości wykupu lub opłat - które wartości są stałe, które zmienne oraz które stanowią wyłącznie symulację, o ile zakład ubezpieczeń posługuje się symulacją; w przypadku wartości będących symulacją, zakład ubezpieczeń powinien wskazać klientowi, że podana wartość stanowi wyłącznie przykład i rzeczywista wartość świadczenia może być inna, w tym znacząco niższa.

Dodatkowo, prezentując informacje na temat występującego źródła ryzyka związanego z inwestowaniem zakład ubezpieczeń powinien określić, w sposób przybliżony, wpływ jego materializacji na wartość inwestycji biorąc pod uwagę składkę zapłaconą przez klienta.

Niezwykle istotny obowiązek wynika z pkt 12.5 tej Rekomendacji, który stanowi, że zakład ubezpieczeń powinien poinformować klienta przed zawarciem umowy ubezpieczenia, czy stosuje względem proponowanego produktu specjalne praktyki sprzedażowe, popierające sprzedaż tego właśnie produktu, w szczególności: premie lub dodatkowe wynagrodzenia, stawki procentowe prowizji uzależnione od wolumenu sprzedaży produktu. Zakład ubezpieczeń powinien także informować klientów o rodzajach świadczeń dodatkowych (w tym premiach inwestycyjnych typu „kick-back”) otrzymywanych przez zakład ubezpieczeń z tytułu ulokowania w funduszu inwestycyjnym środków finansowych pochodzących ze składek ubezpieczeniowych, wraz ze wskazaniem beneficjenta świadczenia oraz wysokości tego świadczenia, o ile zostało już ona określone.

Tutaj ponownie – warto zapytać, czemu mają służyć wskazane wyżej wymogi? Przecież normalną i naturalną rzeczą jest, że w procesie sprzedaży dostawca produktu (nie ważne, czy będzie to pralka, samochód, czy też polisa ubezpieczeniowa) może zaproponować swoim przedstawicielom handlowym różnego rodzaju zachęty i premie, po to, aby zwiększyć sprzedaż. Na tym, dość prostym i oczywistym założeniu, zbudowane jest właściwie cała współczesna gospodarka. Czemu miałyby służyć przekazywanie klientowi informacji w tym zakresie? Czy miałyby to zniechęcić klienta do zakupu polisy, a może wykluczyć jakkolwiek cień konfliktu interesów (o ile w ogóle z takim konfliktem może być tutaj mowa)? Bez wątplenia podawanie klientowi kolejnej już informacji, której użyteczność dla klienta jest właściwie zerowa, spowoduje jeszcze większą niechęć klienta do przekopywania się przez setki stron dokumentacji ubezpieczeniowej i w efekcie – ryzyko niedotarcia do informacji, które są dla danego klienta rzeczywiście ważne. Wydaje się, że w zakresie wymogów informacyjnych w relacji „zakład ubezpieczeń - klient” już dawno przekroczono granice zdrowego rozsądku.

Jakby tego było mało, klientowi należy również przekazać informację o części ochronnej i części inwestycyjnej umowy ubezpieczenia oraz wyjaśnić ich odmienną funkcję i cel. Informacja ta powinna objąć także podział składki ubezpieczeniowej na część ochronną i inwestycyjną. Tutaj warto zapytać – czy powyższy obowiązek informacyjny może być zrealizowany poprzez umieszczenie w treści OWU stosownych zapisów, czy też mówimy o dodatkowym dokumencie lub informacji podanej np. ustnie, niezależnie od tego co zamieszczono w treści warunków ubezpieczenia? I niestety chyba trzeba w tym miejscu założyć, że mówimy o dodatkowych informacjach, jakie powinien otrzymać klient.

Oprócz tego, zakład ubezpieczeń, przekazując klientowi informację o wysokości i rodzajach opłat zastrzeżonych w proponowanej umowie ubezpieczenia, powinien wyraźnie oddzielić informację o wysokości opłat bieżących od wysokości opłat wstępnych (stopie alokacji) oraz opłat zastrzeżonych na wypadek wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy.

Na koniec generalne pytanie, jak mają się powyższe obowiązki w stosunku do wymogów wynikających z art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zgodnie z tym przepisem, przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń przekazuje osobie zainteresowanej zawarciem takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, podstawowe informacje dotyczące tej umowy. Informacje te obejmują w szczególności:

- a) cel i charakter umowy;
- b) wykaz przysługujących świadczeń z umowy oraz wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach umowy;
- c) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- d) określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- e) rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- f) informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje.

Nie ulega wątpliwości, że omawiana Rekomendacja wprowadza dodatkowe wymogi ponad to, co wynika z treści przytoczonego przepisu ustawy. W efekcie, w mojej ocenie, zakład ubezpieczeń powinien zastosować się w całości do treści przepisu ustawowego i jednocześnie zrealizować te dodatkowe obowiązki, które wynikają z treści Rekomendacji, chyba że skutecznie skorzysta z zasady „comply or explain”.

”

„Przedstawiając klientowi propozycję umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń powinien informować zarówno o możliwości osiągnięcia zysku, jak też poniesienia straty.”

13

Wskazana Rekomendacja wprowadza generalną zasadę podawania klientowi rzetelnej informacji o charakterze produktu ubezpieczeniowego jaki zamierza nabyć. Ponieważ z uwagi na swój charakter ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe mogą przynosić zarówno zyski, jak też straty – KNF oczekuje, że klient otrzyma stosowną informację w tym zakresie. Punkt 13.1 Rekomendacji stanowi, że zakład ubezpieczeń nie może zachęcać klienta do zawarcia umowy używając zapewnień, że z uwagi na dobre wyniki inwestycyjne w przeszłości, takie same lub wyższe wyniki zostaną osiągnięte w przyszłości.

Dodatkowo, zakład ubezpieczeń, w przypadku posługiwania się przy proponowaniu umowy ubezpieczenia wynikami dla poszczególnych produktów, powinien przekazać klientowi informację na temat wyników obejmującą co najmniej 10 lat, a w przypadku gdy produkt istnieje krócej niż 10 lat – od początku jego istnienia. Informacja powinna być przekazana w taki sposób, by wynikało z niej, jak przebiegała inwestycja na przestrzeni tych okresów, zarówno jeśli chodzi o wzrost wartości produktów, jak też obniżkę. Praktyczny wymiar tego punktu Rekomendacji powinien być taki, że zakład ubezpieczeń, pokazując klientowi historyczne wyniki, powinien prezentować je w taki sposób, aby klient nie odniósł wrażenia, że oferowany produkt generował jedynie zyski. Innymi słowy konieczne może być pokazanie takich przedziałów/jednostek czasu, aby wskazywały one na rzeczywiste zmiany wartości jednostek z uwzględnieniem zarówno wzrostu, jak i spadku cen. Dla przykładu, pokazanie wyniku danego funduszu z ostatnich 10 lat jedynie w oparciu o coroczną wartość jednostki może wskazywać na stały wzrost wartości, gdzie przy zachowaniu „próbkiowania” np. co miesiąc możliwe będzie wyraźne pokazanie zarówno wzrostów jak i spadków wartości jednostki w danym okresie.

Ostatni punkt omawianej Rekomendacji nakazuje, aby zakład ubezpieczeń nie sugerował klientowi, że określona stopa zwrotu jest gwarantowana, jeżeli w danym produkcie nie występuje taka gwarancja. To wymaganie wydaje się dość oczywiste i zrozumiałe. Jednakże z drugiej strony podawanie klientowi informacji o gwarantowanych świadczeniach, przy braku takich gwarancji, jest po prostu oszustwem, co też podlega ściganiu na podstawie stosownych przepisów kodeksu karnego.

”

„Zakład ubezpieczeń nie powinien, w stosowanych zachętach marketingowych i sprzedażowych lub podczas prezentowania produktu ukrywać istotnych jego cech, w tym ryzyka inwestycyjnego lub opłat.”

14

Omawiana Rekomendacja nawiązuje bardzo wyraźnie do treści Rekomendacji 13, która nakazuje, aby przedstawiając klientowi propozycję umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń powinien informować zarówno o możliwości osiągnięcia zysku, jak też poniesienia straty. O ile jednak Rekomendacja 13 odnosi się do etapu prezentowania klientowi propozycji ubezpieczenia, o tyle Rekomendacja nr 14 dotyczy procesu samej promocji produktu i konstruowania wszelkiego rodzaju przekazów reklamowych informujących o produkcie. W przypadku działań tego typu zakład ubezpieczeń nie powinien prezentować korzyści płynących z produktów, jeżeli jednocześnie w sposób wyraźny nie wskaże ryzyk, jakie są z nimi związane. W efekcie, chodzi o zaprezentowanie rzetelnej informacji o produkcie, „bez upiększania” rzeczywistości.

Jednakże pewne wątpliwości interpretacyjne może budzić zwrot odnoszący się do istotnych cech produktu. O jakie właściwie cechy, poza wskazanym ryzykiem inwestycyjnym i opłatach, może tutaj chodzić. Czy wystarczy podanie informacji o tym, że produkt ma charakter inwestycyjny, albo inwestycyjno-ochronny? A może należy też podać informacje o innych świadczeniach, poza sumą ubezpieczenia, jakie mogą być wypłacone przez towarzystwo. Czy w tym wypadku należy też na przykład prezentować listę postanowień warunków ubezpieczenia ograniczających odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń? Niestety póki co trudno jest dać jednoznaczną odpowiedź na te pytania.

Zgodnie z pkt 14.2 Rekomendacji wiemy jedynie, że zakład ubezpieczeń nie powinien porównywać produktów do lokaty bankowej lub innych produktów bankowych o zbliżonym profilu ryzyka, w szczególności prezentując je w taki sposób, by wywołać u klienta wrażenie, że jest to produkt taki sam jak lokata bankowa lub do niej podobny. Ten punkt to z całą pewnością wyraźne nawiązanie do polisolokat, które właściwie, z uwagi na treść tej Rekomendacji, należałoby przestać nazywać polisolokatami. Dodatkowo, zakład ubezpieczeń powinien wyraźnie wskazać klientowi, że proponowany produkt wiąże się z inwestycją w instrumenty finansowe.

”

„Zakład ubezpieczeń nie powinien, w stosowanych zachętach marketingowych i sprzedażowych lub podczas prezentowania produktu ukrywać istotnych jego cech, w tym ryzyka inwestycyjnego lub opłat.”

15

Klient, nabywając produkt ubezpieczeniowy, powinien mieć możliwość bezpośredniego kontaktu z osobą umocowaną przez zakład ubezpieczeń do wykonywania czynności związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia.

W przypadku umów ubezpieczenia na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, a o takich mowa w przypadku omawianych Rekomendacji, proces zawierania umowy jest zazwyczaj rozłożony w czasie wymaga współdziałania wielu osób. Na początkowym etapie w ten proces zaangażowany jest pośrednik, który przedstawia ofertę potencjalnemu klientowi i odbiera od niego wnioski o ubezpieczenie i wszelkie inne dokumenty i oświadczenia (np. ankietę konieczną do przeprowadzenia analizy potrzeb). Następnie wniosek wraz z ankietą trafia do osób odpowiedzialnych w zakładzie ubezpieczeń za ocenę ryzyka (jeżeli dana umowa tego typu dodatkowej oceny wymaga) i jest analizowany przez osoby odpowiedzialne za analizę potrzeb i możliwości klienta. Następnie odpowiednie osoby przygotowują rekomendację lub też propozycję ubezpieczenia klientowi. Na końcu całego procesu jest generowana polisa ubezpieczeniowa.

Z czysto prawnego punktu widzenia każda z osób zaangażowanym w wyżej opisany proces jest albo bezpośrednio (na mocy odpowiedniego pełnomocnictwa), albo pośrednio (na bazie chociażby umowy o pracę) umocowana przez zakład ubezpieczeń do wykonywania czynności związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia.

Czy to oznacza, w świetle omawianej Rekomendacji, że klient, nabywając produkt ubezpieczeniowy, powinien mieć możliwość bezpośredniego kontaktu z każdą z tych osób? Moim zdaniem taki sposób interpretacji tej Rekomendacji byłby dość absurdalny, bo możliwość bezpośredniego kontaktu z każdą taką osobą przez każdego klienta mogłaby oznaczać całkowity paraliż zakładu ubezpieczeń. Po to klienta ma możliwość kontaktu z pośrednikiem ubezpieczeniowym, albo z call center dedykowanym do obsługi klientów, żeby kontakt z innymi pracownikami nie był konieczny. Trudno jednak oceniać co autor tak mało precyzyjnej rekomendacji miał właściwie na myśli i bez dodatkowych wyjaśnień ze strony KNF trudno tutaj mówić o jakiegokolwiek jednoznacznej interpretacji omawianej Rekomendacji.

”

„Zakład ubezpieczeń powinien zapewnić wysoki poziom merytorycznego przygotowania osób zajmujących się sprzedażą produktów oraz obsługą posprzedażową.”

16

Zasadniczo przedstawiona Rekomendacja nie powinna rodzić większych wątpliwości. Jest to dość oczywiste i jasne, że osoby, które zawodowo zajmują się sprzedażą ubezpieczeń lub też ich obsługą, powinny być do tego odpowiednio przygotowane. Oczywiście można zapytać, czym jest „wysoki poziom merytorycznego przygotowania”, a przede wszystkim jak go mierzyć. Zakładam, że w przypadku osób zajmujących się sprzedażą ubezpieczeń, ten poziom jest weryfikowany i potwierdzany na etapie egzaminów dopuszczających do wykonywania czynności agencyjnych. Jednakże pkt 16.1 omawianej Rekomendacji stanowi, że zakład ubezpieczeń powinien przeszkolić pracowników zajmujących się sprzedażą produktów, członków organów podmiotów pośredniczących w sprzedaży produktów, zatrudnionych przez nich pracowników oraz osoby fizyczne pozostające z tymi podmiotami w stosunku zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze, o ile bezpośrednio zajmują się sprzedażą produktów, w takim zakresie, by byli przygotowani merytorycznie do sprzedaży tych produktów.

Podstawowa wątpliwość, to pytanie o członków organów podmiotów pośredniczących w sprzedaży produktów. Zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym obowiązek zdania egzaminu dotyczy jedynie co najmniej połowy członków organów agentów ubezpieczeniowych będących osobami prawnymi. Zresztą, w okresie obowiązywania wcześniejszych przepisów ustawy o pośrednictwie, które wprost przewidywały obowiązek szkoleniowy przed egzaminem, wymóg szkolenia dotyczył również co najmniej połowy członków organu zarządzającego osoby prawnej. W efekcie, zakład ubezpieczeń oferujący ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym i gotowy do pełnego wdrożenia omawianych Rekomendacji, będzie zobowiązany do objęcia szkoleniem wszystkich członków zarządu spółki agenta ubezpieczeniowego, mimo że w świetle obowiązującego prawa nie ma takiego obowiązku.

Warto też wskazać, że szkolenia osób zajmujących się sprzedażą produktów oraz obsługą posprzedażową powinny objąć również aspekty wyrażone w pkt 14.1, 14.2 i 14.3, czyli w Rekomendacji dedykowanej zachętom marketingowym i sprzedażowym.

Zakład ubezpieczeń powinien też zapewnić posiadanie przez osoby zajmujące się sprzedażą produktów oraz osoby wykonujące czynności związane z obsługą umów ubezpieczenia wystarczającej wiedzy z zakresu problematyki rynku finansowego i specyfiki danego produktu, m.in. poprzez:

- a) umożliwienie udziału w regularnych szkoleniach, w tym w szczególności w zakresie nowych produktów,
- b) weryfikowanie poziomu wiedzy, w szczególności na podstawie analizy zgłaszanych skarg klientów.

W konsekwencji zakład ubezpieczeń powinien na bieżąco monitorować to, na ile skargi klientów wskazują na brak odpowiedniej wiedzy ze strony pośredników lub pracowników zakładu.

”

„Zakład ubezpieczeń powinien eliminować praktyki sprzedażowe prowadzące do oferowania produktów nieadekwatnych do potrzeb i możliwości klienta.”

17

Przedstawiona Rekomendacja to bez wątpienia pokłosie wielu głośnych medialnych spraw, które miały miejsce w ostatnich latach, dotyczących oferowania klientom produktów całkowicie nieadekwatnych do ich potrzeb i możliwości, czyli tzw. missellingu.

W ramach działań związanych z wdrażaniem tej Rekomendacji zakład ubezpieczeń powinien monitorować proces sprzedaży i ustalić zasady wynagradzania, które ograniczają ryzyko oferowania produktów niedostosowanych do potrzeb i możliwości klientów. Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, jakie zasady wynagradzania ograniczają ryzyko missellingu. Właściwie każda forma wynagradzania, która premiuje sukces w postaci sprzedanego produktu, czy to w postaci prowizji, czy też dodatkowej premii, może być uznana za wynagrodzenie zwiększające wskazane ryzyko. Z drugiej jednak strony właściwie cały „sprzedażowy” świat stoi na tego typu wynagrodzeniu i trudno zakładać, żeby akurat dla rynku ubezpieczeniowego rezygnować z takiej formy wynagradzania, która premiuje aktywnych i dobrych sprzedawców. Wynagrodzenie od sukcesu jest chyba jedynym, które może efektywnie wpływać na wzrost sprzedaży. Czy zatem ubezpieczyciele powinni rezygnować z prowizji, premii, czy też z konkursów sprzedażowych? W mojej ocenie z całą pewnością nie, bo najważniejsze jest to, aby w odpowiedni sposób zarządzać siecią sprzedaży i eliminować nadużycia, a nie w sztuczny sposób ograniczać zgodne z prawem możliwości finansowania pośredników.

Z kolei pkt 17.2 omawianej Rekomendacji stanowi, że zakład ubezpieczeń powinien tak konstruować umowy z pośrednikami ubezpieczeniowymi oraz z pracownikami zajmującymi się sprzedażą produktów, by zobowiązać ich do zwrotu wynagrodzenia z tytułu pośrednictwa (prowizji), w przypadku uzyskania informacji, że są oni odpowiedzialni za błędy popełnione podczas oferowania produktów, w wyniku których klient odstępuje lub wypowiedza umowę ubezpieczenia. Z całą pewnością, w kontekście tego punktu Rekomendacji, niezbędne może okazać się zweryfikowanie treści umów agencyjnych, jakie obecnie zawierane są przez zakłady ubezpieczeń i dodanie stosownych zapisów odpowiednio adresujących wskazany punkt.

Kolejny punkt Rekomendacji - 17.3, wskazuje, że zakład ubezpieczeń powinien eliminować praktyki sprzedażowe, których celem jest budowanie u klienta poczucia niezbędności umowy ubezpieczenia poprzez wywieranie presji celem jej zawarcia. W praktyce zrealizowanie tego punktu powinno być możliwe na dwóch płaszczyznach – pierwsza, to odpowiednie szkolenia obejmujące m.in. wyjaśnianie zasad sprzedaży ubezpieczeń z uwzględnieniem wskazanego punktu, drugi, to kontrola przebiegu procesu sprzedaży. Zresztą, obowiązek systematycznych kontroli praktyk sprzedażowych, zarówno w przypadku zawierania umów przez pośredników, jak też pracowników zakładu ubezpieczeń, wynika wprost z pkt 17.4 omawianej Rekomendacji.

”

„Zakład ubezpieczeń powinien wdrożyć system kontroli wewnętrznej i funkcję audytu wewnętrznego obejmujące swoim zakresem badanie adekwatności produktu.”

18

Zgodnie z oczekiwaniami KNF, badanie adekwatności produktu powinno być stałym procesem realizowanym przez zakład ubezpieczeń w ramach systemu kontroli wewnętrznej.

Z kolei kontrola wewnętrzna powinna mieć na celu zapobieganie nieprawidłowościom wynikającym z naruszenia przepisów prawa, wytycznych i rekomendacji organu nadzoru, a także regulacji wewnętrznych zakładu ubezpieczeń.

KNF wskazuje też, że przedmiotem kontroli wewnętrznej powinny być procedury i mechanizmy dotyczące badania adekwatności produktu, uwzględniające w szczególności:

- a) jakość i skuteczność wszystkich operacji związanych z tymi procesami,
- b) jakość i skuteczność zarządzania ryzykiem wynikającym z badania adekwatności produktu,
- c) dokładność, terminowość i wiarygodność okresowego raportowania do zarządu i rady nadzorczej,
- d) podział obowiązków i odpowiedzialności związanej z tymi procesami,
- e) zgodność procedur i regulaminów zakładu ubezpieczeń z przepisami prawa, regulacjami wewnętrznymi i standardami rynkowymi.

Kontrola wewnętrzna w obszarze badania adekwatności produktu powinna być przeprowadzana z częstotliwością wynikającą ze zidentyfikowanego poziomu ryzyka. Trudno ocenić jaka ta częstotliwość tak naprawdę powinna być, jednak można chyba założyć, że im wyższy poziom ryzyka w tym obszarze został zidentyfikowany, tym większa powinna być częstotliwość kontroli.

System kontroli wewnętrznej powinien też zapewnić, aby informacja o zidentyfikowanych ryzykach w zakresie badania adekwatności produktu była w odpowiednim czasie przekazywana zarządowi zakładu ubezpieczeń. Ponownie, KNF nie wskazuje, jaki czas będzie w tym wypadku odpowiedni. Jednak tutaj również należy przyjąć, że im wyższe ryzyko zostało zidentyfikowane, tym szybciej zarząd zakładu ubezpieczenia powinien otrzymać informację na ten temat.

Przy konstruowaniu planów audytu wewnętrznego i kontroli wewnętrznej w obszarze badania adekwatności produktu, zakład ubezpieczeń powinien uwzględnić w szczególności: stopień złożoności produktów, ilość wprowadzanych do obrotu nowych lub zmodyfikowanych produktów, złożoność systemu dystrybucji produktu oraz zmiany otoczenia prawnego.

Częstotliwość przeprowadzanych audytów wewnętrznych w obszarze badania adekwatności produktu powinna być uzasadniona skalą prowadzonej działalności oraz zidentyfikowaną ekspozycją na ryzyka.

Zarząd zakładu ubezpieczeń powinien być na bieżąco informowany o wynikach audytów wewnętrznych w obszarze badania adekwatności produktu oraz zapewnić wykonanie rekomendacji wydanych po przeprowadzonych audytach wewnętrznych.



CHĘTNIE ODPOWIEM NA PAŃSTWA PYTANIA



Piotr Czublun
radca prawny

m. (+48) 501 699 636
tel. (+48) 22 826 08 58
e-mail: p.czublun@cztr.pl

ZNAJDŹ NAS NA:



Główny Partner

CZUBLUN | TRĘBICKI
CZ TR