

REKOMENDACJA U

dotycząca dobrych praktyk
w zakresie bancassurance

Wstępny komentarz do Rekomendacji U
Komisji Nadzoru Finansowego

Relacje z klientami i finansującymi ubezpieczenie

REKOMENDACJA 10

Jednostka powinna posiadać, sporządzone w formie pisemnej lub elektronicznej, procedury określające sposób informowania klientów o oferowanych produktach ubezpieczeniowych w ramach bancassurance. Procedury te powinny zapobiegać niedostosowaniu produktu ubezpieczeniowego do wymagań i potrzeb klienta. Procedury powinny obejmować oferowanie produktów ubezpieczeniowych w ramach dystrybucji ubezpieczeń oraz przystąpienia do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek. Jednostka powinna posiadać również, sporządzone w formie pisemnej lub elektronicznej, procedury określające sposób informowania finansującego ubezpieczenie.

Rekomendacja 10 stanowi rozbudowaną i dostosowaną do zmian w przepisach prawa wersję Rekomendacji 9 z 2014 r., zgodnie z którą bank powinien prowadzić rzetelną politykę informacyjną oraz zapewnić, że dystrybucja produktów ubezpieczeniowych w ramach bancassurance nie będzie generować ryzyka oferowania produktów niedostosowanych do potrzeb klientów. Zgodnie z wymogiem wynikającym aktualnie wprost z art. 8 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, proponowana umowa ubezpieczenia powinna być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Sporządzone i wdrożone przez jednostkę procedury mają zatem stworzyć gwarancję faktycznego stosowania tego wymogu jak i umożliwić rozliczalność z jego spełniania przez dystrybutora ubezpieczeń.

Wymóg sporządzenia odpowiednich procedur dotyczy każdej możliwej roli w jakiej jednostka występuje w zakresie bancassurance, tj. zarówno jako pośrednik ubezpieczeniowy, ubezpieczający w grupowej umowie ubezpieczenia jak i strona umowy, w ramach której podmiot inny niż klient finansuje ubezpieczenie. Wymóg ten ma zatem zabezpieczyć relacje z klientami i finansującymi ubezpieczenie w najszerszym możliwym zakresie.

10.1

Jednostka, działająca jako pośrednik ubezpieczeniowy, powinna posiadać procedury postępowania zapobiegające oferowaniu produktów ubezpieczeniowych niedostosowanych do wymagań i potrzeb klientów. Procedury powinny obejmować zarówno zasady dotyczące identyfikacji wymagań i potrzeb klienta, jak również sposób oceny, czy produkt ubezpieczeniowy jest zgodny z wymaganiami i potrzebami klienta.

Rekomendacja 10.1. precyzuje, że w sytuacji gdy jednostka występuje w roli dystrybutora ubezpieczeń, wówczas ma obowiązek opracować, wdrożyć i stosować procedury mające na celu weryfikację przestrzegania art. 8 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zgodnie z którym proponowana umowa ubezpieczenia ma odpowiadać wymaganiom i potrzebom klienta. Procedura powinna w pierwszej kolejności obejmować zasady identyfikacji wymagań i potrzeb klienta, a zatem wskazywać sposób, formę i zakres w jaki analiza ma zostać przeprowadzona. Określenie takich zasad ma ułatwić osobom wykonującym czynności agencyjne w imieniu jednostki wykonanie ich w sposób prawidłowy, a dzięki temu minimalizujący ryzyko niedostosowania produktu do wymagań i potrzeb klienta. Rekomendacja nie precyzuje tego wyraźnie, zatem to po stronie jednostki leży ustalenie jak bardzo szczegółowe mają być to zasady.

W procedurze należy także opisać stosowany przez jednostkę sposób oceny tego, czy produkt odpowiada zidentyfikowanym potrzebom klienta. Jednostka powinna zatem ustalić w jaki sposób i z jaką częstotliwością będą przeprowadzane takie oceny, kto będzie ich dokonywał i w jakim zakresie oraz czy będą dotyczyć wszystkich, czy też wybranych wyrywkowo przypadków. W przypadku, gdy analiza wymagań i potrzeb została przeprowadzona przez dystrybutora, w procedurze należałoby uwzględnić wymagane sposoby jej dokumentowania. W sytuacji, gdy klient świadomie odmawia poddania się takiej analizie, wówczas jednostka również powinna zadbać o potwierdzenie tego faktu przez klienta, podobnie jak w sytuacji, gdy analiza została przeprowadzona ale klient ostatecznie zdecydował się na inny wariant ubezpieczenia lub inny produkt ubezpieczeniowy niż ten wynikający z analizy wymagań i potrzeb.

10.2

Jednostka zamierzająca zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek powinna posiadać procedury pozwalające jej, jako ubezpieczającemu, na uzyskanie informacji o wymaganiach i potrzebach potencjalnych klientów, tak aby umożliwić dystrybutorowi ubezpieczeń zaoferowanie jednostce umowy ubezpieczenia spełniającej wymagania i potrzeby tych klientów.

Rekomendacja 10.2 odwołuje się do przypadku, gdy jednostka występuje w roli ubezpieczającego w umowie ubezpieczenia zawieranej na rachunek klienta. Wówczas opracowane przez jednostkę procedury powinny przede wszystkim określać jakiego rodzaju informacje, w jaki sposób i w jakim zakresie należy uzyskać od potencjalnego klienta, aby produkt proponowany jednostce jako ubezpieczającemu przez dystrybutora ubezpieczeń spełniał również wymagania i potrzeby ubezpieczonych. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na nową kategorię podmiotów, nieznaną w dotychczasowych przepisach (choćby w Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń), czyli „potencjalnego klienta”. Zgodnie z omawianą Rekomendacją ubezpieczający w umowie na cudzy rachunek (w praktyce najczęściej będzie to dotyczyć umów ubezpieczenia grupowego) powinien uzyskać informacje o wymaganiach i potrzebach właśnie potencjalnych klientów. Tym samym KNF potwierdza pogląd prezentowany przez część doktryny (w tym przez autorów tego komentarza), że w praktyce przyszły ubezpieczony, czyli potencjalny klient, powinien być traktowany podobnie jak każdy inny „klient” w rozumieniu przepisów Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

Rekomendacja 10.2 potwierdza zatem, że w przypadku umów grupowego ubezpieczenia podmiotem, którego wymagania i potrzeby należy zweryfikować, oprócz ubezpieczającego jest także przyszły ubezpieczony. Wymóg ten nie wynika wprost z Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, co powodowało, że dotychczas w praktyce stosowano różne podejścia do tego zagadnienia. Jednostka ma dowolność w ustaleniu sposobu i zakresu pozyskania informacji od przyszłego ubezpieczonego. Może zatem w procedurze przewidzieć, że podobnie jak przy indywidualnych umowach ubezpieczenia, analiza będzie przeprowadzana w formie ankiety, w której zbierane będą kluczowe dane pozwalające na identyfikację wymagań i potrzeb klientów, tj. w szczególności pożądany zakres ochrony, akceptowalna wysokość składki ubezpieczeniowej, czy wyłączenia lub ograniczenia ochrony.

Warto też wskazać, że konstrukcja przyjęta w Rekomendacji 10.2 zdaje się odbiegać od generalnej zasady przyjętej w art. 8 ust. 1, zgodnie z którą to dystrybutor ubezpieczeń określa, na podstawie uzyskanych od klienta informacji, jego wymagania i potrzeby. Póki co w naszym systemie prawnym ubezpieczający nie jest dystrybutorem, zatem można mieć zasadne wątpliwości co do tego, czy rozwiązanie wynikające z omawianej Rekomendacji jest zgodne z prawem. Pytanie, kto w takiej sytuacji będzie odpowiadać za skutki pozyskania niewłaściwych lub też niepełnych informacji od potencjalnego klienta.

10.3

Jednostka powinna posiadać procedury postępowania, w tym dokumentowania, dotyczące informowania finansującego ubezpieczenie o prawach i obowiązkach, wynikających z jego zobowiązania się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki w przypadku umów ubezpieczenia, w których jednostka jest zarówno ubezpieczającym, jak i ubezpieczonym.

Zgodnie z Rekomendacją 10.3 jednostka zawierając w ramach prowadzonej działalności bancassurance umowy, w których występuje jako ubezpieczający i ubezpieczony, a finansującym ubezpieczenie jest inny podmiot, jest zobowiązana do opracowania, wdrożenia i stosowania procedur określających sposób i zakres informowania finansującego ubezpieczenie o jego prawach i obowiązkach. Rekomendacja ma charakter ochronny i tym samym gwarancyjny, mający na celu zapobieganie sytuacjom, że finansujący ubezpieczenie o swoich obowiązkach dowiaduje się dopiero w momencie konieczności ich realizacji. Znajomość praw i obowiązków przed zobowiązaniem się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej ma zagwarantować podjęcie przez finansującego bardziej świadomej decyzji w tym zakresie.

REKOMENDACJA 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.

Rekomendacja 11 stanowi rozbudowaną wersję Rekomendacji 19 z 2014 r., która obligowała bank do jednoznacznego wskazania klientowi czy występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego czy ubezpieczającego. W Rekomendacji z 2023 r. organ nadzoru dodatkowo wymaga, aby jednostka informowała o swojej roli finansującego ubezpieczenie. Sposób sformułowania, zakres jak i szczegółowość informacji pozostaje w gestii jednostki. Kluczowe jest jedynie, aby klient i finansujący ubezpieczenie mieli świadomość w jakiej roli jednostka występuje. Rekomendacja ma charakter gwarancyjny i ochronny z perspektywy klienta.

11.1

Jednostka powinna poinformować klienta, czy występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego, oferującego klientowi zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, lub w roli ubezpieczającego oferującego przystąpienie do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Jednostka powinna poinformować finansującego ubezpieczenie, że występuje w roli oferującego umowę z jednostką, na podstawie której finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki. Informacja ta nie powinna wprowadzać w błąd.

Ze względu na okoliczność, że jednostka w relacji z zakładem ubezpieczeń może występować w różnych rolach, Rekomendacja 11.1 wymaga, aby klient bądź finansujący ubezpieczenie został wyraźnie poinformowany jakiego rodzaju jest to współpraca, tj. w jakim charakterze jednostka podejmuje działalność w zakresie bancassurance. Klientowi powinna zostać przekazana wyraźna informacja co do tego, czy jednostka w danym przypadku działa jako pośrednik ubezpieczeniowy, ubezpieczający czy też oferujący umowę z jednostką. Informacja nie może wprowadzać w błąd, co oznacza, że powinna być jasna, sformułowana w sposób jednoznaczny i przejrzysty, tj. prostym zrozumiałym dla przeciętnego klienta językiem, zaprezentowana w formie dostosowanej do profilu klienta. Klient nie może mieć wątpliwości co do faktycznej roli jednostki w relacjach z klientem.

11.2

Jednostka, w zależności od roli w jakiej występuje, powinna poinformować klienta, albo finansującego ubezpieczenie, jakie są jej obowiązki wobec klienta albo finansującego ubezpieczenie.

Rekomendacja 11.2. wprowadza obowiązek informacyjny po stronie jednostki względem klienta lub finansującego ubezpieczenie w zależności od tego, jaki model relacji pomiędzy jednostką a zakładem ubezpieczeń ma w danym przypadku zastosowanie. Jednostka działając zarówno jako pośrednik ubezpieczeniowy jak i występując w roli oferującego umowę z jednostką powinna poinformować odpowiednio klienta lub finansującego ubezpieczenie o obowiązkach jakie w stosunku do nich posiada. W praktyce obowiązki te będą wynikać zarówno z umów zawartych z klientem, umów zawartych przez jednostkę jak i powszechnie obowiązujących przepisów prawa (warto wskazać chociażby na obowiązki informacyjne jakie spoczywają na agencie ubezpieczeniowym stosownie do postanowień Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń). Jednoznaczne wskazanie tego rodzaju obowiązków jednostki pozwala klientowi lub finansującemu ubezpieczenie na bardziej świadome korzystanie z przysługujących im praw, jak i rozliczanie jednostki z faktycznego i prawidłowego realizowania ciążących na niej obowiązków.

REKOMENDACJA 12

Jednostka powinna przedstawić klientowi oraz zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek, adekwatne i kompletne informacje o oferowanych przez siebie produktach ubezpieczeniowych, w sposób zrozumiały, rzetelny, niebudzący wątpliwości interpretacyjnych oraz niewprowadzający w błąd.

Rekomendacja 12 nakłada na jednostkę działającą w charakterze pośrednika ubezpieczeniowego jak i ubezpieczającego, obowiązek informowania odpowiednio klienta oraz zainteresowanego przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek o oferowanych przez siebie produktach ubezpieczeniowych. Przekazywane informacje powinny być:

- **kompletne, tj. wyczerpujące, nie pomijające żadnych istotnych z perspektywy klienta czy zainteresowanego ubezpieczeniem elementów;**
- **adekwatne, tj. odpowiednie, dopasowane do odbiorcy, uwzględniające wiedzę, doświadczenie, profil odbiorcy;**
- **zrozumiałe, tj. jasne, czytelne, przekazane prostym i przystępnym językiem, w sposób jak najbardziej klarowny i przystępny dla odbiorcy;**
- **rzetelne, tj. zgodne z prawdą, dokładne i należycie przygotowane;**
- **niebudzące wątpliwości, tj. nie pozostawiające pola do swobodnej interpretacji, czy różnego rozumienia przekazanych informacji;**
- **niewprowadzające w błąd, tj. sformułowane w taki sposób aby wykluczyć pomyłkę odbiorcy.**

12.1

Jednostka powinna, przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez klienta, uzyskać od niego wszelkie informacje, które umożliwią określenie jego wymagań i potrzeb oraz zaproponować produkt ubezpieczeniowy zgodny z tymi wymaganiami i potrzebami. Identyfikacja wymagań i potrzeb klienta nie powinna sprowadzać się wyłącznie do uzyskania od niego potwierdzenia woli zawarcia lub przystąpienia do umowy ubezpieczenia. W przypadku umów ubezpieczenia na cudzy rachunek jednostka, przed zawarciem umowy ubezpieczenia z zakładem ubezpieczeń, powinna przekazać dystrybutorowi ubezpieczeń informacje uzyskane na podstawie procedur, o których mowa w Rekomendacji 10.2.

Rekomendacja 12.1 w swojej pierwszej części stanowi powtórzenie wymogów nałożonych na dystrybutora ubezpieczeń w art. 8 ust. 1 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń w zakresie przeprowadzenia analizy wymagań i potrzeb klienta i zaproponowania klientowi umowy ubezpieczenia zgodnej z wynikiem dokonanej analizy. Co istotne, organ nadzoru oczekuje faktycznego zaangażowania pośrednika i rzetelnego przeprowadzenia analizy potrzeb, aby ich identyfikacja nie sprowadzała się do zgody klienta na zawarcie umowy ubezpieczenia lub przystąpienie do umowy. Jednostka występująca w roli ubezpieczającego, po uzyskaniu od klienta informacji pozwalających na ustalenie jego wymagań i potrzeb, przekazuje je do dystrybutora ubezpieczeń. Takie działanie ma umożliwić wprowadzenie procedur, o których mowa w Rekomendacji 10.2., tj. pozwalających jednostce - mimo pełnienia roli ubezpieczającego a nie pośrednika ubezpieczeniowego - uzyskać takie informacje bezpośrednio od klienta. Zasadne wątpliwości może budzić to, jak powinna zachować się jednostka działająca jako ubezpieczający, w przypadku zainteresowanego przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek już po zawarciu umowy ubezpieczenia grupowego. Czy w takim przypadku procedury, o których mowa w Rekomendacji 10.2 powinny być również stosowane przed przystąpieniem takiego klienta do umowy ubezpieczenia grupowego? A może w tym wypadku wystarczyłoby jedynie potwierdzenie, że umowa ubezpieczenia grupowego zaspokaja określone wymagania i potrzeby i jeżeli są one zgodne z wymaganiami i potrzebami zainteresowanego przystąpieniem do takiej umowy, wówczas mógłby do niej przystąpić. Bez wątpienia jest to obszar, który wymaga doprecyzowania lub też ukształtowania określonej praktyki rynkowej akceptowalnej przez organ nadzoru.

12.2

Informacje o produkcie ubezpieczeniowym przekazywane klientowi przez jednostkę działającą jako pośrednik ubezpieczeniowy powinny być sporządzone w formie dokumentu. Treść dokumentu powinna być uzgodniona z twórcą produktu.

Treść Rekomendacji 12.2 powtarza wymóg z art. 8 ust. 4 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń dotyczący przekazania informacji o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym w formie ustandaryzowanego dokumentu tzw. IPID (ang. insurance product information document). Dokument powinien spełniać wymogi co do formy z art. 8 ust. 5 i co do treści z art. 8 ust. 6 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. IPID jest przygotowywany przez zakład ubezpieczeń, zgodnie ze szczegółowymi wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2017/1469 z dnia 11.08.2017 r. ustanawiającym ustandaryzowany format prezentacji dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Obowiązkiem jednostki jest wyłącznie jego przekazanie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

12.3

Jednostka, określając wymagania i potrzeby klienta, powinna ustalić ryzyka, które klient zamierza objąć ochroną ubezpieczeniową oraz zwrócić szczególną uwagę na ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

W Rekomendacji 12.3 wskazano na obszary szczególnie istotne z perspektywy klienta i zawieranej przez niego umowy ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia, jak i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela są zazwyczaj obok wysokości składki kluczowe w podejmowaniu decyzji dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia. Analiza wymagań i potrzeb jednostki powinna zatem przede wszystkim weryfikować oczekiwania klienta w tym zakresie. W Rekomendacji tej nie ma jednak nic zaskakującego, ponieważ w przypadku analizy potrzeb każdego klienta, niezależnie czy jest on klientem banku, instytucji finansowej czy pożyczkowej, wymóg ustalenia powyższych kwestii jest oczywisty. Co jednak może zaskakiwać, bo nie jest to póki co powszechna praktyka rynkowa, to konieczność zwrócenia szczególnej uwagi klienta na ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Analiza wymagań i potrzeb poprzedza przecież zawarcie konkretnej umowy ubezpieczenia, czy zatem jednostka powinna w tym wypadku wskazywać klientowi na każde z możliwych ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikające z każdego OWU, które dotyczą umowy jaka może spełniać wymagania i potrzeby klienta. A może ten obowiązek należy zrealizować po przeprowadzonej analizie, jak już taki produkt zostanie ustalony. Pytanie również o formę takiego „zwrócenia szczególnej uwagi”. Czy wystarczy poinstruowanie klienta o tym, że takie wyłączenia/ograniczenia występują, a może wystarczy jedynie przekazanie klientowi IPID, który również te kwestie powinien odpowiednio adresować. Ponownie - dopiero praktyka nadzorcza pokaże, jak w praktyce należy interpretować tę Rekomendację.

12.4

Jednostka powinna zapewnić klientowi w każdym przypadku prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, przy czym w przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa stanowi zabezpieczenie należności z tytułu umowy o produkt jednostki a skutkiem rezygnacji z tej ochrony może być obowiązek dostarczenia innego zabezpieczenia, zmiana kosztów produktu, zmiana innych warunków umowy o produkt, w tym wypowiedzenie przez jednostkę umowy o produkt jednostki, jednostka powinna poinformować o tym klienta przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jak również po uzyskaniu od niego informacji o zamiarze rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej (jeśli taką informację uzyskała od klienta).

Rekomendacja 12.4 stanowi odpowiednik Rekomendacji 11.6 z 2014 r., zatem wymogi te powinny być już wdrożone i stosowane w praktyce przez banki. Pozostałe jednostki są zaś zobowiązane, aby kwestie te uregulować w obowiązujących procedurach i sformułować odpowiednie informacje, które mogłyby być przekazane klientowi w tym zakresie. Rekomendacja 12.4 ma zapewnić klientowi skuteczne, ale też świadome prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej i być może uchronić przed pochopnymi decyzjami. Zapewne też w praktyce chodzi o to, aby takie prawo wynikało zarówno z warunków umowy ubezpieczenia jak i z warunków umowy o produkt jednostki.

Jednostka jest zobowiązana do poinformowania klienta jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia o skutkach rezygnacji i jej wpływie na produkt jednostki posiadany przez klienta (np. kredyt, pożyczkę itd.). Klient powinien mieć wiedzę, że jego rezygnacja z ochrony wiąże się z określonymi konsekwencjami w postaci np. konieczności dostarczenia innego zabezpieczenia, czy też ze zwiększeniem się kosztów posiadanego produktu finansowego czy kredytowego. Informacje o skutkach rezygnacji z ochrony jednostka powinna także przekazać klientowi, dopiero wtedy gdy ten dopiero planuje rezygnację lub zamierza jej dokonać w przyszłości, zakładając, że jednostka posiada wiedzę w tym zakresie (np. wynikającą ze składanych przez klienta pism).

12.5

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.

Rekomendacja 12.5 zobowiązuje jednostkę do przekazywania klientowi rzetelnych i kompletnych informacji o oferowanym produkcie ubezpieczeniowym. Rzetelność i kompletność informacji mają polegać nie na pomijaniu czy ukrywaniu jego istotnych cech, nawet jeśli wiążą się one z dodatkowym ryzykiem czy istotnym ograniczeniem lub wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jednostka powinna informować klienta zarówno o korzyściach, jak i ryzykach związanych z danym produktem ubezpieczeniowym, a to klient ma podjąć decyzję, czy produkt ubezpieczeniowy spełnia jego wymagania i potrzeby i czy akceptuje w związku z tym wszystkie jego istotne cechy. Materiały reklamowe i marketingowe nie mogą zatem wprowadzać klienta w błąd i prezentować wyłącznie korzyści danego produktu ubezpieczeniowego. Rekomendacja 12.5 ma zdecydowanie ochronny charakter i w kontekście materiałów marketingowych i reklamowych należy ją stosować z uwzględnieniem wymogów z art. 7 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Zgodnie z tym przepisem wszystkie informacje, w tym informacje o charakterze reklamowym i marketingowym, kierowane przez dystrybutora ubezpieczeń do klienta są jasne, rzetelne i niewprowadzające w błąd oraz sporządzone w języku urzędowym państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej jest zawierana, lub w innym języku, na który wyrażą zgodę strony umowy. Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń w art. 7 ust. 4 wymaga także, aby informacje o charakterze reklamowym lub marketingowym były wyraźnie oznaczone, co także realizuje funkcję ochronną względem klienta.

12.6

Jednostka, przedstawiając klientowi więcej niż jeden produkt ubezpieczeniowy odpowiadający jego wymaganiom i potrzebom, powinna dla każdego produktu przekazać informacje osobno, tak by umożliwić klientowi porównanie rekomendowanych produktów.

Rekomendacja 12.6 wprowadza wymóg, który od praktycznej strony ma umożliwić klientowi porównanie produktów ubezpieczeniowych proponowanych przez jednostkę. Wymóg ten nie jest trudny do spełnienia w szczególności w sytuacji, gdy Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń obowiązuje do przedstawienia informacji o każdym proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, a ich przekazanie w formie dokumentu (w przypadkach wskazanych w art. 8 ust. 4 w formie IPID) z pewnością umożliwia dokonanie analizy porównawczej.

12.7

Jednostka powinna identyfikować i monitorować czynniki powodujące wystąpienie ryzyka reputacji i ryzyka prawnego (ewentualne roszczenia) na wypadek niedopasowania produktów ubezpieczeniowych do wymagań i potrzeb klienta.

Wymóg identyfikacji i monitorowania ryzyka reputacji i ryzyka prawnego w przypadku nieprawidłowo przeprowadzonej analizy potrzeb, czego skutkiem jest zawarcie przez klienta umowy nieadekwatnej i niedopasowanej do jego wymagań i potrzeb został odrębnie uwzględniony w Rekomendacji 6.1 i 6.3.

Nie ulega wątpliwości, że takie przypadki (szczególnie te nagłośnione i upublicznione) wpływają na reputację jednostki i jej postrzeganie przez innych potencjalnych klientów. W przypadku sprawy skierowanej na drogę postępowania sądowego pojawia się także ryzyko ewentualnie zasądzonych roszczeń, a zatem konsekwencji finansowych po stronie jednostki. Z tego względu ryzyka te jako kluczowe z perspektywy nieodpowiednio przeprowadzonej analizy potrzeb zostały wprost wskazane w Rekomendacji.

REKOMENDACJA 13

Jednostka powinna umożliwić klientowi oraz zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek zapoznanie się z postanowieniami umowy w zakresie stanowiącym o jego prawach i obowiązkach przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (pośrednictwo ubezpieczeniowe) albo deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

Rekomendacja 13 stanowi odpowiednik Rekomendacji 15 z 2014 r., a zatem jej wdrożenie może polegać na weryfikacji, czy stosowane w tym zakresie procedury są aktualne i spełniają wymogi organu nadzoru. Rekomendacja 15 wprowadza kolejne wymogi informacyjne względem klienta i zainteresowanego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek w celu zagwarantowania jeszcze większego poziomu wiedzy i świadomości w zakresie umowy ubezpieczenia i wynikających z niej obowiązków. Wymóg umożliwienia zapoznania się z postanowieniami umowy przed jej zawarciem lub przystąpieniem do niej jest absolutnie oczywisty i ciężko sobie wyobrazić sytuację, w której w dobie aktualnie obowiązujących przepisów klient nie miałby takiej możliwości.

13.1

Jednostka powinna udostępniać klientowi oraz zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek wszelkie wymagane przepisami prawa informacje dotyczące produktu ubezpieczeniowego. Jednostka powinna zapewnić klientowi oraz zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości od pracownika jednostki posiadającego niezbędną wiedzę w zakresie bancassurance.

Rekomendacja 13.1 formułuje oczywisty z punktu widzenia jednostki wymóg przekazywania wymaganych prawem informacji dotyczących produktu ubezpieczeniowego. W przypadku klienta będą to informacje, o których mowa w art. 8 ust. 1 i ust. 4 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym dystrybutor ubezpieczeń podaje klientowi zgodnie z art. 9 ust. 1 Ustawy w postaci papierowej, nieodpłatnie i w języku, w którym zawierana jest umowa ubezpieczenia. Informacje te muszą być jasne, rzetelne i niewprowadzające w błąd. Informacje mogą być przekazane za pomocą innego trwałego nośnika na żądanie klienta, pod warunkiem, że dystrybutor ubezpieczeń zapewnił mu wybór między informacjami w postaci papierowej a informacjami na innym trwałym nośniku. Po spełnieniu wymogów z art. 9 ust. 4 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, informacje o produkcie ubezpieczeniowym mogą być przekazane za pośrednictwem strony internetowej.

Ubezpieczający w umowie na cudzy rachunek również został zobowiązany do przekazywania wszelkich wymaganych przepisami prawa informacji dotyczących produktu ubezpieczeniowego. Problematiczne w zastosowaniu się do tej Rekomendacji jest jednak to, że brak jest takich obowiązków nałożonych wprost na ubezpieczającego. Dlatego wydaje się, że wymóg ten należałoby rozumieć w taki sposób, że informacje o produkcie ubezpieczeniowym, które są przekazywane klientom, powinny być także udostępniane zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek.

O ile wymóg ten w stosunku do klienta czy zainteresowanego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia jest stosunkowo prosty w realizacji, to już kolejny obowiązek wynikający z Rekomendacji 13.1 może budzić wiele wątpliwości. Jednostka została bowiem zobligowana do udzielania odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości klienta czy zainteresowanego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Co ważne, pytania i wątpliwości nie zostały ograniczone do umowy ubezpieczenia, którą klient zamierza zawrzeć lub do której przystąpić, ale są kategorią otwartą, pozwalającą uznać, że pracownik jednostki powinien odpowiedzieć na wszystkie pytania w jakikolwiek sposób związane z umową, OWU, czy też relacją jednostki z zakładem ubezpieczeń. Od pracownika oczekuje się przy tym, że będzie miał niezbędną wiedzę w zakresie bancassurance, aby

klent mógł uzyskać odpowiedzi na wszystkie nurtujące go pytania. O ile przekazanie klientowi wszystkich informacji koniecznych do świadomego zawarcia umowy można uznać za wymóg uzasadniony, to dodatkowe tłumaczenie klientowi wszystkich kwestii, które już zostały przedstawione pisemnie, a klient ma możliwość zapoznania się z nimi, uznać należy za zbyt daleko idący, bo prowadzący do przerzucenia na jednostkę odpowiedzialności za podejmowane przez klienta decyzje.

13.2

Jednostka powinna udostępnić klientowi oraz zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek informacje o postanowieniach umownych dotyczących jego praw i obowiązków związanych z udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej. Informacje powinny obejmować również obowiązki jednostki i zakładu ubezpieczeń wobec klienta oraz zainteresowanemu przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek. Informacje powinny być przekazane przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

Można odnieść wrażenie, że kolejne obowiązki informacyjne nałożone na jednostkę w Rekomendacji 13.2 sprowadzają się do przedstawienia klientowi wszystkich istotnych postanowień umowy ubezpieczenia, którą zawiera lub do której przystępuje. Klient powinien otrzymać informacje na temat własnych praw jak i obowiązków zakładu ubezpieczeń i jednostki - niezależnie oczywiście od obowiązku przekazania klientowi pełnej wersji umowy ubezpieczenia. Należy przyjąć, że informacje te powinny być przekazane klientowi także niezależnie od przekazania ogólnych warunków ubezpieczenia i informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Jest to zatem dodatkowy dokument z kolejnymi informacjami, z którymi klient powinien się zapoznać przed wyrażeniem świadomej zgody na zawarcie umowy lub przystąpienie do niej. Przy takiej ilości informacji odnieść można wrażenie, że faktyczne zapoznanie się z nimi przez klienta jest raczej mało prawdopodobne. To z kolei nadal oznacza przerzucanie na jednostkę odpowiedzialności za podejmowane przez klientów decyzje i traktowanie każdego klienta (niezależnie nawet od tego czy jest on konsumentem czy też nie) jako zupełnie nieporadnego w kwestii zawierania umów ubezpieczenia, któremu należy wytłumaczyć kilka razy każdy z istotnych aspektów zawieranej przez niego umowy.

W tym miejscu warto też zwrócić uwagę na art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zgodnie z tym przepisem, w umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli konieczna jest zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w przypadku niedoręczenia ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami.

13.3

Jednostka powinna poinformować klienta oraz zainteresowanego przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek, że w jego przypadku nie są spełnione warunki konieczne do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Treść Rekomendacji 13.3 odpowiada Rekomendacji 15.7 z 2014 r. z tym wyjątkiem, że jednostka informując klienta, że nie spełnia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową nie musi już uzasadniać tego działania w dodatkowy sposób. Wystarczające jest wskazanie kryteriów, które nie są spełnione. Jednym z takich warunków, powszechnie stosowanym w praktyce jest kryterium wieku w przypadku produktów ubezpieczeniowych, które mogą objąć ochroną ubezpieczonych poniżej jakiejś granicy wieku. W pierwszej kolejności jednostka zatem jest zobligowana sprawdzić, czy klient spełnia warunki objęcia ochroną (np. kryterium wiekowe), a w przypadku negatywnej weryfikacji, poinformować go o tym fakcie. W takim przypadku wydaje się możliwe zaoferowanie klientowi innego produktu ubezpieczeniowego, o ile nadal odpowiada on wymaganiom i potrzebom tego klienta.

13.4

Jednostka powinna poinformować klienta oraz zainteresowanego przystąpieniem do umowy na cudzy rachunek, czy dostępność lub koszt produktu jednostki pozostają uzależnione od zawarcia umowy ubezpieczenia (lub przystąpienia do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek).

Rekomendacja 13.4 nakłada na bank obowiązek informowania klienta czy dany produkt bankowy jest oferowany w ramach sprzedaży wiązanej z produktem ubezpieczeniowym, tj. czy jego dostępność lub koszt są uzależnione od zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przeciwieństwie do Rekomendacji 15.9 z 2014 r., w Rekomendacji 13.4 nie wskazano na konieczność przestrzegania przepisów regulujących tzw. cross-selling produktów bankowych. Rekomendacja w poprzednim brzmieniu budziła wiele zastrzeżeń, bowiem nie było do końca jasnym o jakie przepisy chodzi. Aktualnie w związku z obowiązywaniem od 2018 r. Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, jednostka jest zobowiązana do przestrzegania przepisów dotyczących sprzedaży krzyżowej z art. 10 Ustawy, dlatego nie ma już potrzeby powtarzania w rekomendacji obowiązków nałożonych na pośredników ubezpieczeniowych ustawowo.

REKOMENDACJA 14

Jednostka powinna poinformować finansującego ubezpieczenie, przed złożeniem przez niego wniosku o zawarcie umowy z jednostką, na podstawie której zobowiązuje się on do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki, o jego prawach i obowiązkach wynikających z tej umowy.

Rekomendacja 14 nie posiada swojego odpowiednika w Rekomendacji U z 2014 r. Dotyczy ona relacji pomiędzy jednostką a finansującym ubezpieczenie i obowiązków informacyjnych jakie powinna spełnić jednostka w przypadku stosowania takiego rodzaju zabezpieczenia dla swoich produktów finansowych. Z tego powodu jej głównym celem jest ochrona ekonomicznych i prawnych interesów finansujących koszty ochrony ubezpieczeniowej jednostki.

14.1

W przypadku oferowania finansującemu ubezpieczenie umowy z jednostką, na podstawie której zobowiązuje się on do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki udzielanej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej przez jednostkę z zakładem ubezpieczeń, w której jednostka jest zarówno ubezpieczającym jak i ubezpieczonym, jednostka powinna jednoznacznie poinformować finansującego ubezpieczenie, że nie jest on stroną umowy ubezpieczenia.

Rekomendacja 14.1 wymaga przekazania przez jednostkę wyraźnej i jednoznacznej informacji, że w przypadku takiego modelu, gdzie finansujący pokrywa koszt składki, a ubezpieczającym i ubezpieczonym jest jednostka, finansujący nie jest stroną umowy ubezpieczenia, a wyłącznie stroną umowy zawieranej z jednostką. Wymóg ten ma na celu uświadomienie finansującego, że sam fakt ponoszenia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki nie oznacza automatycznego wejścia w prawa i obowiązki strony umowy ubezpieczenia. Finansujący powinien o tym fakcie zostać poinformowany jeszcze przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy z jednostką. Rekomendacja ma na celu skuteczną ochronę finansującego przed wprowadzeniem go w błąd co do jego roli i tym samym wynikających z niej uprawnień czy obowiązków.

14.2

Jednostka powinna poinformować finansującego ubezpieczenie o jego prawach i obowiązkach wynikających z umowy zawartej z jednostką, na podstawie której finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki. Finansujący ubezpieczenie, przed wyrażeniem zgody na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki, powinien zostać poinformowany w zakresie, w jakim zobowiązuje się on do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki, co najmniej o:

- a. przedmiocie umowy ubezpieczenia i zakresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- b. podmiotach umowy ubezpieczenia oraz o tym, że finansujący ubezpieczenie nie jest stroną umowy ubezpieczenia, a tym samym nie jest uprawniony do świadczenia z umowy ubezpieczenia;
- c. przesłankach, na podstawie których zakład ubezpieczeń może wystąpić z roszczeniem regresowym wobec finansującego ubezpieczenie;
- d. okresie, na jaki finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki.

W Rekomendacji 14.2 organ nadzoru wymaga, aby jednostka poinformowała finansującego ubezpieczenie o jego prawach i obowiązkach. Skoro finansujący ma ponosić ekonomiczny ciężar składki ubezpieczeniowej, powinien być w pełni świadomy co do przedmiotu umowy ubezpieczenia oraz kwestii dotyczących bezpośrednio jego obowiązków dotyczących pokrycia kosztów ochrony. Rekomendacja wskazuje na minimalny zakres danych jakie powinny zostać przekazane finansującemu przed wyrażeniem zgody na pokrycie kosztów ochrony. Organ nadzoru uznał, że z perspektywy finansującego ubezpieczenie kluczowe jest wskazanie przede wszystkim przedmiotu umowy ubezpieczenia i związanej z nim odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Finansujący ma wówczas świadomość ekwiwalentem jakiego rodzaju świadczeń ubezpieczyciela jest opłacana przez niego składka. Kluczowe w kontekście Rekomendacji 14.1 jest to aby finansujący nie pozostawał w błędnym przekonaniu, że to on jest uprawniony do takiego świadczenia. Jest to jak widać na tyle kluczowa informacja, że została powtórzona także w Rekomendacji 14.2 lit. b). Finansujący powinien zostać także poinformowany o przypadkach, kiedy zakład ubezpieczeń może wystąpić w stosunku do niego z roszczeniem regresowym. Zgodnie z art. 828 § 1 Kodeksu cywilnego, jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli zakład pokrył tylko część szkody, ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem ubezpieczyciela. Finansujący składkę niebędący stroną umowy ubezpieczenia jest właśnie osobą trzecią, do której zakład ubezpieczeń może wystąpić z regresem. Powinien mieć zatem świadomość w jakich sytuacjach takie roszczenie może okazać się skuteczne w stosunku do niego. Zgodnie z Rekomendacją 14.2 lit. d) jednostka powinna także wskazać jak długo będzie trwać zobowiązanie finansującego do pokrywania kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Tutaj ponownie warto pamiętać o art. 19 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli konieczna jest zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w przypadku niedoręczenia ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami).

14.3

Przed zawarciem przez finansującego ubezpieczenie umowy z jednostką, w ramach której wyraża on zgodę na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki, jednostka powinna poinformować finansującego ubezpieczenie w zakresie, w jakim zobowiązuje się on do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki, o wysokości i zasadach kształtowania się kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki oraz okresie trwania umowy ubezpieczenia.

Kluczową z perspektywy finansującego, o ile nie najważniejszą jest informacja o wysokości kosztów ochrony, które będzie zobowiązany pokryć. Jednostka powinna przy tym wyrazić poinformować finansującego o zasadach kształtowania się tych kosztów, czyli przede wszystkim przypadkach, kiedy mogą one ulec zmianie. Finansujący powinien zostać poinformowany także o okresie trwania umowy ubezpieczenia zawartej przez jednostkę z zakładem ubezpieczeń, ponieważ okres zobowiązania do pokrycia składki wcale nie musi być tożsamy z okresem obowiązywania umowy ubezpieczenia. Informacje te również powinny być przekazane przed zawarciem umowy pomiędzy finansującym a jednostką.

14.4

Jednostka nie powinna zobowiązywać finansującego ubezpieczenie do pokrywania kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki na podstawie umowy zawartej z jednostką, jeżeli ryzyko objęte zakresem tej ochrony wygasło.

Rekomendacja 14.4 wymaga, aby finansujący nie był zobowiązany do pokrywania kosztów ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko objęte zakresem tej ochrony już nie istnieje. Ma zatem na celu funkcję zabezpieczającą i ochronną w stosunku do finansującego, który nie powinien ponosić kosztów ubezpieczenia, które nie stanowi skutecznego zabezpieczenia dla produktu jednostki, czy jej interesu.

REKOMENDACJA 15

W przypadku produktu jednostki, w którym jednostka wymaga ochrony ubezpieczeniowej, jednostka powinna poinformować klienta o możliwości wyboru produktu ubezpieczeniowego innego niż oferowany przez jednostkę. Dla akceptacji przez jednostkę ochrony ubezpieczeniowej decydujące powinny być kryteria wynikające z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wymaganego przez jednostkę.

Punktem wyjścia do interpretacji Rekomendacji 15 powinny być przepisy Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń regulujące tzw. sprzedaż krzyżową. Zgodnie z art. 10 ust. 1 tej ustawy, w przypadku gdy umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej proponowane są w pakiecie wraz z towarem lub usługą uzupełniającą, które nie są ubezpieczeniem ani gwarancją ubezpieczeniową, dystrybutor ubezpieczeń informuje klienta o możliwości odrębnego zawarcia poszczególnych umów, a jeżeli możliwość taka istnieje, przekazuje odpowiedni opis poszczególnych umów składających się na pakiet, a także osobne zestawienie kosztów i opłat dla każdej umowy.

Z kolei zgodnie z art. 10 ust. 3 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w przypadku gdy umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej proponowana jest w pakiecie jako uzupełnienie towaru lub usługi, które nie są ubezpieczeniem lub gwarancją ubezpieczeniową, dystrybutor ubezpieczeń proponuje klientowi możliwość odrębnego zawarcia umowy dotyczącej zakupu tego towaru lub świadczenia usługi. Przy czym tego przepisu nie stosuje się, w przypadku gdy umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej jest uzupełnieniem:

- 1) (...);**
- 2) umowy o kredyt hipoteczny, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o kredycie hipotecznym oraz o nadzorze nad pośrednikami kredytu hipotecznego i agentami (Dz.U. z 2022 r. poz. 2245 i 2339);**
- 3) rachunku płatniczego w rozumieniu art. 2 pkt 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2360 i 2640).**

15.1

Klient powinien mieć możliwość skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej oferowanej przez innego pośrednika ubezpieczeniowego niż jednostka. Klient powinien mieć możliwość skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez wybrany zakład ubezpieczeń, w tym zakład ubezpieczeń inny niż współpracujący z jednostką.

Rekomendacja 15.1. przewiduje dwa rodzaje uprawnień klienta, które nie powinny budzić wątpliwości. Klient ma mieć możliwość zarówno skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej oferowanej przez innego pośrednika ubezpieczeniowego, jak i możliwość skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez wybrany zakład ubezpieczeń współpracujący lub niewspółpracujący z jednostką. Jednostka ma obowiązek poinformować klienta, że może wybrać produkt ubezpieczeniowy inny niż oferowany przez jednostkę.

15.2

W przypadku produktów ubezpieczeniowych powiązanych z produktem jednostki, w związku z którym jednostka wymaga ochrony ubezpieczeniowej, powinna ona poinformować klienta o możliwości wyboru takich produktów ubezpieczeniowych z oferty zakładu ubezpieczeń innego niż zakład ubezpieczeń, z którym jednostka współpracuje.

Rekomendacja 15.2. nie powinna rodzić poważniejszych wątpliwości. Klient powinien być świadomy, że może wybrać produkt ubezpieczeniowy powiązany z produktem jednostki, jednak oferowany przez zakład ubezpieczeń inny niż ten, z którym jednostka współpracuje.

15.3

Jeśli jednostka wymaga umowy ubezpieczenia, jako zabezpieczenia dla produktu oferowanego przez jednostkę, powinna przedstawić klientowi akceptowany przez jednostkę minimalny zakres ochrony ubezpieczeniowej, który uzna za wystarczający dla zabezpieczenia swoich roszczeń, oraz akceptowalny przez jednostkę zakres wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Przekazywanie klientowi informacji o akceptowanym przez jednostkę minimalnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej oraz o akceptowalnym zakresie wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, w znacznym stopniu powinno usprawnić i ułatwić proces wyboru produktów ubezpieczeniowych z oferty zakładu ubezpieczeń innego niż zakład ubezpieczeń, z którym jednostka współpracuje. Rekomendacja ta oznacza również, że jednostka powinna opracować taki minimalny zakres ochrony wraz z akceptowalnym zakresem wyłączeń. Przekazanie takiego materiału klientowi powinno zabezpieczyć klienta przed odmową akceptacji przez jednostkę z byle powodu ubezpieczenia oferowanego przez inny zakład ubezpieczeń niż współpracujący z jednostką.

15.4

W przypadku wyboru przez klienta produktu ubezpieczeniowego, przy oferowaniu którego jednostka nie brała udziału, jednostka dokonuje oceny czy produkt ten odpowiada wymaganemu przez nią zakresowi ochrony ubezpieczeniowej.

Zgodnie z Rekomendacją 15.4., jeżeli klient samodzielnie dokona wyboru produktu ubezpieczeniowego, jednostka ma obowiązek ocenić czy produkt ubezpieczeniowy wybrany przez klienta spełnia akceptowany przez jednostkę minimalny zakres ochrony ubezpieczeniowej. Ocena powinna być dokonana przede wszystkim w zakresie zgodności takiego produktu z oczekiwaniami jednostki co do minimalnego zakresu ochrony oraz akceptowalnego poziomu wyłączeń, o których mowa w Rekomendacji 15.3.

Chociaż Rekomendacja o tym nie stanowi wydaje się, że w przypadku, w którym jednostka uzna, że produkt ubezpieczeniowy, który wybrał klient nie odpowiada powyższemu zakresowi ochrony ubezpieczeniowej, jednostka powinna o tym niezwłocznie powiadomić klienta i zapewnić możliwość wyboru innego produktu ubezpieczeniowego. Skutkiem takiej oceny powinno być również to, że jednostka w przyszłości nie będzie mogła powoływać się np. na niezgodność takiego produktu ubezpieczeniowego z warunkami umowy o produkt jednostki.

15.5

Produkt ubezpieczeniowy wskazany przez klienta powinien spełniać określone przez jednostkę kryteria (minimalne wymogi) dotyczące niezbędnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej i akceptowalnego zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, tj. uzyskania efektywnego zabezpieczenia przed ryzykiem związanym z nabywanymi przez klienta produktami jednostki oraz efektywnego transferu ryzyka na zakład ubezpieczeń.

Rekomendacja 15.5. jest dość czytelna. To jednak, na co warto zwrócić uwagę, to zobowiązanie jednostki do ustalenia czy produkt spełnia wymagania określone w tej Rekomendacji. Mimo, że nie wynika to wprost z treści tej Rekomendacji, trudno przyjąć inną interpretację.

15.6

W przypadku możliwości wystąpienia dodatkowych kosztów w związku z akceptacją produktu ubezpieczeniowego wskazanego przez klienta, jednostka informuje o tym klienta, wskazując przyczyny wystąpienia i możliwą wysokość tych kosztów.

Rekomendacja 15.6. jest dość oczywista i w praktyce stanowi dodatkowe zabezpieczenie interesu klienta przed niekontrolowanym wzrostem kosztów związanych z przedstawieniem zewnętrznego produktu ubezpieczeniowego.

REKOMENDACJA 16

Jednostka nie powinna odmawiać zaakceptowania jako zabezpieczenia ekspozycji kredytowej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej przez klienta w przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie tej umowy ubezpieczenia zapewnia wymagany przez jednostkę zakres ochrony. Jednostka nie może narzucać wymogu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w której jednostka występuje jako ubezpieczający. Jednostka nie powinna akceptować ochrony ubezpieczeniowej, która nie spełnia wymaganego przez nią zakresu ochrony.

Stosując tę Rekomendację jednostka powinna przede wszystkim opierać się na akceptowanym przez jednostkę minimalnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej, który uzna za wystarczający dla zabezpieczenia swoich roszczeń, oraz na akceptowalnym przez jednostkę zakresie wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Powinno to wynikać z materiałów opracowanych przez jednostkę stosownie do postanowień Rekomendacji 15.3.

16.1

Jednostka powinna akceptować ochronę ubezpieczeniową ustanowioną przez klienta bez udziału jednostki.

Ta Rekomendacja wprowadza generalną zasadę, zobowiązującą jednostkę do akceptowania ochrony ubezpieczeniowej ustanowionej przez klienta bez udziału jednostki. Jednakże ta generalna zasada nie ma charakteru bezwzględnego i podlega ograniczeniom opisanym w kolejnych Rekomendacjach.

16.2

W przypadku umowy ubezpieczenia, o której mowa w Rekomendacji 16.1, jednostka może odmówić akceptacji ochrony ubezpieczeniowej ustanowionej w celu zabezpieczenia ekspozycji kredytowej, jeżeli postanowienia umowy ubezpieczenia nie spełniają wymagań jednostki w zakresie ograniczenia ryzyka kredytowego. Jednostka nie może odmówić akceptacji ochrony ubezpieczeniowej ze względu na sytuację finansową zakładu ubezpieczeń, jeżeli jednocześnie akceptuje ustanowienie ochrony ubezpieczeniowej przez zakład ubezpieczeń o porównywalnej lub gorszej sytuacji finansowej, w tym w obszarze innych produktów jednostki. W przypadku odmowy akceptacji ochrony ubezpieczeniowej ustanowionej bez udziału jednostki, jednostka przedstawia klientowi uzasadnienie tej odmowy w formie pisemnej lub, jeżeli klient wyrazi na to zgodę, na trwałym nośniku.

Odmowa akceptacji ochrony ubezpieczeniowej ustanowionej w celu zabezpieczenia ekspozycji kredytowej powinna przede wszystkim odwoływać się do minimalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz do akceptowalnego zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń ustalonych przez jednostkę stosownie do postanowień Rekomendacji 15.3. Należy zwrócić uwagę, że uzasadnienie odmowy akceptacji ochrony ubezpieczeniowej ustanowionej bez udziału jednostki może być sporządzone przez jednostkę w formie pisemnej, ale także na trwałym nośniku, jeżeli klient wyrazi na to zgodę.

Zgodnie definicją z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 287 z późn. zm.), do której odwołuje się Rekomendacja U z 2023 r. przez trwały nośnik należy rozumieć materiał lub narzędzie umożliwiające konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. W piśmiennictwie wskazuje się, że trwałym nośnikiem może być w szczególności papier, pamięć USB, płyty CD-ROM, DVD, karty pamięci, dyski twarde komputerów, a także poczta elektroniczna (P. Mikłaszewicz, Ustawa o prawach konsumenta. Komentarz, Wyd. 4, Warszawa 2022). Ponadto zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej także strona internetowa może być uznana za trwały nośnik, jeśli umożliwia konsumentowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich w przyszłości przez okres właściwy do celów tych informacji i odtworzenie ich w niezmienionej postaci oraz gwarantuje brak możliwości wszelkiej jednostronnej zmiany jej treści przez kredytodawcę lub innego przedsiębiorcę, któremu powierzy się zarządzanie tą stroną (wyrok z dnia 25 stycznia 2017 r., BAWAG, C-375/15, EU:C:2017:38, pkt 44). W stosunku do poprzednio obowiązującej Rekomendacji U z 2014 r., która przewidywała wyłącznie pisemną formę uzasadnienia, należy uznać powyższą zmianę za słuszną, która z pewnością przyczyni się do usprawnienia procesu ubiegania się przez klienta, np. o kredyt bankowy. Odnosząc się do drugiego zdania Rekomendacji 16.2., które pozostało w niezmienionej formie, jednostka w dalszym ciągu ma możliwość odmowy zaakceptowania takiego zewnętrznego ubezpieczyciela za względu na sytuację finansową zakładu ubezpieczeń. W dalszym ciągu nasuwa się wątpliwość czy jednostka w ogóle jest uprawniona do prowadzenia takiego badania sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń. Należy uznać, że jeżeli zakład ubezpieczeń działa na polskim rynku, spełnia wymogi kapitałowe oraz Komisja Nadzoru Finansowego nie zgłasza zastrzeżeń do jego sytuacji finansowej, to jakiegokolwiek inne organy czy podmioty nie powinny być uprawnione do dokonywania dodatkowych ocen w tym zakresie.

16.3

Jednostka nie powinna akceptować produktu ubezpieczeniowego, który nie spełnia kryteriów wymaganego przez jednostkę zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz akceptowalnego przez jednostkę zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

16.4

Realizacja Rekomendacji 16.3 nie powinna zmierzać do ograniczenia konkurencji na rynku ubezpieczeniowym.

Zasady ochrony uczciwej konkurencji regulują przede wszystkim przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów z dnia 16 lutego 2007 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 275) oraz ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 1233). Pytanie jednak, o jakim rodzaju ograniczaniu konkurencji może być w tym wypadku mowa? Z całą pewnością jednostka nie powinna ustalać minimalnego, akceptowalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które w jakiegokolwiek sposób faworyzowałyby bardzo wąskie grono ubezpieczycieli.

REKOMENDACJA 17

Jeżeli klient jest ubezpieczonym w ramach umowy ubezpieczenia, klient albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobiercy, powinni mieć zapewnioną możliwość bezpośredniego dochodzenia roszczeń w przypadku gdy jednostka jest podmiotem uprawnionym do dochodzenia wypłaty świadczenia od zakładu ubezpieczeń i podjąć decyzję o nieskorzystaniu z tego uprawnienia. Jednostka powinna umożliwić klientowi albo innym osobom uprawnionym z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobiercom, samodzielne dochodzenie roszczenia.

17.1

Jednostka powinna posiadać procedury dochodzenia roszczeń o odszkodowania lub inne świadczenie należne z tytułu umów ubezpieczenia.

17.2

W przypadku gdy jednostka jest uprawniona do świadczenia z umowy ubezpieczenia, powinna, niezwłocznie po powzięciu informacji o ziszczeniu się objętego ochroną ubezpieczeniową zdarzenia losowego, podjąć działania w celu jak najszybszej wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń.

Prowadzenie postępowania likwidacyjnego jest obowiązkiem zakładu ubezpieczeń. Jednak bez aktywnego udziału w tym procesie podmiotu uprawnionego do otrzymania świadczenia właściwie nie jest możliwe skuteczne przeprowadzenie takiego postępowania. W poprzednio obowiązującej Rekomendacji U z 2014 r. bank miał obowiązek niezwłocznie po powzięciu informacji o ziszczeniu się zdarzenia losowego podjąć stosowane działania – wówczas nasuwało się pytanie czy w przypadku każdego produktu ubezpieczeniowego, zwłaszcza tego, który jest oferowany jako ubezpieczenie indywidualne, gdzie uprawnionym do świadczenia nie będzie bank, konieczne i celowe jest angażowanie banku w proces likwidacji. Rekomendacja 17.2. rozwiązała powyższe wątpliwości. Wyłącznie w sytuacji, w której to jednostka jest uprawniona do świadczenia z umowy ubezpieczenia, jednostka ma obowiązek niezwłocznie po powzięciu informacji o ziszczeniu się objętego ochroną ubezpieczeniową zdarzenia losowego, podjąć działania w celu jak najszybszej wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń.

17.3

Jednostka, na wniosek klienta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców (o ile są uprawnionymi z umowy ubezpieczenia), powinna niezwłocznie poinformować wnioskodawcę w formie pisemnej lub, jeżeli osoby te wyrażą na to zgodę, na trwałym nośniku, że dochodzi roszczeń od zakładu ubezpieczeń.

17.4

Jednostka powinna niezwłocznie poinformować klienta albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców, w formie pisemnej lub, jeżeli klient wyrazi na to zgodę, na trwałym nośniku, o zaniechaniu lub zaprzestaniu dochodzenia roszczeń od zakładu ubezpieczeń. W takim przypadku jednostka powinna umożliwić klientowi albo innym osobom uprawnionym z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobiercom bezpośrednie dochodzenie roszczeń od zakładu ubezpieczeń oraz poinformować o możliwości przeniesienia uprawnień do świadczenia z jednostki na klienta albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców w przypadku odstąpienia przez jednostkę od dalszego dochodzenia roszczeń.

Rekomendacja 17.4. ma sens o tyle, o ile mowa jest o ubezpieczeniu, które zabezpiecza zobowiązania klienta względem jednostki. W każdym innym przypadku klient albo powinien mieć możliwość bezpośredniego dochodzenia roszczeń z umowy ubezpieczenia od zakładu ubezpieczeń (w przypadku świadczeń należnych bezpośrednio klientowi), albo w ogóle nie powinien być angażowany w proces likwidacji (w przypadku, gdy ubezpieczenie zabezpiecza jedynie ryzyka jednostki).

17.5

W przypadku, gdy jednostka, jako uprawniony do świadczenia z umowy ubezpieczenia, zdecyduje się odstąpić od dochodzenia wypłaty świadczenia od zakładu ubezpieczeń lub uzyska świadczenie w wysokości nieodpowiadającej oczekiwaniom klienta jako ubezpieczonego albo innych osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców, jednostka powinna dokonać przeniesienia uprawnień do świadczenia z jednostki na klienta albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców. W przypadku uprzedniego wyłączenia uprawnienia klienta, jako ubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, jednostka powinna zapewnić przeniesienie praw do dochodzenia świadczenia z umowy ubezpieczenia na klienta jako ubezpieczonego albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców.

W przypadku uprzedniego wyłączenia uprawnienia klienta, jako ubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, jednostka powinna zapewnić przeniesienie praw do dochodzenia świadczenia z umowy ubezpieczenia na klienta jako ubezpieczonego albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców. Przeniesienie takie może następować automatycznie, jeżeli wynika z umowy ubezpieczenia; w takim przypadku jednostka powinna niezwłocznie poinformować klienta albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców, w formie pisemnej lub, jeżeli klient wyrazi na to zgodę, na trwałym nośniku o ziszczeniu się przesłanki przejścia ww. uprawnień na klienta albo inne osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców.

W przypadku Rekomendacji 17.5. adekwatne pozostają uwagi do Rekomendacji 17.4. W tym miejscu należy jedynie pamiętać o zweryfikowaniu umów i wprowadzeniu do nich stosownych zmian dotyczących przeniesienia praw do dochodzenia świadczenia z umowy ubezpieczenia stosowanych w relacjach jednostka-klient-zakład ubezpieczeń, tak, aby zabezpieczyć stosowne uprawnienia klienta wynikające z treści Rekomendacji 17.5.

17.6

Wskazanie jednostki jako uprawnionego do świadczenia z umowy ubezpieczenia powinno być dokonywane w odrębnym oświadczeniu woli klienta. Automatyczne wskazanie jednostki jako uprawnionego do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia w treści ogólnych warunków ubezpieczenia lub umowy ubezpieczenia należy uznać za niedopuszczalne.

Rekomendacja 17.6. pozostała w niezmienionej treści w stosunku do poprzednio obowiązującej Rekomendacji 10.5. W ocenie autorów zakaz przewidziany w Rekomendacji 17.6. nie ma uzasadnienia w przepisach prawa, co więcej, stosowanie mechanizmu wskazywania jednostki jako uprawnionego do otrzymania świadczenia powinno w wystarczający sposób zabezpieczać interes klienta. W dalszym ciągu nie zostało sprecyzowane w jakiej formie klient powinien dokonać oświadczenia w przedmiocie wskazania jednostki jako uprawnionego do świadczenia z umowy ubezpieczenia. Można jednak zakładać, że powinno być to osobne oświadczenie klienta sporządzone np. we wniosku o ubezpieczenie lub też w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego. Należy też chyba uznać za dopuszczalne umieszczanie takiego oświadczenia w treści umowy o produkt jednostki powiązanej z tym ubezpieczeniem.

17.7

Jednostka powinna informować klienta czy suma ubezpieczenia, określona w umowie ubezpieczenia zawartej w związku z produktem jednostki, jest ograniczona do wysokości ewentualnych roszczeń jednostki w związku z produktem jednostki, czy też świadczenie zakładu ubezpieczeń może przewyższać kwotę należną jednostce w związku z tym produktem.

Także Rekomendacja 17.7. pozostała w niezmienionej treści w stosunku do poprzednio obowiązującej Rekomendacji 10.6. Wymóg nakładany zgodnie z Rekomendacją 17.6. należy ocenić jako słuszny, jednak najczęściej wynika wprost z treści warunków umowy ubezpieczenia. Pozostaje pytanie czy na pewno warto powielać tego typu obowiązki informacyjne. W ocenie autorów wdrożenie zarówno Rekomendacji 17.7., jak i wielu innych wynikających z Rekomendacji U, spowoduje przejście z jednej skrajności (niedoinformowania klienta) w drugą skrajność („przeinformowania” klienta).

17.8

Jednostka powinna zapewnić klientowi albo innym osobom uprawnionym z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobiercom, uprawnienie do otrzymania tej części świadczenia z umowy ubezpieczenia, która pozostaje po zaspokojeniu roszczeń jednostki.

W przypadku Rekomendacji 17.8. adekwatne pozostają uwagi do Rekomendacji 17.3.