

# REKOMENDACJA U

dotycząca dobrych praktyk  
w zakresie bancassurance

---

Wstępny komentarz do Rekomendacji U  
Komisji Nadzoru Finansowego

# Zarządzanie ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance

## REKOMENDACJA 6

Zarządzanie ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance powinno stanowić element strategii zarządzania ryzykiem w jednostce i pozostawać w zgodzie z ustalonym i zatwierdzonym apetytem na ryzyko.

**Zarządzanie ryzykiem w sektorze finansowym, a zwłaszcza w działalności bankowej jest kluczowym elementem gwarantującym stabilność i bezpieczeństwo prowadzonej działalności tak dla samego przedsiębiorcy, jak i dla jego klientów. Z tego względu w sektorze bankowym od wielu lat obowiązują już procedury związane z zarządzaniem ryzykiem. Rekomendacja 6 stanowi jedynie potwierdzenie, że dla organu nadzoru kwestia zarządzania ryzykiem jest nadal istotna, wymaga jednak doprecyzowania i dostosowania do nowych wymogów wynikających z obowiązujących aktualnie przepisów prawa, które nie obowiązywały w momencie przyjmowania Rekomendacji U z 2014 r. Rekomendacja 6 w wielu miejscach odwołuje się do wymogów wynikających z Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń co przekłada się na zaktualizowane nowe brzmienie wymogów dotyczących zarządzania ryzykiem.**

**Wdrożenie komentowanej rekomendacji przez banki, które już od dawna zarządzają ryzykiem w obszarze bancassurance należy uznać za kwestię wyłącznie formalną, polegającą przede wszystkim na doprecyzowaniu procedur pod kątem zaktualizowanych wytycznych, które nie różnią się w sposób diametralny od poprzedniej wersji Rekomendacji 6. Stanowią raczej dostosowanie ich treści do nowych realiów rynkowych oraz nowego ustawodawstwa wydanego w przeciągu 10 lat, tj. w szczególności Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. O ile zatem w przypadku banków dostosowanie się do nowego brzmienia Rekomendacji 6 nie powinno przysparzać trudności, to w przypadku pozostałych jednostek nie objętych dotychczas obowiązkiem stosowania Rekomendacji U z 2014 r., jak SKOK, może stanowić większe wyzwanie. Tym bardziej, że w przypadku Rekomendacji 6, KNF nie przewiduje możliwości stosowania przez SKOK zasady proporcjonalności, a oczekuje, że będzie ona stosowana w pełnym zakresie przez wszystkie SKOK, niezależnie od ich wielkości.**

**Rekomendacja 6 w brzmieniu z 2014 r. wskazywała ogólnie, że bank powinien podejmować czynności, które efektywnie zabezpieczą przed ryzykiem podejmowanej działalności. W aktualnym brzmieniu doprecyzowano, że zarządzanie ryzykiem powinno stanowić element szerszej strategii i odzwierciedlać ustalony i zatwierdzony w jednostce apetyt na ryzyko, tj. bieżącą jak i planowaną w przyszłości gotowość jednostki do podejmowania ryzyka.**

**Zarządzanie ryzykiem ma stanowić element strategii zarządzania ryzykiem w jednostce. Zgodnie z Rekomendacją 1 strategia prowadzenia działalności przez jednostkę jest zatwierdzana przez radę nadzorczą. Na jej podstawie zarząd jednostki opracowuje i zatwierdza określone polityki w zakresie bancassurance.**

## 6.1

Jednostka powinna zidentyfikować rodzaje ryzyka związane z oferowaniem produktów ubezpieczeniowych i zabezpieczyć się przed ryzykiem, w sposób odpowiedni do:

a. specyfiki produktu jednostki, w podziale na:

- ryzyko kredytowe, w odniesieniu do produktów ubezpieczeniowych powiązanych z produktami jednostki, stanowiących zabezpieczenie ekspozycji kredytowych, oraz
- ryzyko reputacji, ryzyko prawne oraz ryzyko braku zgodności, w odniesieniu do wszystkich produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez jednostkę;

b. charakteru relacji umownych dotyczących funkcjonowania ochrony ubezpieczeniowej (np. umowa ubezpieczenia zawarta przez klienta, umowa ubezpieczenia zawarta przez jednostkę).

*Rekomendacja 6.1. obliuguje jednostkę do identyfikacji i monitorowania ryzyk związanych z oferowaniem produktów ubezpieczeniowych oraz zabezpieczenia się przed zidentyfikowanymi ryzykami. KNF wskazuje, że kluczowe w tym zakresie jest uwzględnienie specyfiki oferowanych produktów ubezpieczeniowych, czyli de facto tego jakie konkretnie ryzyka wiążą się z danym produktem ubezpieczeniowym. Jeżeli produkt ubezpieczeniowy stanowi zabezpieczenie ekspozycji kredytowych, to jednostka zobowiązana jest zidentyfikować i zabezpieczyć ryzyko kredytowe. Zgodnie z § 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z 16.12.2008 r. w sprawie zasad tworzenia rezerw na ryzyko związane z działalnością banków (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 1238 ze zm.), ekspozycje kredytowe to bilansowe należności z tytułu kredytów i pożyczek, skupionych wierzytelności, czeków i weksli, zrealizowanych gwarancji, innych wierzytelności o podobnym charakterze oraz udzielone zobowiązania pozabilansowe o charakterze finansowym i gwarancyjnym. Innymi słowy ekspozycją kredytową będzie każdy produkt kredytowy zaciągany przez klienta w danej jednostce, tj. zarówno pożyczka, jak i kredyt detaliczny, mieszkaniowy czy hipoteczny. Jednostka jest zatem zobowiązana do monitorowania przesłanek, które mogą mieć wpływ na zwiększenie ryzyka kredytowego, czyli ryzyka nieoczekiwanego niewykonania zobowiązania przez klienta lub pogorszenia się zdolności kredytowej zagrażającej wykonaniu zobowiązania dla danej ekspozycji kredytowej, czyli konkretnej transakcji, czy produktu.*

*Identyfikacja ryzyka uwzględniająca specyfikę danego produktu jednostki, oprócz ryzyka kredytowego, powinna uwzględniać ryzyko reputacji, ryzyko prawne oraz ryzyko braku zgodności w odniesieniu do wszystkich produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez jednostkę.*

*Ryzyko reputacji, czy bardziej precyzyjnie utraty reputacji, to ryzyko związane z negatywnym odbiorem wizerunku jednostki przez jej klientów, kontrahentów, inwestorów, akcjonariuszy, nadzorców, regulatorów oraz opinię publiczną. Przez ryzyko prawne należy rozumieć ryzyko związane ze zmianami w prawie i regulacjach, zgodnością z nimi oraz wykonalnością umów i powiązaną z nimi odpowiedzialnością. Z kolei ryzyko zgodności (compliance) to ryzyko wynikające z działania jednostki niezgodnie z szeroko rozumianymi normami (nie tylko prawnymi), ale też w ramach konfliktu interesów.*

*Zgodnie z literalnym brzmieniem Rekomendacji 6.1 uznać należy, że wytyczne dotyczące identyfikacji rodzajów ryzyka i zabezpieczenia się przed ryzykiem w kontekście specyfiki produktu stanowią wyczerpującą listę, ponieważ wskazane w lit. a) ryzyka zostały ujęte w katalog zamknięty.*

*Oprócz specyfiki samego oferowanego produktu, jednostka jest zobowiązana w ramach strategii zarządzania ryzykiem i zabezpieczenia się przed nim do weryfikacji i uwzględnienia charakteru relacji umownych dotyczących funkcjonowania ochrony ubezpieczeniowej. Innego rodzaju ryzyka powinny zostać zidentyfikowane i uwzględnione w strategii dla indywidualnych umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem jednostki, inne zaś w przypadku grupowych umów ubezpieczenia, gdzie ubezpieczonym jest klient lub umów zawieranych przez jednostkę, w której jest ona zarówno ubezpieczającym jak i ubezpieczonym, a klient finansującym ochronę.*

## 6.2

Jednostka powinna przykładać szczególną wagę do identyfikacji ryzyka w zakresie bancassurance, w szczególności w przypadku gdy:

- a. angażuje się w nowe rodzaje działalności bancassurance lub współtworzy nowe produkty ubezpieczeniowe (w szczególności w przypadku gdy produkt lub działalność nie są ściśle związane z podstawową działalnością jednostki);
- b. w obszarze bancassurance wchodzi na nowe, nieznane rynki, w tym również poza granicami kraju;
- c. dokonuje zmian w strukturze organizacyjnej, które wpływają bezpośrednio na działalność w obszarze bancassurance;
- d. wprowadza nowe systemy informatyczne wykorzystywane w obszarze bancassurance;
- e. uczestniczy w procesie fuzji lub przejęcia;
- f. dokonuje restrukturyzacji.

*Rekomendacja 6.2. w aktualnym brzmieniu nie miała swojego odpowiednika w Rekomendacji U z 2014 r. Jej celem jest wskazanie obszarów, w których identyfikacja ryzyka jest szczególnie istotna i pożądana. Wskazane w Rekomendacji 6.2. obszary są kluczowe z punktu widzenia KNF, co oznacza, że jednostka w tych przypadkach szczególnie powinna zadbać o identyfikację ryzyka, udokumentowanie przeprowadzonych analiz i monitorowanie ryzyka w trakcie procesów wskazanych w powyższym katalogu. Nie zwalnia to oczywiście jednostki z konieczności identyfikacji ryzyka w innych obszarach, nawet tych niewymienionych przez KNF.*

*Po pierwsze szczególna identyfikacja ryzyka powinna mieć miejsce w przypadku, gdy **jednostka planuje zaangażowanie w nowe rodzaje działalności bancassurance** dotychczas niewykorzystywane lub jest **współtwórcą nowych produktów ubezpieczeniowych** (Rekomendacja 6.2 lit. a).*

*Zaangażowanie w nowe rodzaje działalności bancassurance polega na rozszerzeniu relacji z zakładem ubezpieczeń, poprzez wdrożenie nowych modeli współpracy biznesowej. Nie budzi zatem wątpliwości, że analiza powinna być dokonana w sytuacji, gdy jednostka np. planuje prowadzić dystrybucję produktów ubezpieczeniowych jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń lub poza oferowaniem możliwości zawarcia indywidualnych umów ubezpieczenia, będzie miała w portfolio także grupowe umowy ubezpieczenia. Zakresem tym będzie objęte także rozpoczęcie działalności w zakresie oferowania klientom produktów o charakterze inwestycyjnym jeśli do tej pory jednostka nie prowadziła takiej działalności.*

*Wymóg szczególnej identyfikacji ryzyka ma także zastosowanie w przypadku, gdy jednostka będzie współtwórcą nowych produktów ubezpieczeniowych. W praktyce, na polskim rynku ubezpieczeń, twórcą produktu jest w zasadzie wyłącznie zakład ubezpieczeń. Przyznanie możliwości tworzenia produktów ubezpieczeniowych agentom ubezpieczeniowym i brokerom w Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń jest konsekwencją dosłownej implementacji art. 25 ust. 1 Dyrektywy IDD. Podkreślić jednocześnie należy, że z przepisu art. 11 ust. 1 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń nie wynika obowiązek po stronie agenta i brokera ubezpieczeniowego do uczestniczenia w procesie tworzenia produktu. Jest to wyłącznie rodzaj uprawnienia, który może być realizowany w zależności od przyjętego modelu procesu tworzenia produktu.*

*Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniające Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń przewiduje możliwość współpracy zakładu ubezpieczeń i pośrednika ubezpieczeniowego przy tworzeniu i opracowywaniu produktu ubezpieczeniowego, co w praktyce może być rozwiązaniem częściej spotykanym niż samodzielne tworzenie produktu przez pośrednika ubezpieczeniowego.*

*O współtworzeniu produktu ubezpieczeniowego mówimy, gdy oba podmioty pełnią rolę decyzyjną w całym procesie. Jednostka może być uznana za współtwórcę produktu ubezpieczeniowego, gdy wspólnie z zakładem ubezpieczeń będzie decydować o podstawowych cechach i parametrach produktu, określać rynek docelowy i szacować koszty ochrony. Warunki takiej współpracy powinny zostać ustalone w pisemnej umowie, gdzie wyraźnie zostanie określone, który z podmiotów za co i w jakim zakresie odpowiada, tak aby organ nadzoru był w stanie zweryfikować przestrzeganie przepisów prawa przez każdego współtwórcę indywidualnie.*

*W przypadku, gdy jednostka jako agent ubezpieczeniowy jest współtwórcą produktów ubezpieczeniowych ciężar na niej obowiązków wynikające wprost z art. 11 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, tj. stosowanie odpowiedniego procesu zatwierdzania produktu, wprowadzania zmian w produkcie oraz przeglądu tego procesu.*

*Zgodnie z art. 11 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, agent ubezpieczeniowy, który tworzy produkt ubezpieczeniowy okre-*



śla jego rynek docelowy i zapewnia ocenę ryzyka dla tego rynku. Do określonego rynku docelowego powinna być także dostosowana strategia dystrybucji oraz działania zapewniające dystrybucję produktu. Warto wskazać, że tworzeniem czy współtworzeniem produktu nie będzie dostosowanie produktu do potrzeb klienta w zakresie w jakim zezwala na to jego konstrukcja, tj. wybranie spośród różnych wariantów produktu, wariantów umowy czy klauzul umownych. Tworzeniem produktu nie jest także uzgadnianie obniżonych składek czy innych opłat. W każdym z tych przypadków główne decyzje dotyczące tworzenia i opracowywania produktu podejmuje zakład ubezpieczeń, zaś pośrednik może go kształtować jedynie w takim zakresie, w jakim zezwala na to ubezpieczyciel.

Organ nadzoru wskazuje, że zarówno w sytuacji współtworzenia produktów ubezpieczeniowych, jak i podejmowania nowych rodzajów działalności, pogłębiona analiza ryzyka powinna dotyczyć przypadków, gdy produkt współtworzony jest przez jednostkę z zakładem ubezpieczeń, czy też nowo podejmowana działalność nie są ściśle związane z podstawową działalnością jednostki. Taki wymóg w stosunku do jednostki ma charakter gwarancyjny i ochronny, ponieważ zapewnia wyższy poziom identyfikacji ryzyka, co przekłada się na adekwatny poziom ochrony interesów klientów jednostki, w szczególności w obszarach w których jednostka nie posiada dotychczas wystarczającego doświadczenia.

Identyfikacja ryzyka powinna być także kluczowa w sytuacji, gdy jednostka wchodzi na nowe nieznane rynki, jak i rozszerza działalność poza granice kraju (Rekomendacja 6.2 lit. b)). Wejściem na nowe rynki będzie oferowanie produktów jednostki w szerszym zakresie niż dotychczas, z uwzględnieniem nowych rynków docelowych w znaczeniu geograficznym jak i produktowym. Rozpoczęcie działalności w innych krajach np. w formie oddziału, również wiąże się z identyfikacją nowych rodzajów ryzyk, które powinny zostać uwzględnione w analizie.

Organ nadzoru wymaga bardziej szczegółowej identyfikacji ryzyka także w sytuacji zmian w strukturze organizacyjnej jednostki, które wpływają bezpośrednio na działalność w obszarze bancassurance (Rekomendacja 6.2 lit. c)). Zmiany te mogą polegać na tworzeniu nowych departamentów, działów czy też innych komórek organizacyjnych, bądź też likwidacji czy też ich łączeniu. Zmiany tego rodzaju będą istotne z punktu Rekomendacji 6.2 wyłącznie, gdy będą miały wpływ na działalność jednostki w zakresie ubezpieczeń. KNF precyzuje, że nie ma być to jakiegokolwiek wpływ, ale wyłącznie bezpośredni i ewidentny, co oznacza, że w pierwszej kolejności jednostka powinna dokonać oceny, czy ten warunek zostaje spełniony, a drugiej zaś dokonać adekwatnej analizy ryzyka.

Wprowadzenie nowych systemów informatycznych wykorzystywanych w obszarze bancassurance również wymaga szczególnej identyfikacji ryzyka (Rekomendacja 6.2 lit. d)). Kluczowa pod tym względem jest analiza wymogów bezpieczeństwa, ochrony danych osobowych, czy danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, które mogą zostać ujawnione za pośrednictwem niewłaściwie zabezpieczonego systemu niepowołanym osobom trzecim.

Uczestnictwo jednostki w procesie fuzji lub przejęcia, w ocenie organu nadzoru jest także sytuacją wymagającą dokładniejszej oceny ryzyka (Rekomendacja 6.2 lit. e)). Fuzje, w szczególności banków, są na tyle złożonymi i skomplikowanymi operacjami, że konieczność identyfikacji związanych z tym ryzyk nie budzi wątpliwości. Dobrowolne połączenie się jednostki z innym podmiotem lub przejęcie innego podmiotu przez jednostkę powoduje przede wszystkim integrację zasobów, aktywów, środków, produktów i know-how. Możliwość poszerzenia dostępnej oferty produktowej w zakresie bancassurance wymaga dokonania analizy ryzyka szczególnie w zakresie produktów, które nie były dotychczas dystrybuowane lub oferowane przez jednostkę w ogóle lub były dystrybuowane przez jednostkę przejmowaną. Każdy klient jednostki powinien w takiej sytuacji zostać poinformowany, czy przekształcenie jednostki wpływa w jakiegokolwiek sposób, a jeśli tak to w jaki na sytuację finansową klienta, posiadane przez niego produkty jednostki jak i produkty ubezpieczeniowe.

Ostatnim przypadkiem wyszczególnionym w Rekomendacji 6.2, w którym konieczne jest dokonanie identyfikacji ryzyka jest dokonanie przez jednostkę restrukturyzacji (Rekomendacja 6.2 lit. f)), przez co należy rozumieć restrukturyzację zadłużenia, tj. zmianę warunków wcześniej zaciągniętego zobowiązania finansowego. W sytuacji, gdy klient jednostki występuje z wnioskiem o restrukturyzację zadłużenia, zazwyczaj (choć nie zawsze) ryzyko kredytowe, rozumiane jako nieoczekiwane niewykonanie zobowiązania przez klienta lub pogorszenie się zdolności kredytowej zagrażającej wykonaniu zobowiązania jest już na poziomie wyższym niż w momencie zaciągania zobowiązania. Zmiana konkretnych parametrów produktu zależy przede wszystkim od polityki jednostki i warunków na jakich dokonuje restrukturyzacji. Zwyczajowo stosowanymi rozwiązaniami są w takim przypadku: zmiana kosztów kredytu, modyfikacja harmonogramu spłat, odroczenie rat (tzw. wakacje kredytowe), zmiana zabezpieczenia czy przewalutowanie. Jednym z wariantów restrukturyzacji jest także konsolidacja polegająca na przekształceniu kilku zobowiązań w jedno zadłużenie. Zmiana parametru zaciągniętego kredytu gotówkowego czy hipotecznego, w sytuacji gdy z danym produktem finansowym powiązany jest produkt ubezpieczeniowy zazwyczaj ma wpływ na aktualny poziom ryzyka w obszarze bancassurance, dlatego istotne jest jego zidentyfikowanie na moment dokonywania restrukturyzacji.

Katalog obszarów wymagających szczególnej identyfikacji ryzyka jest katalogiem otwartym, co oznacza, że wyliczenie z Rekomendacji 6.2 ma jedynie charakter przykładowy, a jednostka powinna mieć na uwadze, że także inne obszary działalności, które w zależności od konkretnego przypadku mogą wymagać dodatkowej analizy ryzyka.

## 6.3

Jednostka powinna dokonywać, co najmniej raz w roku, analiz i ocen ryzyka w zależności od specyfiki działalności w obszarze bancassurance. Monitorowanie poziomu ryzyka w zakresie bancassurance powinno obejmować co najmniej:

- a. jakość i efektywność procesów wewnętrznych dystrybucji ubezpieczeń oraz obsługi klienta, w szczególności w zakresie:
  - spełniania wymogów dotyczących obowiązków informacyjnych związanych z dystrybucją ubezpieczeń;
  - spełniania wymogów dotyczących formy, jasności, rzetelności i niewprowadzającego w błąd charakteru informacji, w tym także informacji o charakterze reklamowym i marketingowym, kierowanych przez jednostkę jako pośrednika ubezpieczeniowego do klienta;
  - spełniania wymogów dotyczących dokonywania badania wymagań i potrzeb klienta;
  - oceny adekwatności oferowanego produktu ubezpieczeniowego do profilu, wymagań i potrzeb klienta;
  - dokumentowania właściwego wykonywania przez jednostkę obowiązków pośrednika ubezpieczeniowego;
- b. poziom dopasowania cech produktów ubezpieczeniowych do określonego rynku docelowego;
- c. sposób i terminowość rozpatrywania skarg i reklamacji w oparciu o zagregowane i zanonimizowane dane ilościowe;
- d. kształtowanie się liczby odmów wypłat z tytułu umów ubezpieczenia powiązanych z produktami jednostki w celu podejmowania – bez względu na to czy jednostka stosuje wewnętrzne normy dopuszczalnego poziomu negatywnie zrealizowanych roszczeń o wypłatę – odpowiednich działań mających na celu identyfikację powodów odmów;
- e. bieżące wyjaśnianie spornych kwestii i przeprowadzanie konsultacji z pracownikami odpowiedzialnymi za ofertę produktów ubezpieczeniowych;
- f. współpracę z przedstawicielami zakładów ubezpieczeń w celu wyjaśnienia przyczyn odmów wypłaty świadczeń oraz składanych przez klientów skarg i reklamacji w oparciu o zagregowane i zanonimizowane dane ilościowe;
- g. zakres obowiązków oraz odpowiedzialności jednostki i zakładu ubezpieczeń, w tym podział czynności wykonywanych przez jednostkę i zakład ubezpieczeń w taki sposób, aby ich kompetencje się nie nakładały oraz aby nie funkcjonowały obszary nieobjęte odpowiedzialnością;
- h. kontrolowanie działań zmierzających do zapewnienia pracownikom jednostki zaangażowanym w oferowanie produktów w ramach bancassurance szkoleń odpowiednich do skali działalności w obszarze bancassurance i zakresu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach bancassurance, tj. aby:
  - poziom wiedzy odpowiadał stopniowi złożoności działań prowadzonych w ramach oferowania produktów ubezpieczeniowych i zakresu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach bancassurance;
  - szkolenia miały odpowiedni poziom merytoryczny oraz były przeprowadzane przez osoby posiadające wykształcenie lub doświadczenie zawodowe odpowiednie do zakresu tematycznego szkolenia;
  - zakres tematyczny szkoleń był odpowiedni do charakteru umów, jakie są proponowane klientom, oraz do zakresu wykonywanych czynności;
- i. analizowanie zjawisk rynkowych oraz rozpoznawanie nowych ryzyk z obszaru bancassurance lub takich, których znaczenie wzrasta wskutek zmian w otoczeniu zewnętrznym jednostki, które mogą mieć istotny niekorzystny wpływ na poziom ryzyka działalności jednostki w zakresie bancassurance;
- j. zasady identyfikacji, kontrolowania i łagodzenia konfliktów interesów;
- k. stosowania zasad dotyczących wynagradzania za dystrybucję ubezpieczeń.

*W Rekomendacji 6.3. Organ nadzoru nałożył na jednostki obowiązek dokonywania cyklicznych analiz i ocen ryzyka, które mają być dostosowane do prowadzonej przez jednostkę działalności w zakresie bancassurance. Analiza i ocena powinna być dokonywana co najmniej raz w roku, co oznacza, że w przypadku większej złożoności i liczby produktów ubezpieczeniowych dystrybuowanych lub oferowanych przez jednostkę, może a nawet powinna odbywać się z większą częstotliwością.*

*W Rekomendacji 6.3. KNF wskazał na 11 najbardziej kluczowych w ocenie organu obszarów, które powinny podlegać okresowej analizie i ocenie. Jest to katalog otwarty, a wskazany w Rekomendacji zakres należy uznać za niezbędne minimum, którego jednak uwzględnienie w analizie pozwala spełnić wymogi Rekomendacji.*

*Pierwszym wymienionym obszarem jaki należy poddać ocenie jest jakość i efektywność procesów wewnętrznych dystrybucji ubezpieczeń oraz obsługi klienta. W tym zakresie kluczowa jest weryfikacja, czy jednostka spełnia wymogi dotyczące dystrybu-*

buji ubezpieczeń oraz obsługi klienta oraz wynikające wprost z Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

Przed wszystkim będą to wymogi dotyczące obowiązków informacyjnych związanych z dystrybucją ubezpieczeń. Wymogi te zostały wskazane w art. 22 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zgodnie z którym pośrednik ubezpieczeniowy:

- udostępnia klientowi przy pierwszej czynności należącej do zakresu działalności agencyjnej dokument pełnomocnictwa udzielonego przez zakład ubezpieczeń;
- powiadamia klienta, czy działa na rzecz jednego czy wielu zakładów ubezpieczeń, oraz informuje go o firmach zakładów ubezpieczeń, na rzecz których wykonuje działalność agencyjną;
- informuje klienta o firmie, pod którą wykonuje działalność agencyjną, adresie ich siedziby oraz o tym, że jest agentem ubezpieczeniowym albo agentem oferującym ubezpieczenia uzupełniające;
- informuje klienta o numerze wpisu do rejestru agentów, adresie strony internetowej, na której rejestr jest dostępny, oraz o sposobie sprawdzenia wpisu do rejestru;
- informuje klienta o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, w szczególności informuje, czy agent otrzymuje:
  - a. honorarium płacone bezpośrednio przez klienta,
  - b. prowizję dowolnego rodzaju uwzględnioną w kwocie składki ubezpieczeniowej,
  - c. inny rodzaj wynagrodzenia,
  - d. wynagrodzenie stanowiące połączenie rodzajów wynagrodzenia, o których mowa w lit. a-c;
- informuje klienta o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów
- przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym zobowiązany jest do informowania klienta o wskaźniku kosztów dystrybucji związanych z proponowaną umową ubezpieczenia.
- informuje o posiadanych akcjach albo udziałach zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu. W przypadku agenta będącego osobą prawną obowiązek ten dotyczy poinformowania klienta o akcjach lub udziałach agenta posiadanych przez zakład ubezpieczeń, uprawniających do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników.

W zakresie jakości obsługi klienta weryfikacji przez jednostkę ma podlegać także spełnianie wymogów dotyczących formy, jasności, rzetelności i niewprowadzającego w błąd charakteru informacji, w tym także informacji o charakterze reklamowym i marketingowym, kierowanych przez jednostkę jako pośrednika ubezpieczeniowego do klienta.

Wymogi te są w zasadzie powtórzeniem treści art. 7 ust. 3 i 4 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zgodnie z którym wszystkie informacje, w tym informacje o charakterze reklamowym i marketingowym, kierowane przez dystrybutora ubezpieczeń do klienta są jasne, rzetelne i niewprowadzające w błąd, sporządzone w języku urzędowym państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym umowa ubezpieczenia jest zawierana, lub w innym języku, na który wyrażą zgodę strony umowy. Informacje o charakterze reklamowym lub marketingowym powinny być zaś wyraźnie oznaczone i odróżnione od pozostałych informacji. Sposób wyróżnienia takich informacji (poprzez np. inny rozmiar, kolor czy format czcionki, wyróżnienie w postaci obramowania, czy cieniowania) pozostawiony jest do uznania dystrybutora. Oceny czy sposób oznaczenia tych informacji jest wystarczający należy zaś dokonywać z perspektywy przeciętnego konsumenta, który po zapoznaniu się z takimi informacjami nie powinien mieć żadnych wątpliwości, czy są to informacje o charakterze reklamowym, czy też informacje istotne dotyczące oferowanego mu produktu ubezpieczeniowego. Celem weryfikacji wskazanego powyżej zakresu jest bez wątpienia ochrona klienta i wyeliminowanie przypadków, gdy zachęty marketingowe i reklamowe mają ukryć niektóre cechy produktu, np. ryzyko inwestycyjne czy opłaty (w przypadku tzw. ubezpieczeń z UFK).

Do kwestii dotyczących materiałów marketingowych i reklamowych odwołuje się także Rekomendacja 12.5, zgodnie z którą jednostka powinna zapewnić, aby materiały marketingowe i reklamowe dotyczące oferowanego produktu ubezpieczeniowego, w ramach dystrybucji ubezpieczeń lub oferowania przystąpienia do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, nie ukrywały jego istotnych cech. Jednostka nie powinna prezentować korzyści płynących z produktów, jeżeli jednocześnie, w sposób jednoznaczny, nie wskaże ryzyk, jakie są z nimi związane lub istnienia istotnych wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności, które obowiązują w produkcie.

Zgodnie z Rekomendacją 1.5. polityka w zakresie bancassurance powinna obejmować określenie zasad przygotowywania oferty marketingowej produktu ubezpieczeniowego powiązanego z produktem jednostki oraz określenie zasad dotyczących przekazywania klientowi informacji o charakterze reklamowym i marketingowym.

Rekomendacja 6.3 lit. a) wymaga aby monitorowanie ryzyka w kontekście procesów dystrybucji i obsługi klienta obejmowało także spełnianie przez jednostkę wymogów dotyczących dokonywania badania wymagań i potrzeb klienta. Te z kolei zostały ujęte w art. 8 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

Dokonanie analizy wymagań i potrzeb klienta jest podstawowym obowiązkiem nałożonym na dystrybutora ubezpieczeń na etapie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia. Za jego realizację odpowiada zakład ubezpieczeń, w przypadku, gdy

jednostka będzie jego agentem wyłącznym. Jednostka będąca multiagentem odpowiada za przeprowadzenie analizy potrzeb klienta we własnym zakresie. Obowiązek przeprowadzenia analizy potrzeb dotyczy wszystkich umów ubezpieczenia zarówno dobrowolnych jak i obowiązkowych, także w przypadku gdy dochodzi do odnowienia i kontynuacji indywidualnej umowy ubezpieczenia. Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń nie przewiduje w tym zakresie żadnych wyjątków. Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń nie wskazuje także na formę w jakiej taka analiza powinna być przeprowadzona. W praktyce jednak zazwyczaj jest to forma ankiety zawierającej pytania dotyczące m.in. pożądanego zakresu ochrony, przedmiotu ubezpieczenia oraz akceptowalnych wyłączeń i wysokości składki ubezpieczeniowej. Ankiety są bardziej lub mniej rozbudowane w zależności od oferty danego dystrybutora i złożoności oferowanych produktów ubezpieczeniowych. Brak jakichkolwiek kryteriów pozwalających na opracowanie pełnej analizy powoduje, że za jedyny wyznacznik należy przyjąć wymóg, aby na podstawie uzyskanych informacji, dystrybutor był w stanie zaproponować klientowi umowę ubezpieczenia, która będzie odpowiadać jego wymaganiom i potrzebom. Pytania powinny być zatem opracowane uwzględniając rodzaje ryzyk, a nie produktów, ponieważ celem analizy nie jest weryfikacja, czy dany produkt z oferty ubezpieczyciela byłby odpowiedni dla klienta, ale dobranie produktu pod kątem rzeczywistych potrzeb klienta. Możliwa jest także sytuacja, gdy z analizy potrzeb wyniknie, że dystrybutor nie posiada w ofercie produktu ubezpieczeniowego, który odpowiada wszystkim zidentyfikowanym potrzebom klienta. Wówczas należy klienta o tym fakcie poinformować, co nie wyklucza możliwości zaproponowania mu innych produktów ubezpieczeniowych, jednak z tym zastrzeżeniem, że klient również powinien zostać poinformowany w jakich punktach oferowany produkt nie będzie dla niego w pełni odpowiedni.

Monitorowaniu powinien zatem podlegać sam fakt przeprowadzenia analizy potrzeb, w tym jego udokumentowanie oraz jego prawidłowość, w tym znaczeniu, czy klientowi został zaproponowany produkt zgodny z wynikiem przeprowadzonej analizy. Jednostka powinna zatem przede wszystkim zadbać o udokumentowanie całego procesu w formie tradycyjnej bądź elektronicznej, tak aby w przypadku weryfikacji tego wymogu przez KNF, mogła bez przeszkód wykazać jego spełnienie.

Zgodnie z Rekomendacją 6.3 lit. a) analizie powinna także podlegać ocena adekwatności oferowanego produktu ubezpieczeniowego do profilu, wymagań i potrzeb klienta, czyli innymi słowy, czy proponowana umowa ubezpieczenia jest zgodna ze zidentyfikowanymi potrzebami i wymaganiami klienta. Wymóg ten wynika z art. 8 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, ale stanowi także nawiązanie do Rekomendacji KNF z 22.6.2016 r. dotyczących badania adekwatności produktu skierowanych dla zakładów ubezpieczeń, które dotyczą ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, umów ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, a także do innych umów ubezpieczenia z działu I załącznika do ustawy, mających zapewnić wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu w przypadku, gdy wartość ta w dniu zapadalności lub wartość wykupu, jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków. Ocena adekwatności produktu powinna w tym zakresie uwzględniać także dostosowanie produktu do wiedzy i doświadczenia klienta w dziedzinie ubezpieczeń jak i jego sytuacji finansowej. W przypadku tzw. produktów inwestycyjnych klientowi należy zaproponować produkt odpowiedni zarówno do jego potrzeb jak i możliwości. Ocena adekwatności produktu powinna być podobnie jak sama analiza potrzeb odpowiednio udokumentowana. Wymóg dokumentowania właściwego wykonywania przez jednostkę obowiązków pośrednika ubezpieczeniowego zgodnie z Rekomendacją 6.3 lit. a) także podlega monitorowaniu w kontekście analizy ryzyka. W istocie bez odpowiedniej dokumentacji nie sposób jest wykazać przez Organem nadzoru w przypadku ewentualnej kontroli spełniania nałożonych na jednostkę wymogów. Nie oznacza to jednak, że sam fakt posiadania opracowanej dokumentacji, w sytuacji gdy w praktyce obowiązki jednostki nie są prawidłowo realizowane będzie gwarantował uznanie wymogu za spełniony.

Rekomendacja 6.3. lit. b) wskazuje, że monitorowanie poziomu ryzyka powinno obejmować poziom dopasowania cech produktów ubezpieczeniowych do określonego rynku docelowego.

Zgodnie z art. 11 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń rynek docelowy jest określany przez twórcę produktu ubezpieczeniowego w procesie jego zatwierdzania. Zdefiniowanie rynku docelowego przez zakład ubezpieczeń jest kluczowe z tego względu, że ocena ryzyka jak i strategia dystrybucji dokonywane przez jednostkę jako pośrednika ubezpieczeniowego również powinny być adekwatne do rynku docelowego.

Zgodnie z art. 5 Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniającego Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń, w procesie zatwierdzania produktu w odniesieniu do każdego produktu ubezpieczeniowego określa się rynek docelowy i grupę odpowiednich klientów. Przez rynek docelowy należy zatem rozumieć grupę klientów, do której kierowany ma być dany produkt ubezpieczeniowy, a jego określenie polega na opisaniu grupy klientów, która posiada wspólne cechy na poziomie abstrakcyjnym i uogólnionym, aby umożliwić dostosowanie cech produktu do potrzeb, cech i celów tej grupy. Ryzyko jakie może zostać zidentyfikowane przez jednostkę w tym zakresie może pojawić się w sytuacji, gdy cechy produktu ubezpieczeniowego nie są w pełni skorelowane z określonym rynkiem docelowym, np. produkty ubezpieczeniowe o charakterze inwestycyjnym są zbyt złożone i skomplikowane w porównaniu do wiedzy i doświadczenia większości potencjalnych klientów jednostki. Niski poziom dopasowania cech produktów do rynku docelowego stwarza ryzyko proponowania klientom produktów nieadekwatnych i niedopasowanych do ich wymagań i potrzeb. To z kolei zwiększa ryzyko ewentualnych skarg, reklamacji i roszczeń po stronie klientów.



Monitoringowi pod względem poziomu ryzyka podlegać będzie także **sposób i terminowość rozpatrywania skarg i reklamacji** w oparciu o zagregowane i zanonimizowane dane ilościowe (Rekomendacja 6.3. lit. c).

Zgodnie z art. 16 ust. 2 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń jednostka działając jako multiagent, tj. wykonując czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń jest zobowiązana do udzielenia odpowiedzi na reklamację klienta będącego osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową. Mogą być to zatem reklamacje np. związane z procesem sprzedaży produktu ubezpieczeniowego, nieprzekazaniem klientowi wszystkich wymaganych prawem i istotnych informacji, wprowadzeniem klienta w błąd.

Wymóg rozpatrywania przez multiagenta reklamacji osób fizycznych, również przedmiotowo niezwiązanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową wynika z kolei z Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 187 ze zm.).

Odpowiedź na reklamację zarówno w przypadku osób fizycznych, jak i prawnych czy spółek nieposiadających osobowości prawnej powinna zostać udzielona w terminie 30 dni. Przekroczenie tego terminu powoduje domniemanie, że reklamacja została uznana. Termin ustawowy na rozpatrzenie reklamacji może wyjątkowo zostać przedłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, pod warunkiem, że przedstawiony przez klienta przypadek jest wyjątkowo skomplikowany, przez co udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni jest niemożliwe. Wówczas podmiot do którego reklamacja została skierowana przekazuje klientowi informację, w której wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności, które muszą zostać jeszcze ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.

Stosunkowo ogólne wymogi dotyczące rozpatrywania reklamacji pozwalają jednostce na opracowanie i wdrożenie bardziej szczegółowych procedur w tym zakresie, z zastrzeżeniem zachowania w niezmienionej formie wymogów ustawowych. Procedury reklamacyjne w praktyce obowiązujące w większości jednostek w sektorze bankowym pozwalają na skuteczniejsze zarządzanie ryzykiem związanym z ich liczbą, poziomem akceptacji i terminowością rozpatrywania. Dostosowując sposób tego zarządzania do Rekomendacji 6.3 lit. c) jednostka powinna zatem prowadzić dodatkowo rejestr otrzymanych reklamacji, gdzie powinny być wprowadzane informacje dotyczące tego w jaki sposób reklamacja została rozpatrzona (pozytywnie czy też negatywnie) oraz w jakim terminie (podstawowym czy też wydłużonym). Mając na uwadze treść Rekomendacji 6.3. lit. f) należy uznać, że rejestr ten powinien obejmować także wyniki rozpatrzenia reklamacji przez zakład ubezpieczeń, w przypadku gdy reklamacja dotyczy udzielanej ochrony lub gdy jednostka jest agentem wyłącznym zakładu ubezpieczeń.

Zgodnie z Rekomendacją 6.3 lit. d) monitorowanie poziomu ryzyka powinno obejmować także weryfikację liczby odmów wypłat z tytułu umów ubezpieczenia powiązanych z produktami jednostki w celu podejmowania – bez względu na to czy jednostka stosuje wewnętrzne normy dopuszczalnego poziomu negatywnie zrealizowanych roszczeń o wypłatę – odpowiednich działań mających na celu identyfikację powodów odmów. Jednostka powinna zatem prowadzić rejestr odmów ze wskazaniem przyczyny odmowy wypłaty roszczenia i dokonywać ich analizy w celu ustalenia przyczyny odmów i w dalszej kolejności wprowadzenia możliwych do realizacji działań mogących efektywnie zmniejszyć odsetek odmów. Działania te oczywiście powinny być prowadzone we współpracy z zakładem ubezpieczeń, który podejmuje decyzje w przedmiocie wypłaty roszczenia. Zwiększony poziom odmów wypłaty roszczeń może wskazywać na to, że dany produkt ubezpieczeniowy nie pokrywa w pełni ryzyk związanych z produktem finansowym jednostki, który ma zabezpieczać, co może z kolei stanowić impuls do rozpoczęcia z danym zakładem ubezpieczeń rozmów na temat wprowadzenia ewentualnych modyfikacji w proponowanym produkcie ubezpieczeniowym.

Rekomendacja 6.3 lit. e) dość ogólnie wskazuje na konieczność bieżącego wyjaśniania w ramach jednostki spornych kwestii, bez wskazania dokładnie czego miałyby dotyczyć, pozostawiając tym samym duże pole do interpretacji zakresu tego wymogu. Niezbędne jest także przeprowadzanie konsultacji z pracownikami odpowiedzialnymi za ofertę produktów ubezpieczeniowych. W tym zakresie również do decyzji jednostki będzie należeć w jakich dokładnie przypadkach i z jaką częstotliwością takie konsultacje powinny się odbywać.

Rekomendacja 6.3 lit. f) jest konsekwencją wymogów wynikających z Rekomendacji 6.3. lit. c) i d), ponieważ nakłada na jednostkę wymóg bieżącej współpracy z zakładami ubezpieczeń w zakresie monitorowanego przez jednostkę sposobu rozpatrywania reklamacji i liczby odmów wypłaty z tytułu umów ubezpieczenia w celu wyjaśnienia przyczyny odmów wypłaty i nieuwzględniania reklamacji klientów.

Monitorowanie poziomu ryzyka w zakresie bancassurance powinno również obejmować dokładne określenie zakresu obowiązków i odpowiedzialności zarówno zakładu ubezpieczeń jak i jednostki. Celem jest dokonanie takiego podziału, aby w każdym przypadku możliwe było zidentyfikowanie podmiotu, który odpowiada za dany obszar, umożliwiając tym samym klientowi skuteczne dochodzenie roszczeń. Podział obowiązków nie powinien prowadzić do sytuacji wzajemnego nakładania się kompetencji, ponieważ taki stan również ma negatywny wpływ na możliwość jednoznacznego ustalenia podmiotu odpowiedzialnego za dany obszar. Podział obowiązków i odpowiedzialności powinien prowadzić do sytuacji wzajemnego nakładania się kompetencji, ponieważ taki stan również ma negatywny wpływ na możliwość jednoznacznego ustalenia podmiotu odpowiedzialnego za dany obszar. Podział obowiązków i odpowiedzialności powinien zostać uzgodniony pomiędzy jednostką a zakładem ubezpieczeń w wiążącej je umowie i być na tyle jednoznaczny i precyzyjny aby nie pozostawiać pola do

Rekomendacja 6.3 lit. h) w zakresie monitorowania ryzyka nakłada na jednostkę obowiązek kontrolowania wymogu doskonalenia zawodowego osób zaangażowanych w dystrybucję produktów w ramach bancassurance, czyli spełniania obowiązków wynikających wprost z art. 12 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Obowiązek doskonalenia zawodowego poprzez odbywanie co najmniej 15 godzin rocznie szkolenia zawodowego z wybranych tematów określonych w załączniku do Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń obejmuje zarówno agentów ubezpieczeniowych będących osobami fizycznymi jak i osoby fizyczne wykonujące czynności agencyjne. W przypadku agentów będących spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej lub będących osobami prawnymi wymóg ten dotyczy wspólników tych spółek, bądź członków zarządu. Jednostka będąca dystrybutorem ubezpieczeń odpowiada zatem za zapewnienie szkoleń osobom wykonującym w jej imieniu czynności agencyjne. Szkolenia powinny odpowiadać stopniowi złożoności dystrybuowanych produktów ubezpieczeniowych i być odpowiednie do charakteru umów proponowanych klientom. Innymi słowy powinny być jak najbardziej praktyczne i powiązane z zakresem wykonywanych przez OFWCA czynności. Istotne jest aby szkolenia były prowadzone przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, wykształcenie lub doświadczenie, co ma zagwarantować ich wysoki poziom merytoryczny. Kolejny wymóg w zakresie analizy i oceny ryzyka wynikający z Rekomendacji 6.3 lit. i) dotyczy bieżącego monitorowania sytuacji rynkowej, która ma niewątpliwą wpływ na potencjalne zwiększenie poziomu już zidentyfikowanych ryzyk lub też rozpoznanie nowych. To nic innego jak wymóg bieżącego reagowania na dynamiczną i zmieniającą się sytuację rynkową. Bieżąca analiza zjawisk rynkowych pozwala z wyprzedzeniem zidentyfikować takie obszary i opracować sposób działania, wstępne założenia czy strategię pozwalające na zmniejszenie negatywnych skutków takich zdarzeń dla jednostki jak i jej klientów. Jednostka powinna zatem w ramach struktury wyznaczyć osoby odpowiedzialne za taką analizę i zobowiązać je do cyklicznego raportowania jej wyników.

Zgodnie z Rekomendacją 6.3 lit. j), monitorowanie ryzyka powinno obejmować identyfikację, kontrolowanie i łagodzenie konfliktów interesów jakie mogą wystąpić w zakresie działalności jednostki w obszarze bancassurance.

Za konflikt interesów należy uznać sytuację, gdy interesy klientów są rozbieżne z interesami jednostki jako dystrybutora ubezpieczeń. Zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby Rekomendacji KNF z 22.3.2016 r. dotyczących systemu zarządzania produktem, za konflikt interesów uznaje się znane zakładowi ubezpieczeń okoliczności, które mogą doprowadzić do powstania sprzeczności między interesem zakładu ubezpieczeń lub podmiotu powiązanego (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 31 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej) z zakładem ubezpieczeń, a obowiązkiem działania przez zakład w sposób rzetelny, z uwzględnieniem najlepiej pojętego interesu klienta. Konfliktem interesów nie będą jednak rozbieżności dotyczące oczekiwań klienta i zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do przedmiotu i zakresu ochrony, wysokości składki oraz działań prewencyjnych i ograniczających skutki wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem, że działania te prowadzone są przez zakład ubezpieczeń lub osobę powiązaną, zgodnie z najlepszą wiedzą i uwzględnieniem interesu i potrzeb ubezpieczeniowych klienta. Konflikt interesów może pojawić się zatem przede wszystkim na płaszczyźnie powiązań kapitałowych lub osobowych pomiędzy zakładem ubezpieczeń i pozostałymi dystrybutorami ubezpieczeń oraz w zakresie ustalania wynagrodzeń za czynności dystrybucyjne. Ryzyko jego wystąpienia wzrasta w sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń i jednostka należą do jednej grupy kapitałowej. Konflikt interesów może wystąpić np. w sytuacji, gdy agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (tzw. multiagent) otrzymuje od zakładów ubezpieczeń zróżnicowaną prowizję, mimo, że oferowany produkt ubezpieczeniowy jest tego samego rodzaju i nie zawiera różnic uzasadniających różnice w stawkach prowizji. W takiej sytuacji klient może nie mieć pewności, czy zaoferowana mu umowa ubezpieczenia rzeczywiście najlepiej odpowiada jego potrzebom, czy też jest najlepiej opłacalna w sprzedaży dla agenta ubezpieczeniowego. Z konfliktem interesów możemy mieć do czynienia także w przypadku, gdy pośrednik ubezpieczeniowy otrzymuje wynagrodzenie w wysokości zależnej od sumy składek wchodzących do jego portfela ubezpieczeń, które są lokowane u danego ubezpieczyciela lub zależnej od rentowności takiego portfela. Wówczas istnieje ryzyko, że dystrybutor będzie faworyzował produkty konkretnego zakładu ubezpieczeń, celem zwiększenia swojego wynagrodzenia, nawet w przypadku gdy dany produkt nie spełnia najlepiej wymagań i potrzeb klienta.

Kwestie dotyczące konfliktu interesów, jego identyfikacji i zapobiegania zostały uregulowane w art. 15 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, z tym zastrzeżeniem, że w Ustawie zostały one zawężone do sytuacji gdy dystrybutor ubezpieczeń wykonuje dystrybucję produktów ubezpieczeniowych, o których mowa w grupie 3 Działu I Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczeń na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe.

Zgodnie z art. 15 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, obowiązek identyfikacji konfliktu interesów ciąży zarówno na zakładzie ubezpieczeń jak i agencie ubezpieczeniowym. Zgodnie z art. 3 ust. 1 Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2017/2359 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniającego Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów informacyjnych i zasad prowadzenia działalności mających zastosowanie do dystrybucji ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych, pośrednicy ubezpieczeniowi oraz zakłady ubezpieczeń mają obowiązek ocenić, czy pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń, odpowiednia osoba lub dowolna inna osoba bezpośrednio lub pośrednio powiązana z nimi stosunkiem kontroli mają interes w uzyskaniu określonego wyniku działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Przez odpowiednią osobą należy w tym przypadku rozumieć np.:

- a. dyrektora, współnika lub osobę na stanowisku równorzędnym lub, w zależności od przypadku, członka kierownictwa pośrednika lub zakładu;
- b. pracownika pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń oraz każdą inną osobę fizyczną, której usługi pozostają do dyspozycji i pod kontrolą pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń i która uczestniczy w dystrybucji ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych;
- c. osobę fizyczną, która bezpośrednio uczestniczy w świadczeniu usług na rzecz pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń na mocy umowy.

Zgodnie z art. 3 ust. 2 Rozporządzenia 2017/2359 dla pełnego zidentyfikowania konfliktu interesów, dystrybutorzy ubezpieczeń muszą wziąć pod uwagę następujące sytuacje:

- a. pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń, odpowiednia osoba lub dowolna osoba bezpośrednio lub pośrednio powiązana z nimi stosunkiem kontroli może osiągnąć zysk finansowy lub uniknąć straty finansowej, potencjalnie ze szkodą dla klienta;
- b. pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń, odpowiednia osoba lub dowolna osoba bezpośrednio lub pośrednio powiązana z nimi stosunkiem kontroli ma powody natury finansowej lub innej do tego, by ponad interes danego klienta przedkładać interes innego klienta lub grupy klientów;
- c. pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń, odpowiednia osoba lub dowolna osoba bezpośrednio lub pośrednio powiązana stosunkiem kontroli z pośrednikiem ubezpieczeniowym lub zakładem ubezpieczeń jest w znacznym stopniu zaangażowana w opracowywanie ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych lub zarządzanie nimi, zwłaszcza gdy taka osoba ma wpływ na ustalanie ceny tych produktów lub koszty ich dystrybucji.

Zapobieganie konfliktom interesów polega na opracowaniu i wdrożeniu przez jednostkę odpowiednich rozwiązań organizacyjnych, tak aby konflikty interesów nie miały negatywnego wpływu na interesy klientów. Zgodnie z art. 4 ust. 1 Rozporządzenia 2017/2359 pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń powinny ustanowić, wdrożyć i utrzymywać skuteczną politykę zapobiegania konfliktom interesów. Polityka powinna być sformułowana na piśmie i być indywidualnie dostosowana do rozmiaru, struktury organizacyjnej, charakteru, skali i złożoności działalności, którą prowadzą dystrybutorzy ubezpieczeń. Zasady takiej polityki są także ustanawiane i stosowane w sytuacji, gdy pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń funkcjonują w ramach grupy, a konflikty interesów mogą wynikać ze struktury grupy lub działalności gospodarczej innych członków grupy.

Procedury zapobiegania konfliktom interesów zgodnie z art. 5 ust. 1 Rozporządzenia 2017/2359 obejmują:

- a. skuteczne procedury zapobiegania wymianie informacji lub kontrolowania takiej wymiany między odpowiednimi osobami, które uczestniczą w działalności, z którą wiąże się ryzyko wystąpienia konfliktu interesów, w przypadku gdy wymiana tych informacji może zaszkodzić interesom jednego klienta lub większej liczby klientów;
- b. oddzielny nadzór nad odpowiednimi osobami, które w ramach swoich podstawowych zadań prowadzą działalność w imieniu lub świadczą usługi na rzecz klientów, których interesy mogą ze sobą kolidować, lub którzy w inny sposób reprezentują różne, potencjalnie sprzeczne interesy, w tym interesy pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń;
- c. usunięcie wszelkich bezpośrednich powiązań między płatnościami, w tym wynagrodzeniem, odpowiednich osób zaangażowanych w wykonywanie określonego rodzaju działalności, a płatnościami, w tym wynagrodzeniem, innych odpowiednich osób zaangażowanych głównie w wykonywanie innego rodzaju działalności, gdy w związku z tymi dwoma rodzajami działalności może powstać konflikt interesów;
- d. środki pozwalające wyeliminować lub ograniczyć niepożądany wpływ jakichkolwiek osób na sposób prowadzenia działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń przez pośrednika ubezpieczeniowego lub zakład ubezpieczeń lub członka ich kierownictwa lub pracownika, lub jakąkolwiek osobę bezpośrednio lub pośrednio powiązaną z nimi stosunkiem kontroli;
- e. środki pozwalające wyeliminować lub ograniczyć równoczesne bądź następujące po sobie przypadki uczestniczenia odpowiedniej osoby w odrębnych działalnościach w zakresie dystrybucji ubezpieczeń, gdy uczestnictwo takie może negatywnie wpłynąć na możliwość właściwego zarządzania konfliktami interesów;
- f. politykę dotyczącą prezentów i korzyści, która jasno określa, na jakich warunkach można przyjmować lub wręczać prezenty i korzyści oraz jakie kroki należy podjąć przy przyjmowaniu lub wręczaniu prezentów i korzyści.

Przyjęcie i wdrożenie przez jednostkę odpowiednich procedur i środków zgodnie z wytycznymi wynikającymi z Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń i Rozporządzenia 2017/2359 powinno być wystarczające do skutecznego kontrolowania i łagodzenia zidentyfikowanych już konfliktów interesów i tym samym spełnienia wymogów Rekomendacji 6.3. lit. j).

Ostatnim obszarem wskazanym przez organ nadzoru jako istotny z perspektywy monitorowania poziomu ryzyka w zakresie bancassurance jest **stosowanie zasad dotyczących wynagradzania za dystrybucję ubezpieczeń** (Rekomendacja 6.3 lit. k).

Zgodnie z przyjętą w Rekomendacji U definicją, wynagrodzenie to wynagrodzenie otrzymywane przez jednostkę z tytułu dystrybucji ubezpieczeń w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń lub wynagrodzenie otrzymywane przez osoby, przy pomocy których jednostka wykonuje czynności w zakresie bancassurance.



Zasady dotyczące wynagradzania zostały ujęte w art. 7 ust. 2 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zgodnie z którym sposób wynagradzania dystrybutora ubezpieczeń oraz osób, przy pomocy których wykonywane są czynności agencyjne lub czynności brokerskie w zakresie ubezpieczeń, oraz osób, przez które wykonywane są czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń, nie może być sprzeczny z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów, w szczególności dystrybutor ubezpieczeń nie może dokonywać ustaleń dotyczących wynagrodzeń, celów sprzedaży lub innych ustaleń, które mogłyby stanowić zachętę do proponowania klientowi określonej umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, w sytuacji gdy dystrybutor ubezpieczeń mógłby zaproponować inną umowę, która lepiej odpowiadałaby potrzebom klienta.

Zakład ubezpieczeń wraz z jednostką będącą dystrybutorem ubezpieczeń zobowiązani są ustalić system wynagrodzeń w taki sposób, aby jednostka jak i osoby, przy pomocy których jednostka wykonuje swoje czynności (tj. OFWCA), oferujący dany produkt ubezpieczeniowy, proponowały go klientowi, ponieważ po przeprowadzeniu analizy potrzeb produkt ten obiektywnie jest dla klienta najlepszy, a nie dlatego że pośrednik otrzymuje za jego sprzedaż najwyższą prowizję. W pierwszej kolejności powinien zatem być brany pod uwagę najlepiej pojęty interes klienta, a wynagrodzenie oparte na wynikach sprzedaży nie powinno być zachętą do proponowania klientowi określonego produktu. W art. 2 pkt 2 Rozporządzenia 2017/2359 zdefiniowano "zachętę" jako każdą opłatę, prowizję lub korzyść niepieniężną przekazaną przez pośrednika lub zakład w związku z dystrybucją ubezpieczeniowego produktu inwestycyjnego na rzecz dowolnej strony innej niż klient uczestniczący w przedmiotowej transakcji lub osoba działająca w imieniu tego klienta, jak również każdą opłatę, prowizję lub korzyść otrzymaną przez pośrednika lub zakład od takiej dowolnej strony innej niż klient uczestniczący w przedmiotowej transakcji lub osoba działająca w imieniu tego klienta. "System zachęt" to z kolei zbiór zasad regulujących wypłacanie zachęt, w tym warunki, na których zachęty są wypłacane.

W Rozporządzeniu ustanowione zostały kryteria, które należy brać każdorazowo pod uwagę przy ocenie, czy dana zachęta lub system zachęt wywierają szkodliwy wpływ na jakość odpowiedniej usługi świadczonej na rzecz klienta. Zgodnie z art. 8 ust. 2 Rozporządzenia 2017/2359 zarówno zakład ubezpieczeń, jak i pośrednik ubezpieczeniowy powinien za każdym razem przeprowadzać całościową analizę, uwzględniając wszystkie istotne czynniki, które mogą zwiększyć lub zmniejszyć ryzyko szkodliwego wpływu na jakość odpowiedniej usługi świadczonej na rzecz klienta, oraz wszelkie środki organizacyjne zastosowane przez pośrednika ubezpieczeniowego lub zakład ubezpieczeń prowadzący działalność w zakresie dystrybucji, w celu wyeliminowania ryzyka szkodliwego wpływu.

Pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń uwzględniają w szczególności następujące kryteria:

1. czy zachęta lub system zachęt mogą stanowić dla pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń motywację do oferowania lub rekomendowania klientowi konkretnego produktu ubezpieczeniowego lub konkretnej usługi, mimo że taki pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń mógłby być w stanie zaoferować inny produkt ubezpieczeniowy lub inną usługę, które lepiej odpowiadałyby potrzebom klienta;
2. czy zachęta lub system zachęt opierają się wyłącznie lub w przeważającym stopniu na ilościowych kryteriach handlowych, czy też uwzględniają odpowiednie kryteria jakościowe odzwierciedlające zgodność z właściwymi przepisami, jakość usług świadczonych klientom i zadowolenie klienta;
3. wartość wypłaconych lub otrzymanych zachęt w stosunku do wartości oferowanego produktu i świadczonych usług;
4. czy zachęta jest wypłacana w całości lub w znacznej części w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, czy też jej wypłata rozkłada się na cały czas trwania umowy;
5. istnienie odpowiedniego mechanizmu odzyskiwania zachęty w przypadku wygaśnięcia ważności produktu lub jego wykupu na wczesnym etapie lub w przypadku wyrządzenia szkody interesom klienta;
6. istnienie jakiegokolwiek formy zmiennych lub warunkowych progów lub dowolnego innego rodzaju czynnika zwiększającego wartość, który ulega aktywacji po osiągnięciu celu opartego na wielkości lub wartości sprzedaży.

Powyższe wytyczne mają w większości uniwersalny charakter, dlatego można je analogicznie stosować przy ocenie zachęt w przypadku także innych produktów ubezpieczeniowych. W tym przypadku bowiem kluczowy jest skutek stosowanych zachęt, a sam produkt przy sprzedaży którego są stosowane jest rzeczą wtórną w kontekście wymogów z art. 7 ust. 2 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

Zasady dotyczące wynagradzania za dystrybucję ubezpieczeń nie ustanawiają zakazu ustalania wynagrodzenia opartego na wynikach sprzedaży. Wyraźnie jednak podkreślają, że ustalony sposób wynagradzania nie może stanowić zachęty do proponowania klientowi określonego produktu. W sytuacji gdy dystrybutor ubezpieczeń zdecyduje się na zorganizowanie takiego konkursu (np. zakład ubezpieczeń dla jednostki, lub jednostka dla swoich OFWCA), powinien zapewnić, że niezależnie od warunków konkursu, oferowany produkt ubezpieczeniowy będzie zgodny z potrzebami klienta. Każdy regulamin dotyczący zasad wynagradzania dystrybutora (jego pracownika, OFWCA itd.) w powiązaniu z wynikami sprzedaży, powinien zawierać odpowiednio skonstruowane postanowienia, zgodnie z którymi, niezależnie od wyników, dodatkowe wynagrodzenie jest wypłacane jedynie w przypadku, gdy dystrybutor spełni wszystkie obowiązki nałożone na niego na podstawie ustawy, w tym w szczególności przeprowadzi analizę potrzeb klienta i na tej podstawie proponuje mu adekwatny produkt ubezpieczeniowy. W przypadku, gdy warunkiem koniecznym do otrzymania przez uczestnika konkursu sprzedażowego dodatkowych korzyści będzie wykazanie, że oferowana przez niego umowa najlepiej, zgodnie z prawidłowo przeprowadzoną analizą potrzeb, odpowiada potrzebom klienta, ryzyko zakładu ubezpieczeń jako organizatora konkursu zostanie zminimalizowane.



## 6.4

Jednostka, w umowie regulującej zasady współpracy z zakładem ubezpieczeń w zakresie bancassurance, powinna ustalić co najmniej:

1. jednoznaczny podział odpowiedzialności pomiędzy jednostką a zakładem ubezpieczeń, z uwzględnieniem przyjętego modelu biznesowego dotyczącego produktów i usług oferowanych w ramach bancassurance;
2. rolę jednostki wskazując, czy jest twórcą, współtwórcą produktów ubezpieczeniowych oraz czy występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego czy ubezpieczającego, albo oferującego umowę z jednostką, na podstawie której finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki;
3. zasady wynagradzania w związku z dystrybucją ubezpieczeń odzwierciedlające charakter i zakres czynności wykonywanych przez jednostkę;
4. zasady i zakres wymiany informacji niezbędnych do realizacji umowy przez każdą ze stron.

*Rekomendacja 6.4 stanowi połączenie Rekomendacji 6.3 i 6.4 z 2014 r.*

*Zgodnie z wymogiem wskazanym w Rekomendacji 6.4 lit. a), umowa pomiędzy zakładem ubezpieczeń a jednostką powinna **jednoznacznie wskazywać podmiot odpowiedzialny za dany obszar współpracy w ramach bancassurance**, w zależności od modelu biznesowego będącego podstawą relacji umownej pomiędzy stronami. Przyjęty model biznesowy, to inaczej zasady współpracy w zakresie usług bancassurance ustalone pomiędzy zakładem ubezpieczeń a jednostką. Rekomendacja U odwołuje się do 3 głównych modeli współpracy, w których jednostka:*

- 1) jest pośrednikiem ubezpieczeniowym*
- 2) jest ubezpieczającym w umowie grupowego ubezpieczenia*
- 3) jest ubezpieczającym i ubezpieczonym a klient jest finansującym ubezpieczenie jednostki.*

*Każdy z tych modeli wymaga wyraźnego i jednoznacznego podziału obowiązków, w taki sposób aby nie dochodziło do naruszenia interesu klienta ani wprowadzenia klienta w błąd co do roli jednostki. Zgodnie z Rekomendacją 11 jednostka powinna jednoznacznie wskazywać klientowi czy występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego, czy ubezpieczającego. Jednostka powinna poinformować finansującego ubezpieczenie, że występuje jako oferujący umowę z jednostką, na podstawie której finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki.*

*Każdy z możliwych do wdrożenia modeli biznesowych wiązać się będzie zatem z innym podziałem odpowiedzialności i podział ten powinien wynikać wprost z umowy. Opis modelu biznesowego powinien z kolei być uwzględniony w polityce w zakresie bancassurance opracowywanej przez jednostkę.*

*Podział odpowiedzialności pomiędzy zakładem ubezpieczeń a jednostką wynika także z roli jaką jednostka pełni we współpracy z zakładem ubezpieczeń. Stąd Rekomendacja 6.4 lit b) wymaga aby w umowie zawieranej przez jednostkę z zakładem ubezpieczeń **jasno wskazać pełnioną przez jednostkę rolę** i określić czy jest ona twórcą czy też współtwórcą produktów ubezpieczeniowych, pośrednikiem ubezpieczeniowym, ubezpieczającym czy oferującym umowę z jednostką.*

*Wymóg określenia zasad wynagradzania jednostki wynikający z Rekomendacji 6.4 lit c) dotyczy wyłącznie sytuacji, gdy jednostka występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego i wykonuje czynności z zakresu dystrybucji. Zasady wynagradzania jednostki występującej w roli pośrednika ubezpieczeniowego powinny w szczególności odpowiadać wytycznym z art. 7 ust. 2 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Sposób wynagradzania jednostki nie może być sprzeczny z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów. Oznacza to, że niedozwolone jest dokonywanie ustaleń dotyczących wynagrodzenia, celów sprzedaży czy jakiegokolwiek innych, które mogłyby stanowić zachętę do proponowania klientowi określonej umowy ubezpieczenia w sytuacji gdy jednostka działając jako pośrednik ubezpieczeniowy mogłaby zaproponować inną umowę, która lepiej odpowiadałaby potrzebom klienta. Do kwestii ustalania wynagradzania jednostki odwołuje się także Rekomendacja 20, zgodnie z którą wynagrodzenie jednostki otrzymywane z tytułu pośrednictwa ubezpieczeniowego powinno być ustalane przy uwzględnieniu interesu klienta oraz wysokości kosztów ochrony ubezpieczeniowej.*

*Szczególne zasady wynagradzania dotyczą produktów inwestycyjnych. Zgodnie z Rekomendacją 21.4. system wynagradzania z tytułu dystrybucji produktów o charakterze inwestycyjnym nie powinien generować nadmiernego ryzyka dla działalności prowadzonej przez jednostkę, w tym uwzględniać prawo klienta do wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia i roszczeń z tym związanych.*

*Zgodnie z Rekomendacją 6.4 lit. d) zakład ubezpieczeń i jednostka w zawieranej umowie regulującej zakres współpracy powinny także ustalić zasady i zakres wymiany informacji, które są niezbędne do realizacji umowy. Strony mogą te kwestie ustalić w dowolny sposób, z tym zastrzeżeniem, że nie może być wątpliwości co do tego w jakich okolicznościach dane informacje mają być przekazywane.*

# Rola jednostki

## REKOMENDACJA 7

Jednostka powinna prowadzić działalność zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta, w sposób niepowodujący wystąpienia konfliktu interesów, w szczególności jednostka powinna zapewnić takie funkcjonowanie, w którym nie będzie dochodziło do jednoczesnego, w tym faktycznego, występowania jednostki jako ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego.

**W odróżnieniu od Rekomendacji 7 z 2014 roku, odnoszących się do roli banku, tym razem jednostka jest zobowiązana do działania nie tylko w warunkach, które nie powodują wystąpienia konfliktu interesów (w szczególności jednoczesnego, w tym faktycznego występowania jako ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego), ale również do prowadzenia działalności zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta. Zobowiązanie do działania w najlepiej pojętym interesie klienta wynika również z art. 7 ust. 1 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń i powinno być interpretowane również w oparciu o ten przepis. Co ważne, w przypadku bancassurance zobowiązanie to nie dotyczy jedynie jednostki działającej jako dystrybutor, ale również jednostki działającej jako ubezpieczający w umowie na cudzy rachunek.**

### 7.1

Jednostka, jako ubezpieczający nie może jednocześnie – w ramach tej samej umowy ubezpieczenia – występować jako pośrednik ubezpieczeniowy. Jednoczesne, nawet faktyczne, występowanie jednostki jako ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego w ujęciu przedmiotowym jest niedopuszczalne.

*Rekomendacja 7.1. zakazuje jednostkom jednoczesnego występowania w tej samej umowie ubezpieczenia w roli ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego. Powyższy zakaz wynikał już z Rekomendacji w wersji z 2014 roku i był potwierdzeniem stanowiska UKNF, wyrażonego w liście Przewodniczącego KNF z dnia 21 lutego 2012 roku (DLU/606/33/1/2012).*

*Jak wynika z treści Rekomendacji 7.1., jednostka, jako ubezpieczający w danej umowie nie może nie tylko pośredniczyć w zawieraniu tej umowy ubezpieczenia, ale również wykonywać innych czynności pośrednictwa, niezwiązanych w ogóle z zawarciem umowy ubezpieczenia. Z tego względu należałoby uznać ten zakaz za zbyt szeroki. Można zgodzić się co do tego, że jednostka nie powinna pośredniczyć w zawarciu umowy ubezpieczenia, której jest stroną, co jednak nie jest tak oczywiste, ponieważ prawo wprost nie zabrania tego rodzaju działania. Brak jest natomiast podstaw prawnych do rozszerzenia tego zakazu na inne czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, niezwiązane z doprowadzeniem do zawarcia czy samym zawarciem umowy ubezpieczenia, a związane z wykonywaniem przez jednostkę zawartej przez nią umowy ubezpieczenia, np. czynności polegających na przyjmowaniu różnych oświadczeń czy dokumentów od klientów i przekazywanie ich zakładowi ubezpieczeń, w szczególności zgłoszeń wypadków ubezpieczeniowych czy wniosków o wypłatę świadczenia. Nie powinno budzić wątpliwości, że wykonywanie przez jednostkę takich czynności, związanych wyłącznie z wykonywaniem umowy ubezpieczenia nie pociąga za sobą konfliktu interesów, a wręcz przeciwnie stanowi korzystne rozwiązanie dla klientów jednostki (jeśli jednostka jest pośrednikiem zakładu ubezpieczeń, wszelkie działania klienta podjęte wobec banku odniosą bezpośredni skutek wobec samego zakładu ubezpieczeń). Stąd objęcie Rekomendacją 7.1. również tych czynności uznać należy za nieuzasadnione.*

## 7.2

Występowanie jednostki jako ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego można uznać za dopuszczalne wyłącznie w przypadku, gdy dotyczy różnych umów ubezpieczenia i nie pozostaje w sprzeczności z najlepiej pojętym interesem klienta.

*Rekomendacja 7.2. to w zasadzie wyrażenie zasady, która wynika z treści Rekomendacji 7.1. zakazującej jednostce jednoczesnego występowania w danej umowie, jako ubezpieczający i pośrednik ubezpieczeniowy. Zgodnie z Rekomendacją 7.2. jednostka może być zarówno ubezpieczającym, jak i pośrednikiem ubezpieczeniowym, o ile w przypadku konkretnej umowy ubezpieczenia nie działa w podwójnej roli, czyli zarówno, jako pośrednik jak i ubezpieczający. Przy czym, w odróżnieniu od treści podobnej Rekomendacji przyjętej w 2014 roku, możliwość działania jako ubezpieczający i pośrednik w przypadku różnych umów ubezpieczenia została dodatkowo ograniczona brakiem sprzeczności z najlepiej pojętym interesem klienta. Biorąc pod uwagę możliwe wieloznaczne rozumienie pojęcia „interes klienta” (nie można wykluczyć różnego rozumienia tego terminu przez rynek i regulatora), bez wątpienia ta Rekomendacja stanowi potencjalny obszar nadużywania uprawnień nadzorczych. W efekcie jej ostateczne rozumienie będzie uzależnione do przyszłych postępowań kontrolnych i sądowych.*

## 7.3

Jednostka powinna w sposób czytelny i przejrzysty dokonać podziału kosztów związanych z obsługą umowy o produkt jednostki oraz kosztów związanych z korzystaniem z ochrony ubezpieczeniowej wykorzystywanej do zabezpieczenia wiarygodności jednostki.

*Transparentność kosztów wynikająca z Rekomendacji 7.3. to z całą pewnością krok w dobrym kierunku. Przejrzysty podział kosztów wynikający z tej Rekomendacji może jednak być dość trudny np. w sytuacji angażowania tych samych pracowników zarówno do obsługi umowy kredytowej, jak i obsługi programu ubezpieczeniowego. Jednakże Rekomendacja 7.3 ma tożsame brzmienie co Rekomendacja 7.5. z 2014 roku, w efekcie nie pozostaje nic innego jak oprzeć się na praktyce wypracowanej do tej pory przez rynek w tym obszarze.*

# RAPORT PRAWNY

To unikatowa usługa świadczona przez Kancelarię, polegająca na sporządzeniu dla Klienta **obszernego raportu prawnego na temat zmian w prawie.**

zeskanuj kod QR  
i dowiedz się więcej



- **„Szyty na miarę”** w zależności od potrzeb Klienta
- Sporządzany w cyklu **dwutygodniowym lub miesięcznym.**
- Raport w **formie elektronicznej** – oszczędzamy czas i środowisko!



# Polityka rachunkowości

## REKOMENDACJA 8

Zarząd i rada nadzorcza są odpowiedzialne za zapewnienie, aby zasady (polityka) rachunkowości w zakresie rozliczania przychodów i kosztów z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych były zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przede wszystkim z wynikającą z nich zasadą przewagi treści ekonomicznej nad formą prawną. W przypadku oddziału instytucji kredytowej oraz oddziału banku zagranicznego odpowiedzialność w obszarze rachunkowości w zakresie rozliczania przychodów i kosztów z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych spoczywa na dyrektorze oddziału.

**Celem Rekomendacji 8 jest ujednolicenie podejścia banków do ujmowania w wynikach finansowych przychodów i kosztów z tytułu sprzedaży ubezpieczeń, co m.in. pozwoli na uniknięcie zawyżania wyników finansowych spowodowane głównie nieprawidłowym rozliczaniem prowizji ubezpieczeniowych. Sposób ujmowania tych przychodów i kosztów powinien być zgodny przede wszystkim z zasadą przewagi treści ekonomicznej nad formą prawną, w celu rzetelnego i jasnego przedstawienia sytuacji majątkowej i finansowej oraz wyniku finansowego. Rekomendacja 8 z całą pewnością wymaga pogłębionej analizy księgowo-podatkowej, a nie prawno-biznesowej, dlatego też, jako prawnicy, przedstawimy poniżej jedynie ogólne uwagi do treści tych rekomendacji. W stosunku do Rekomendacji z 2014 roku, tutaj wskazano również dyrektora oddziału, jako osobę odpowiedzialną w obszarze rachunkowości w zakresie rozliczania przychodów i kosztów z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, przypadku oddziału instytucji kredytowej oraz oddziału banku zagranicznego odpowiedzialność.**

**Zasada przewagi treści ekonomicznej nad formą prawną została wprowadzona do polskiego systemu prawnego na mocy art. 4 ust. 2 ustawy o rachunkowości. W celu dostarczenia wiarygodnej informacji na temat dokonywanych przez jednostkę transakcji i zdarzeń gospodarczych należy je ujmować w systemie rachunkowości zgodnie z ich treścią ekonomiczną, a nie formą prawną. Inaczej mówiąc – nie ma większego znaczenia to w jakiej formie przeprowadzono daną transakcję, ważne jest to jaki ma ona skutek ekonomiczny dla przedsiębiorcy.**

**Pierwotne zalecenia zawarte w Rekomendacji 8 opierały się na wcześniejszych stanowiskach KNF m.in. Stanowisku UKNF w sprawie sprawozdań finansowych banków z dnia 23 grudnia 2013 roku oraz Stanowisku UKNF w sprawie sposobu ujmowania przez banki w przychodach prowizji ubezpieczeniowych, z dnia 7 marca 2013 roku.**

**Zarząd i rada nadzorcza, a w przypadku oddziału – dyrektor oddziału, są odpowiedzialni za rzetelne przedstawienie w sprawozdaniu finansowym sytuacji majątkowej i finansowej, w tym wyniku finansowego. Wymóg ani nie nowy, ani niespecjalnie odkrywczy, ponieważ tego rodzaju obowiązki spoczywają na organach zarządzających od dawna.**

**To na zarządzie ciąży obowiązek zapewnienia, aby polityka rachunkowości w zakresie rozliczania opłat z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych była zgodna z obowiązującymi zasadami rachunkowości w tym - zasadą przewagi treści ekonomicznej nad formą prawną.**



**KNF zwraca uwagę na to, żeby ustalona polityka rachunkowości wynikała bezpośrednio z treści ekonomicznej produktów ubezpieczeniowych (wysokość składek, wysokości prowizji, opłat i kosztów, itp.). Polityka rachunkowości powinna zawierać rozróżnienie zasad rachunkowości zgodnie z treścią ekonomiczną dla otrzymywanych przez jednostkę opłat stanowiących:**

- **integralną część wynagrodzenia z tytułu oferowanego dodatkowo instrumentu finansowego,**
- **wynagrodzenie za usługę pośrednictwa, rozpoznawane jednorazowo w momencie spełnienia zobowiązania do wykonania świadczenia,**
- **wynagrodzenie rozliczane w czasie w trakcie spełniania zobowiązań do wykonania świadczeń dodatkowych czynności po dokonaniu sprzedaży produktu ubezpieczeniowego.**

**Rekomendacja 8.5. szczegółowo wskazuje, kiedy mamy do czynienia z bezpośrednim powiązaniem produktu ubezpieczeniowego z instrumentem finansowym, Następuje to wówczas, gdy jest spełniony co najmniej jeden z dwóch warunków:**

- 1) instrument finansowy jest oferowany przez jednostkę zawsze z produktem ubezpieczeniowym, tj. obydwie transakcje zostały zawarte w tym samym czasie lub zostały zawarte w sekwencji, w której każda kolejna transakcja wynika z poprzedniej;**
- 2) produkt ubezpieczeniowy jest oferowany przez jednostkę wyłącznie z instrumentem finansowym, tj. nie ma możliwości zakupu w jednostce produktu ubezpieczeniowego identycznego co do formy prawnej, warunków i treści ekonomicznej bez połączonego z nim zakupu instrumentu finansowego**

**KNF wyszczególniła również (w Rekomendacji 8.6.) jakich czynności należy dokonać przy analizie powiązania produktu ubezpieczeniowego z instrumentem finansowym przy braku spełnienia jednego z ww. warunków.**

**W zakresie prawidłowego ewidencjonowania rozliczeń z tytułu zwrotu wynagrodzenia (np. z tytułu wypowiedzenia przez klienta umowy ubezpieczenia, przedpłat lub z innych tytułów) jednostka zobowiązana jest stosować odpowiednio Międzynarodowy Standard Sprawozdawczości Finansowej 15 „Przychody z umów z klientami”.**

**Poniżej przedstawiamy w całości treść Rekomendacji 8.**

## **8.1**

Zarząd i rada nadzorcza lub dyrektor oddziału są odpowiedzialne za rzetelne przedstawienie w sprawozdaniu finansowym sytuacji majątkowej i finansowej, w tym wyniku finansowego.

## **8.2**

Zarząd jest odpowiedzialny za ustalenie oraz aktualizację w formie pisemnej szczegółowej polityki rachunkowości w zakresie ujmowania i rozliczania opłat z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych oferowanych klientom oraz treści ekonomicznej tych produktów. Ustalona przez zarząd w sposób jasny i nie budzący wątpliwości polityka rachunkowości w zakresie ujmowania i rozliczania opłat z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych powinna być przedstawiona również w rocznym statutowym sprawozdaniu finansowym, tak aby umożliwić odbiorcy sprawozdania finansowego zrozumienie tych zasad.

## **8.3**

Polityka rachunkowości dotycząca ujmowania i rozliczania przychodów i kosztów oferowanych produktów ubezpieczeniowych powinna wynikać bezpośrednio z treści ekonomicznej tych produktów. Polityka rachunkowości dotycząca ujmowania i rozliczania przychodów i kosztów oferowanych produktów ubezpieczeniowych powinna zawierać także rozróżnienie zasad rachunkowości zgodnie z treścią ekonomiczną dla otrzymywanych przez jednostkę opłat stanowiących:

- a. integralną część wynagrodzenia z tytułu oferowanego dodatkowo instrumentu finansowego;
- b. wynagrodzenie za usługę pośrednictwa, rozpoznawane jednorazowo w momencie spełnienia zobowiązania do wykonania świadczenia;
- c. wynagrodzenie rozliczane w czasie w trakcie spełniania zobowiązań do wykonania świadczeń dodatkowych czynności po dokonaniu sprzedaży produktu ubezpieczeniowego.

## 8.4

W przypadku oferowania produktów ubezpieczeniowych wraz z instrumentem finansowym, opłaty uzyskiwane przez jednostkę dotyczące sprzedaży produktu ubezpieczeniowego stanowią integralną część wynagrodzenia z tytułu oferowanego instrumentu finansowego, w przypadku gdy produkt ubezpieczeniowy jest bezpośrednio powiązany z instrumentem finansowym, z uwzględnieniem Rekomendacji 8.9.

## 8.5

Bezpośrednie powiązanie produktu ubezpieczeniowego z instrumentem finansowym występuje w szczególności, gdy jest spełniony co najmniej jeden z dwóch warunków:

1. instrument finansowy jest oferowany przez jednostkę zawsze z produktem ubezpieczeniowym, tj. obydwie transakcje zostały zawarte w tym samym czasie lub zostały zawarte w sekwencji, w której każda kolejna transakcja wynika z poprzedniej;
2. produkt ubezpieczeniowy jest oferowany przez jednostkę wyłącznie z instrumentem finansowym, tj. nie ma możliwości zakupu w jednostce produktu ubezpieczeniowego identycznego co do formy prawnej, warunków i treści ekonomicznej bez połączonego z nim zakupu instrumentu finansowego.

Zakresem analizy powiązania produktu ubezpieczeniowego z instrumentem finansowym należy objąć również instrumenty finansowe, które nie są oferowane umownie łącznie z umową ubezpieczenia, ale które są ujmowane w bilansie w wyniku sprzedaży produktu ubezpieczeniowego, niezależnie od tego czy ujęcie to było rezultatem umowy z zakładem ubezpieczeń czy przyjętej praktyki biznesowej. Takie transakcje w swej istocie stanowią pojedynczą umowę, która zmierza do osiągnięcia korzyści ekonomicznych. Wystąpienie jednej transakcji jest bowiem warunkowe i zależne od wystąpienia drugiej transakcji.

## 8.6

Przy braku spełnienia jednego z warunków, o których mowa w Rekomendacji 8.5 należy dodatkowo dokonać szczegółowej analizy treści ekonomicznej produktu ubezpieczeniowego, w tym spełnienia kryteriów niezależności umów ubezpieczenia od oferowanych instrumentów finansowych poprzez ustalenie co najmniej:

- a. stopnia sprzedaży produktów łączonych, tj. procentowy udział instrumentów finansowych z ochroną ubezpieczeniową w liczbie umów dotyczących instrumentów finansowych w portfolio jednostki – w podziale na instrumenty finansowe zgodne z ofertą produktową jednostki, produkty ubezpieczeniowe i grupy ubezpieczeń;
- b. wpływu uwzględnienia wynagrodzenia z tytułu ubezpieczeń i kosztów pośrednictwa kredytowego na rentowność poszczególnych instrumentów finansowych – w podziale na instrumenty finansowe zgodnie z ofertą produktową jednostki, produkty ubezpieczeniowe i grupy ubezpieczeń;
- c. średniego rzeczywistego rocznego oprocentowania poszczególnych instrumentów finansowych w portfolio jednostki, w podziale na zawierające ochronę ubezpieczeniową (w podziale na instrumenty finansowe zgodnie z ofertą produktową jednostki, produkty ubezpieczeniowe i grupy ubezpieczeń) i bez ochrony ubezpieczeniowej (w podziale na instrumenty finansowe zgodnie z ofertą produktową jednostki) z uwzględnieniem okresowych promocji oferowanych przez jednostkę (w podziale na instrumenty finansowe zgodnie z ofertą produktową jednostki);
- d. możliwości przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej bez posiadania instrumentu finansowego;
- e. przy braku wymogu zawarcia przez klienta umowy ubezpieczenia do nabywanego przez niego instrumentu finansowego – liczby zbliżonych w zakresie warunków i zasad umów ubezpieczenia zawartych w innych zakładach ubezpieczeń niż zakład ubezpieczeń, którego produkty są oferowane przez jednostkę łącznie z instrumentem finansowym (procentowy udział w całym portfolio kredytowym – w podziale na instrumenty finansowe zgodnie z ofertą produktową jednostki);

- f. liczby rezygnacji i wysokości zwracanych prowizji – w podziale na instrumenty finansowe zgodnie z ofertą produktową jednostki, produkty ubezpieczeniowe i grupy ubezpieczeń;
- g. liczby umów ubezpieczenia kontynuowanych po wcześniejszej spłacie kredytu, wraz z informacją o produktach kredytowych, z którymi były powiązane;
- h. zakresu czynności wykonywanych przez jednostkę na rzecz zakładu ubezpieczeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;
- i. efektów analizy raportów zarządczych dotyczących wyników poszczególnych linii biznesowych, instrumentów finansowych zgodnie z ofertą produktową jednostki.

## 8.7

Otrzymane lub należne wynagrodzenie z tytułu oferowania produktów ubezpieczeniowych dla produktów bezpośrednio powiązanych z instrumentami finansowymi wycenianymi według zamortyzowanego kosztu/skorygowanej ceny nabycia, powinno być rozliczane metodą efektywnej stopy procentowej i ujmowane w przychodzie odsetkowym, z zastrzeżeniem Rekomendacji 8.9, 8.11 i 8.14. W przypadku produktów ubezpieczeniowych bezpośrednio powiązanych z instrumentami finansowymi wycenianymi według zamortyzowanego kosztu/skorygowanej ceny nabycia, ale zawartych na inny okres niż powiązany instrument finansowy, otrzymane lub należne wynagrodzenie powinno być ujmowane w kalkulacji efektywnej stopy procentowej i ujmowane w przychodzie odsetkowym przez okres trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem Rekomendacji 8.9, 8.11 i 8.14.

## 8.8

Otrzymane lub należne jednostce wynagrodzenie z tytułu wykonywania usługi pośrednictwa, które należy oceniać pod kątem treści ekonomicznej, powinno być ujęte w przychodach z tytułu prowizji w momencie spełnienia zobowiązania do wykonania świadczenia, czyli sprzedaży produktu ubezpieczeniowego lub jego odnowienia, z zastrzeżeniem Rekomendacji 8.9, 8.11, 8.13, 8.14 i 8.15.

## 8.9

Analiza bezpośredniego powiązania produktu ubezpieczeniowego z instrumentem finansowym, o którym mowa w Rekomendacji 8.4 może skutkować podziałem produktu złożonego, tj. wydzieleniem wartości godziwej oferowanego instrumentu finansowego oraz wartości godziwej produktu ubezpieczeniowego sprzedawanego łącznie z tym instrumentem.

W takim przypadku, należne jednostce wynagrodzenie z tytułu sprzedaży produktu ubezpieczeniowego powinno być podzielone pomiędzy część stanowiącą element zamortyzowanego kosztu/skorygowanej ceny nabycia instrumentu finansowego oraz część stanowiącą wynagrodzenie za wykonywanie czynności agencyjnych. Podział wynagrodzenia powinien być dokonany w proporcji: odpowiednio wartości godziwej instrumentu finansowego oraz wartości godziwej usługi pośrednictwa w stosunku do sumy obu tych wartości.

## 8.10

Wycena wartości godziwej powinna opierać się na aktualnych/bieżących danych rynkowych. Nie ma uzasadnienia, aby ustalenie wartości godziwej:

- a. usługi pośrednictwa nie opierało się na podejściu rynkowym polegającym na wykorzystaniu cen i innych odpowiednich informacji generowanych przez identyczne lub porównywalne transakcje rynkowe;
- b. instrumentu finansowego (kredyt/pożyczka lub depozyt) nie opierało się na podejściu dochodowym opartym na przeliczeniu przyszłych kwot na wartość bieżącą.

## 8.11

Koszty bezpośrednio związane ze sprzedażą produktu ubezpieczeniowego, o którym mowa w Rekomendacji 8.9 powinny być rozliczone zgodnie z następującymi zasadami:

a) jako element zamortyzowanego kosztu/skorygowanej ceny nabycia instrumentu finansowego, jeżeli całość przychodów związanych ze sprzedażą produktu ubezpieczeniowego będzie rozliczana metodą efektywnej stopy procentowej,

lub

b) w proporcji zastosowanej przy podziale przychodów na rozpoznawane w ramach kalkulacji zamortyzowanego kosztu/skorygowanej cenie nabycia i przychodów rozpoznawanych w momencie spełnienia lub w trakcie spełniania zobowiązania do wykonania świadczenia jako wynagrodzenia z tytułu wykonania usługi agencyjnej/pośrednictwa, jeżeli dokonano podziału przychodów zgodnie z postanowieniami Rekomendacji 8.9.

## 8.12

Nie ma możliwości rozliczania w czasie kosztów stałych lub niepowiązanych bezpośrednio ze sprzedażą produktów ubezpieczeniowych lub instrumentów finansowych. Powinny one być ujmowane w momencie ich poniesienia. Koszty, o których mowa w Rekomendacji 8.11 związane ze sprzedażą produktu ubezpieczeniowego mogą być w całości (lit. a) lub części (lit. b) rozliczone metodą efektywnej stopy procentowej. W przypadku części dotyczącej świadczenia usług, także w ściśle określonych przypadkach inkrementalne (krańcowe) koszty sprzedaży bezpośrednio związane z daną umową mogą podlegać aktywowaniu.

## 8.13

Jeżeli jednostka wykonuje jakiejkolwiek czynności lub usługi wynikające z oferowanego produktu ubezpieczeniowego lub jeżeli wykonywanie takich czynności jest prawdopodobne, wynagrodzenie, o którym mowa w Rekomendacji 8.8 lub jego część należy rozliczać w trakcie spełniania zobowiązania do wykonania świadczenia poprzez przekazanie przyrzeczonej usługi. Wynagrodzenie to powinno być ujmowane w przychodach z tytułu prowizji.

## 8.14

Jednostka powinna dokonywać szacunku części wynagrodzenia, która będzie zwracana (np. z tytułu wypowiedzenia przez klienta umowy ubezpieczenia, przedpłat lub z innych tytułów) w okresach po sprzedaży produktu ubezpieczeniowego z uwzględnieniem przepisów par. 55 oraz B20 – B27 MSSF 15. W części odnoszącej się do przychodów rozliczanych według zamortyzowanego kosztu/ skorygowanej ceny nabycia przewidywane zwroty powinny być uwzględnione przy szacowaniu przepływów pieniężnych przyjętych do wyliczenia efektywnej stopy procentowej; natomiast w części rozliczanej na zasadach określonych w Rekomendacji 8.8 powinno stanowić zobowiązanie do zwrotu wynagrodzenia w wysokości przewidywanych zwrotów; w sytuacji, gdy zostanie dokonany podział wynagrodzenia opisany w Rekomendacji 8.9, przewidywane zwroty dotyczące części rozliczanej metodą efektywnej stopy procentowej oraz ujętej jako wynagrodzenie za czynności agencyjne powinny zostać przypisane do tych elementów w sposób analogiczny, jak zostało podzielone wynagrodzenie. Prawidłowość szacunków dotyczących poziomu przewidywanych zwrotów powinna być weryfikowana każdorazowo po powzięciu informacji o istotnych zmianach w tym zakresie, nie rzadziej niż na dzień bilansowy.

## 8.15

Wynagrodzenie, o którym mowa w Rekomendacji 8.13, powinno być ujmowane w przychodach z tytułu prowizji z zachowaniem zasad dotyczących spełnienia zobowiązań w czasie określonych w par. 35 – 37 MSSF 15.

a. Zgodnie z zasadami określenia spełnienia zobowiązania do wykonania świadczenia w czasie przychody ujmuje się w miarę upływu czasu, jeżeli spełnione są warunki określone w par. 35 MSSF 15. Pomiar stopnia całkowitego spełnie-



nia zobowiązania do wykonania świadczenia powinien odbywać się z zachowaniem zasad opisanych w par. 39 – 43 MSSF 15;

b. Jednostka ujmuje przychody z tytułu spełnienia zobowiązania do wykonania świadczenia w miarę upływu czasu tylko wtedy, gdy może dokonać racjonalnego pomiaru stopnia całkowitego spełnienia tego zobowiązania do wykonania świadczenia. Konsekwencją braku możliwości oszacowania w sposób wiarygodny kosztów usług lub czynności świadczonych przez jednostkę w odniesieniu do produktów ubezpieczeniowych lub zwrotów, o których mowa w Rekomendacji 8.14, jest ujmowanie przychodów tylko do wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów (zasady opisane w Rekomendacji 8.8);

c. Prowizje rozpoznawane w momencie spełnienia zobowiązania do wykonania świadczenia będą ujmowane w przychodach z tytułu prowizji, gdy warunki zawarte w umowie ubezpieczenia nie zobowiązują jednostkę do jakiegokolwiek dalszego działania formalnego lub zwyczajowego.

## 8.16

Jednostki sporządzające sprawozdanie finansowe zgodnie z ustawą o rachunkowości i przepisami wykonawczymi do ustawy o rachunkowości mogą zastosować uproszczenie polegające na rozłożeniu pobranego wynagrodzenia z tytułu oferowania produktów ubezpieczeniowych i rozłożeniu kosztów, o których mowa w Rekomendacji 8.11 przez okres trwania ochrony ubezpieczenia, które w części powiązanej bezpośrednio z instrumentem finansowym należy prezentować w przychodzie z tytułu odsetek, natomiast pozostałe przychody związane z dystrybucją ubezpieczeń w przychodzie z tytułu prowizji. Koszty odpowiednio korygują przychody z tytułu odsetek i przychody z tytułu prowizji. Oszacowana przez jednostkę wartość przewidywanych zwrotów odnosząca się do usługi pośrednictwa powinna stanowić zobowiązanie do zwrotu wynagrodzenia do czasu realizacji zobowiązania, natomiast odnosząca się do części powiązanej bezpośrednio z instrumentem finansowym koryguje wartość bilansową tego instrumentu.

## REKOMENDACJA 9

Komitet audytu powinien monitorować system kontroli wewnętrznej i system zarządzania ryzykiem w jednostce, w której istnieje obowiązek utworzenia takiego komitetu w zakresie rozliczania przychodów i kosztów z tytułu dystrybucji ubezpieczeń.

**Zgodnie z definicją zawartą w słowniczku stosowanych pojęć „Komitet audytu”, to komitet do spraw audytu, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 537/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie szczegółowych wymogów dotyczących ustawowych badań sprawozdań finansowych jednostek interesu publicznego, uchylającym decyzję Komisji 2005/909/WE (Dz. Urz. L 158 z 27.05.2014, str. 77, z późn. zm.) oraz w rozdziale 8 ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1015).**

**Członkowie komitetu audytu są powoływani przez radę nadzorczą lub inny organ nadzorczy lub kontrolny spośród członków tego organu. W skład komitetu audytu wchodzi przynajmniej trzech członków. Przynajmniej jeden członek komitetu audytu posiada wiedzę i umiejętności w zakresie rachunkowości lub badania sprawozdań finansowych.**

## 9.1

Zadaniem komitetu audytu jest analiza skuteczności funkcjonowania systemu kontroli wewnętrznej i systemu zarządzania ryzykiem kredytowym w zakresie prawidłowego rozliczania przychodów i kosztów z tytułu dystrybucji ubezpieczeń.

*Szczegółowo zadania komitetu audytu zostały opisane w Rozdziale 8 ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1015)*

## 9.2

Członkowie komitetu audytu powinni być informowani o planowanych zmianach w polityce rachunkowości oraz ich wpływie na przyszłe wyniki finansowe oraz istotnych zmianach w zakresie bancassurance.

## 9.3

Komitet audytu jest zobowiązany do zapewnienia, aby firmy audytorskie biorące udział, w ramach badania sprawozdania finansowego jednostki, w weryfikacji zasad rozliczania przychodów i kosztów z tytułu dystrybucji ubezpieczeń dochowywały wszelkich wymogów dotyczących niezależności biegłego rewidenta.

*Wymóg niezależności biegłego rewidenta wynika m.in. z art. 69 ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1015). Biegły rewident, przeprowadzając badanie, wykonując usługę atestacyjną inną niż badanie lub usługę pokrewną działa w interesie publicznym i przestrzega zasad etyki zawodowej, w szczególności:*

- 1) zachowuje uczciwość, obiektywizm, zawodowy sceptycyzm i należyłą staranność;*
- 2) posiada odpowiednie kompetencje zawodowe;*
- 3) przestrzega tajemnicy zawodowej.*

*Firma audytorska, członkowie zespołu wykonującego badanie oraz osoba fizyczna mogący wpłynąć na wynik badania są niezależni od badanej jednostki i nie biorą udziału w procesie podejmowania decyzji przez badaną jednostkę co najmniej w okresie objętym badanym sprawozdaniem finansowym oraz okresie przeprowadzania badania.*