

REKOMENDACJA U

dotycząca dobrych praktyk
w zakresie bancassurance

Wstępny komentarz do Rekomendacji U
Komisji Nadzoru Finansowego

REKOMENDACJA 18

W przypadku gdy klient jest ubezpieczonym a jednostka jest ubezpieczającym, jednostka powinna podejmować działania w interesie klienta albo innych osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym jego spadkobierców.

Rekomendacje 18 doprecyzowują generalną zasadę przyświecającą Rekomendacji U, czyli działanie jednostki w interesie klienta. Można oczywiście mieć wątpliwości, czy jest to rozwiązanie prawidłowe. Banki są podmiotami prawa prywatnego, których zarządy odpowiadają przed akcjonariuszami za prowadzenie spółek również w najlepiej pojętym interesie akcjonariuszy, który przecież nie zawsze musi być tożsamy z interesami klientów. Jednak w tym wypadku interes akcjonariuszy powinien jednak ustąpić pierwszeństwa interesom klientów jednostki.

18.1

Jednostka powinna dołożyć należytej staranności, aby ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmowani są jej klienci, uwzględniała ryzyko, jakie wiąże się z danym produktem jednostki oraz potrzeby klienta, wynikające z jego ewentualnych zobowiązań wobec jednostki.

Rekomendacja 18.1. stawia pod dużym znakiem zapytania możliwość zaoferowania np. ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym w modelu ubezpieczenia grupowego. W przypadku tego typu produktów trudno będzie mówić o tym, że takie ubezpieczenie uwzględnia ryzyko, jakie wiąże się z produktem bankowym oraz potrzeby klienta wynikające z jego ewentualnych zobowiązań wobec banku.

18.2

Jednostka powinna monitorować wykonywanie umowy ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń, a w przypadku stwierdzenia jej realizacji niezgodnie z postanowieniami umowy, podejmować stosowne działania (m.in. złożenie skargi, złożenie reklamacji) oraz poinformować klienta o podjętych działaniach.

Rekomendacja 18.2., w stosunku do poprzednio obowiązującej Rekomendacji 11.3. wskazuje przykładowe sposoby działań, które może podjąć jednostka w sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń wykonuje umowę ubezpieczenia niezgodnie z postanowieniami umowy, tj. złożenie skargi, złożenie reklamacji oraz zobowiązuje jednostkę do poinformowania klienta o tym jakie działania zostały przez nią podjęte. Na marginesie należy dodać, że odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie każdej umowy, w tym umowy ubezpieczenia, jest w polskim systemie prawnym w sposób wyczerpujący uregulowane przepisami kodeksu cywilnego. Tworzenie specjalnej Rekomendacji wydaje się w tym zakresie nadmiarowe.

18.3

Jednostka powinna monitorować liczbę decyzji odmownych zakładu ubezpieczeń co do wypłat świadczeń z umów ubezpieczenia.

Wydaje się, że obowiązek monitorowania liczby decyzji odmownych odnosi się do każdego przypadku odmowy wypłaty świadczenia, nawet sytuacji, gdy uprawnionym do świadczenia jest jedynie klient jednostki lub osoby trzecie i nie ma to związku z rozliczeniami pomiędzy klientem a jednostką. Biorąc pod uwagę liczbę osób ubezpieczanych w modelu bancassurance, a co za tym idzie odpowiednio dużą liczbę decyzji odmownych zakładu ubezpieczeń, Rekomendacja 18.3. wygeneruje dodatkowe znaczne koszty związane z koniecznością zatrudnienia sztabu specjalistów odpowiedzialnych za monitorowanie i analizowanie uzasadnień decyzji odmownych wydawanych przez zakłady ubezpieczeń.

18.4

Jednostka powinna zapewnić klientowi w każdym przypadku prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jednostka nie powinna pobierać żadnych opłat od klienta z tytułu rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej, uregulowana w Rekomendacji 18.4. stanowi bez wątpienia jedno z tych uprawnień, które klient banku powinien móc skutecznie wyegzekwować. Osobną kwestią jest to, czy uprawnienie takie powinno dawać możliwość natychmiastowego zrezygnowania z ochrony, czy też może z zachowaniem stosownego okresu wypowiedzenia ochrony.

O ile w przypadku produktu ubezpieczeniowego, zabezpieczającego zobowiązania klienta wobec banku wydaje się to być bez znaczenia, bo bank może w inny sposób zabezpieczyć się przed pochopnymi decyzjami klienta, to jednak w przypadku pozostałych produktów ubezpieczeniowych o prawie do wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia powinna jednak rozstrzygać treść umowy ubezpieczenia.

18.5

Jednostka powinna dołożyć należytej staranności, aby klient w pełni skorzystał z uprawnień wynikających z objęcia go ochroną ubezpieczeniową. W przypadku:

- a. rozwiązania umowy ubezpieczenia zawartej z zakładem ubezpieczeń w okolicznościach, na które jednostka miała wpływ, jednostka powinna poinformować klienta o skutkach działań podjętych przez jednostkę dla klienta oraz o możliwości skorzystania przez klienta z oferty ubezpieczeniowej dostępnej na rynku ubezpieczeniowym; działania informacyjne powinny być podjęte na odpowiednio wczesnym etapie, tak aby klient miał wystarczającą ilość czasu na zapewnienie sobie kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej;
- b. ustania ochrony ubezpieczeniowej z przyczyn innych niż określone w Rekomendacji 18.5. lit. a), jednostka powinna poinformować klienta o tym fakcie;
- c. wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu wskazanego w zawartej umowie ubezpieczenia, jednostka powinna dokonać zwrotu klientowi kosztów za niewykorzystany okres ochrony pod warunkiem, że klient ponosił koszty takiej ochrony.

Rekomendacja 18.5. swoją treścią jest zbliżona do poprzednio obowiązującej Rekomendacji 11.7. Punkt a) poprzednio obowiązującej Rekomendacji 11.7. zobowiązywał bank do podjęcia działań w celu zapewnienia klientowi możliwości kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej w ramach dostępnej oferty na rynku ubezpieczeniowym. W chwili obecnej punkt a) zobowiązuje jednostkę do poinformowania klienta o skutkach działań podjętych przez jednostkę dla klienta oraz o możliwości skorzystania przez klienta z oferty ubezpieczeniowej dostępnej na rynku ubezpieczeniowym. Tym samym pomimo braku wyraźnego zobowiązania jednostki do podjęcia działań w celu zapewnienia klientowi możliwości kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej w ramach dostępnej oferty na rynku ubezpieczeniowym, należy uznać, że jednostka jest zobowiązana zarówno do podjęcia działań na rzecz klienta, jak i do poinformowania klienta o skutkach działań podjętych przez jednostkę na rzecz klienta. Rola jednostki w Rekomendacji 18.5. jest niewątpliwie zbliżona do roli brokera ubezpieczeniowego, który w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń podejmuje czynności w imieniu lub na rzecz klienta.

Rekomendacja 18.5. w pkt c) została doprecyzowana, tzn. w chwili obecnej w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu wskazanego w zawartej umowie ubezpieczenia, jednostka powinna dokonać zwrotu klientowi kosztów za niewykorzystany okres ochrony, ale wyłącznie pod warunkiem, że klient faktycznie ponosił koszty takiej ochrony. W dalszym ciągu aktualne pozostaje pytanie czy przedmiotowa regulacja dotyczy jedynie udziału klienta w składce ubezpieczeniowej czy też jednostka powinna także zwrócić klientowi inne koszty jakie klient poniósł przystępując do ubezpieczenia?

REKOMENDACJA 19

Jednostka powinna posiadać zasady/procedury postępowania w przypadku umów ubezpieczenia, na podstawie których zakład ubezpieczeń może występować z roszczeniem regresowym do finansującego ubezpieczenie.

Rekomendacja 19 formułuje wymóg określenia i przestrzegania określonych procedur regulujących występowanie zakładu ubezpieczeń z roszczeniem regresowym do szczególnej kategorii podmiotu, jakim jest finansujący ubezpieczenie. Finansujący ubezpieczenie to podmiot inny niż klient, który zamierza zawrzeć lub zawarł umowę z jednostką, na podstawie której zobowiązany jest pokryć koszty ochrony ubezpieczeniowej tej jednostki.

Regres ubezpieczeniowy uregulowany jest w art. 828 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. Na ubezpieczyciela nie przechodzą jednak roszczenia ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie. Powyższe zasady stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

19.1

Jednostka powinna posiadać, sporządzone w formie pisemnej lub elektronicznej, procedury informowania finansujących ubezpieczenie w odniesieniu do umów ubezpieczenia, na podstawie których zakład ubezpieczeń może występować z roszczeniem regresowym do finansującego ubezpieczenie. Informacje przekazywane w tym zakresie przez jednostkę nie mogą wprowadzać finansującego ubezpieczenie w błąd.

Występowanie z roszczeniami regresowymi względem klientów (w tym wypadku mowa o finansujących ubezpieczenie), którzy pokryli koszt ochrony może budzić uzasadnione wątpliwości. Skoro to określony podmiot pokrył koszt ochrony, to nieco zaskakujące może być późniejsze występowanie z regresem ubezpieczeniowym przez zakład ubezpieczeń w stosunku do takiego podmiotu, czego oczywiście nie można wykluczyć, jeżeli finansujący ubezpieczenie jest odpowiedzialny za szkodę. Z tego też względu nakazanie bankowi przekazywania koniecznych informacji w tym zakresie finansującemu ubezpieczenie wydaje się być bardzo dobrym rozwiązaniem.

19.2

Jednostka będąca uprawnionym do dochodzenia świadczenia z umowy ubezpieczenia, które nie prowadzi do wygaśnięcia części albo całości zobowiązania finansującego ubezpieczenie w przypadku spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń w ramach udzielonej ochrony ubezpieczeniowej jednostki, powinna poinformować finansującego ubezpieczenie, przed zawarciem umowy z jednostką, w której wyraził on zgodę na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki, że zakład ubezpieczeń może wystąpić wobec niego z roszczeniem regresowym.

Rekomendacja 19.2 jest konsekwencją wcześniejszych Rekomendacji. Jeżeli zakład ubezpieczeń może wystąpić z roszczeniem regresowym względem finansującego ubezpieczenie, wówczas jednostka powinna o tym poinformować finansującego. Omawiana Rekomendacja wprowadza jednak bardzo ważny wymóg. Mianowicie, stosowna informacja powinna być przekazana finansującemu ubezpieczenie przed zawarciem umowy, która będzie „zabezpieczona” finansowanym ubezpieczeniem. Finansujący ubezpieczenie powinien mieć świadomość, godząc się na takie finansowanie, że mimo pokrycia kosztów ochrony ubezpieczyciel może wystąpić względem finansującego z regresem.

19.3

Informacja o zawarciu przez jednostkę umowy ubezpieczenia, w przypadku której zakład ubezpieczeń może występować z roszczeniem regresowym do finansującego ubezpieczenie, powinna wyraźnie wskazywać, że finansujący ubezpieczenie nie jest beneficjentem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tej umowy ubezpieczenia, a w szczególności, że spełnienie świadczenia przez zakład ubezpieczeń powoduje wyłącznie zmianę wierzyciela i nie zwalnia finansującego ubezpieczenie z obowiązku świadczenia regresowego w zakresie wypłaty dokonanej przez zakład ubezpieczeń.

Rekomendacja 19.3 posługuje się kolejną kategorią podmiotów, których dotyczy Rekomendacja U, mianowicie - „beneficjent ochrony ubezpieczeniowej”. W tym przypadku chodzi o sytuację, w której świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone finansującemu ochronę, ale – jednostce. Finansujący powinien mieć świadomość takiej, a nie innej konstrukcji warunków ubezpieczenia, co też może oznaczać, że finansujący ubezpieczenie, mimo, że opłacił koszt składki ubezpieczeniowej, może być w dalszym ciągu zobowiązany do spłaty zobowiązań wynikających z umowy, która była zabezpieczona ubezpieczeniem.

19.4

Jednostka powinna poinformować finansującego ubezpieczenie, w formie pisemnej lub, jeżeli finansujący ubezpieczenie wyrazi na to zgodę, na trwałym nośniku, o wystąpieniu do zakładu ubezpieczeń o spełnienie świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia oraz o skutkach tego działania dla finansującego ubezpieczenie. Jednostka powinna przekazywać finansującemu ubezpieczenie informacje o przebiegu tego postępowania na każdym jego etapie.

Rekomendacja 19.4. ustanawia formę pisemną jako podstawową formę poinformowania finansującego ubezpieczenie o wszczęciu postępowania likwidującego w ramach umowy ubezpieczenia sfinansowanej przez finansującego. Alternatywną opcją jest, poprzedzone uprzednią zgodą podmiotu finansującego, powiadomienie o na trwałym nośniku. Zgodnie z ustawą o prawach konsumenta, przy klasyfikacji danego nośnika jako trwałego kluczowe jest, aby umożliwiał on przechowywanie dostarczonych informacji przez właściwy czas oraz by zapewniał on możliwość odtworzenia stosownych informacji w ich niezmienionej, pierwotnej postaci. Ponadto, na jednostkę nałożony został także obowiązek informacyjny dotyczący przekazywania finansującemu ubezpieczenie informacji o przebiegu postępowania likwidacyjnego na każdym jego etapie. Dzięki temu finansujący może na bieżąco śledzić przebieg tego postępowania i oceniać ewentualne jego skutki dla własnej sytuacji prawnej (np. na ile toczące się postępowania może skutkować regresem względem finansującego).

19.5

Jednostka powinna powstrzymać się przed bezpośrednim obciążaniem finansującego ubezpieczenie kosztami składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, w której zakładowi ubezpieczeń przysługuje roszczenie regresowe względem finansującego ubezpieczenie.

Rekomendacja 19.5 dotyczy zakazu bezpośredniego obciążania finansującego ubezpieczenie kosztami składki ubezpieczeniowej. Pomijając to, co właściwie oznacza „bezpośrednie” obciążanie finansującego ubezpieczenie kosztami składki ubezpieczeniowej (pytanie, czy w tym wypadku prawidłowe będzie ujęcie kosztów składki w innych opłatach ponoszonych przez finansującego w ramach umowy z jednostką), treść tej Rekomendacji stawia pod znakiem zapytania generalną możliwość oferowania ubezpieczeń z prawem do regresu. Skoro w takim wypadku finansowanie składki przez finansującego powinno być wyłączone (a raczej tak właśnie należy „czytać” zwrot „powinna powstrzymać się przed ...”), to czemu właściwie mają służyć wszystkie wcześniejsze Rekomendacje zawarte w punkcie 19. Bez wątpienia jest to jedna z tych Rekomendacji, której treść będzie „wyjaśniona” na etapie postępowania kontrolnych KNF.

REKOMENDACJA 20

Jednostka powinna zapewnić, by oferowane przez nią produkty ubezpieczeniowe zapewniały odpowiednią wartość dla klienta a wynagrodzenie jednostki otrzymywane z tytułu pośrednictwa ubezpieczeniowego było ustalane przy uwzględnieniu interesu klienta oraz wysokości kosztów ochrony ubezpieczeniowej.

Bez wątpienia Rekomendacja 20 w brzmieniu z roku 2023 jest jedną z tych, która może skutkować daleko idącymi zmianami na runku bancassurance. KNF oczekuje, aby produkty ubezpieczeniowe oferowane przez jednostkę zapewniały odpowiednią wartość dla klienta. O ile patrząc na ogólny wydźwięk tego oczekiwania, to ma ono sens (trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że produkt powinien mieć wartość dla klienta), to jednocześnie w mojej ocenie mamy do czynienia z przykładem klauzuli generalnej, która pozwoli Komisji na dość dowolne interpretowanie zasad oferowania określonych produktów przez jednostki. Bo czym jest „odpowiednia wartość dla klienta” i dlaczego właściwie KNF powinien ją określać. Pozostaje jedynie mieć nadzieję, że dzięki tej Rekomendacji dojdzie do wyeliminowania z rynku takich produktów ubezpieczeniowych, które rzeczywiście nie mają jakiegokolwiek wartości dodanej dla klienta i Rekomendacja ta nie będzie wykorzystywana do tego, aby w sposób mało przejrzysty ingerować w rynek. Oczywiście kierunkowo, tę „odpowiedniość” wydają się opisywać Rekomendacje 20.2 i 20.3 jednak tam mowa jest o produktach typu CPI i z całą pewnością wskazania zawarte w tych Rekomendacjach nie powinny być traktowane jako jedyne wyznaczniki tego, czy dany produkt ma odpowiednią wartość dla klienta.

Podobny też skutek może mieć obowiązek oferowania produktów ubezpieczeniowych za wynagrodzeniem z tytułu pośrednictwa ubezpieczeniowego ustalonym przy uwzględnieniu interesu klienta. Jest dość oczywiste, że interes klienta wymaga, aby składka ubezpieczeniowa była odpowiednia do zakresu ochrony, jednak nie jest już tak oczywiste, jak powiązać interes klienta z wysokością prowizji jaką może otrzymać jednostka działająca jako agent ubezpieczeniowy. I tutaj ponownie – czas pokaże, w jaki sposób ta Rekomendacja będzie interpretowana przez organ nadzoru. Już Rekomendacja U w wersji z 2014 roku zawierała wymóg, aby wynagrodzenie banku z tytułu oferowania produktów ubezpieczeniowych było ustalane z uwzględnieniem kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Niestety, póki co trudno o jednoznaczną interpretację tej Rekomendacji, mimo, że obowiązuje już od ponad 8 lat.

20.1

Jednostka powinna zapewnić, aby konstrukcja oferowanego przez nią produktu ubezpieczeniowego nie podważała zaufania klienta do rynku finansowego.

Podstawowe pytanie jakie nasuwa się czytając treść tej Rekomendacji, to pytanie o to, w jaki sposób określić poziom wynagrodzenia pośrednika (tutaj jednostki), który nie będzie podważać zaufania klienta do rynku finansowego. Czy odwołanie się do rynkowych poziomów wynagrodzeń wypłacanych przez zakłady ubezpieczeń innym pośrednikom może stanowić właściwe odniesienie w tym przypadku? Trudno to jednoznacznie ocenić bez dodatkowych wskazówek interpretacyjnych ze strony KNF.

20.2

W przypadku produktu CPI zasada określona w rekomendacji 20.1 oznacza, iż wartość zakładanych kosztów odszkodowań i świadczeń (bez uwzględnienia kosztów likwidacji szkód, w tym kosztów postępowań sądowych), w ramach oferowanego przez jednostkę produktu CPI, powinna wynosić co najmniej 30% równowartości składki ubezpieczeniowej brutto, z zastrzeżeniem rekomendacji 20.3.

20.3

Jeżeli wysokość miesięcznej raty składki w oferowanym produkcie CPI, w którym wysokość składki nie jest uzależniona od salda zadłużenia, nie przekracza, dla pojedynczej umowy ubezpieczenia, kwoty stanowiącej równowartość w złotych 2,5 euro miesięcznie lub 30 euro w okresie 12 miesięcy, wartość zakładanych kosztów odszkodowań i świadczeń (bez uwzględnienia kosztów likwidacji szkód, w tym kosztów postępowań sądowych) w ramach tego produktu może wynosić nie mniej niż 20% zakładanej równowartości składki ubezpieczeniowej brutto. Do ustalenia równowartości w złotych wyrażonych w euro kwot wskazanych w zdaniu poprzedzającym, obowiązujących od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku, przyjmuje się średni kurs waluty euro, ogłoszony przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roboczym października poprzedniego roku.

Produkt CPI rozumieć należy jako ubezpieczenie spłaty kredytu (hipotecznego, konsumenckiego lub karty kredytowej) lub pożyczki (z ang. credit protection insurance (CPI)), z wyłączeniem ubezpieczeń do kart płatniczych niezwiązanych ze spłatą zadłużenia.

Niezależnie od oceny zasadności i zgodności z prawem tego rodzaju ingerencji organu nadzoru w ceny produktów (koszty odszkodowań i świadczeń to bez wątpienia istotny element cenotwórczy w ubezpieczeniach), ta rekomendacja powinna być brana pod uwagę przez zakłady ubezpieczeń na etapie wyceny produktów ubezpieczeniowych typu CPI.

20.4

W oferowanych produktach CPI wartość zakładanych kosztów odszkodowań i świadczeń (bez uwzględnienia kosztów likwidacji szkód, w tym kosztów postępowań sądowych) obliczana jest przez twórcę produktu, zgodnie ze wskazanym przez jednostkę czasem trwania produktu jednostki z którym produkt CPI jest powiązany lub przy uwzględnieniu przewidywanego okresu ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku produktu CPI zawierającego ryzyka dodatkowe, powyższa wartość może być obliczana dla całego produktu, włączając przewidywane odnowienia/automatyczne kontynuacje produktu CPI oraz ryzyk dodatkowych.

20.5

Jednostka powinna uzyskać od twórcy produktu potwierdzenie spełnienia przez produkt CPI warunków określonych w rekomendacjach 20.2 – 20.4 dla już oferowanych produktów CPI najpóźniej w dniu wdrożenia Rekomendacji oraz każdorazowo przed rozpoczęciem oferowania nowych produktów CPI.

Jednostka powinna uzyskać potwierdzenie od ubezpieczyciela, że produkt spełnia wymagania wcześniejszych punktów Rekomendacji 20. Należy założyć, że powinien być to rodzaj zapewnienia złożony bądź to w formie odrębnego oświadczenia zakładu ubezpieczeń, bądź też, jako część oświadczeń ubezpieczyciela zawartych w umowie w jednostkę.

Jednak Rekomendacja 20.5 zdaje się wprowadzać dodatkowe zasady przejściowe związane z jej stosowaniem. Pytanie, co w sytuacji umów wieloletnich, które mogą tych wszystkich wymagań nie spełniać? Czy w takim wypadku jednostka powinna te umowy wypowiedzieć, czy też jedynie renegotjować? A co ze składkami już opłaconymi przez klientów, w sytuacji, gdy zmiana parametrów umowy ubezpieczenia, na takie, które będą zgodne z Rekomendacjami 20, będzie skutkować zwiększeniem składki ubezpieczeniowej? Można mieć wątpliwości co do tego, czy Rekomendacje KNF stanowią wystarczającą przesłankę domagania się uzupełnienia składki przez klientów jednostki. Wydaje się, że w takim przypadku najlepszym rozwiązaniem powinno być zakończenie takiej umowy ubezpieczenia, odpowiednie rozliczenie się z klientem (w tym zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony) oraz zawarciem nowej umowy, zgodnej z wymaganiami Rekomendacji U w nowym brzmieniu.

15 grudnia 2023 roku KNF opublikowała „Stanowisko KNF dotyczące jednolitych zasad stosowania punktu 20. Rekomendacji U. Poniżej przytaczamy treść tego stanowiska.

26 czerwca 2023 roku Komisja Nadzoru Finansowego wydała Rekomendację U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance.

Rekomendacja 20 zawiera oczekiwanie Komisji, że oferowane produkty ubezpieczeniowe będą zapewniać odpowiednią wartość dla klienta, a wynagrodzenie jednostki otrzymywane z tytułu pośrednictwa ubezpieczeniowego będzie ustalane przy uwzględnieniu

interesu klienta oraz wysokości kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Z kolei rekomendacja 20.1 wskazuje, że konstrukcja oferowanego produktu ubezpieczeniowego nie może podważać zaufania klienta do rynku finansowego. Szczegółowe warunki realizacji tego celu w przypadku produktów typu CPI opisane są w rekomendacjach 20.2-20.5.

Aby ujednolicić zasady stosowania rekomendacji 20.2-20.5 Komisja przedstawia stanowisko dotyczące sposobu wyznaczenia przez zakłady ubezpieczeń określonych w tych rekomendacjach parametrów.

W dalszej części stanowiska, określenie „wskaźnik szkodowości” oznacza, zgodnie z rekomendacją 20.2, stosunek wartości zakładanych kosztów odszkodowań i świadczeń (bez uwzględnienia kosztów likwidacji szkód, w tym kosztów postępowań sądowych) do składki ubezpieczeniowej brutto.

Dla celów wypełnienia wymogów dotyczących wartości wskaźnika szkodowości, określonych w rekomendacji 20.2, należy przyjąć, że wskaźnik szkodowości jest ilorazem wartości obecnej oczekiwanych kosztów odszkodowań i świadczeń (bez uwzględnienia kosztów likwidacji szkód, w tym kosztów postępowań sądowych) oraz wartości obecnej oczekiwanych składek brutto. Przez składkę ubezpieczeniową brutto rozumie się składkę należną z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia opłacaną przez klienta. Dodatkowo, w obliczeniach, nie należy uwzględniać jakiegokolwiek rodzaju reasekuracji. Wartość obecną oczekiwanych odszkodowań i świadczeń (bez uwzględnienia kosztów likwidacji szkód, w tym kosztów postępowań sądowych) oraz wartość obecną oczekiwanych składek brutto należy obliczyć przyjmując założenia o odpowiednich prawdopodobieństwach zajścia szkód stosowane do obliczania najlepszego oszacowania rezerw (BEL).

Wskaźnik szkodowości, o którym mowa w rekomendacji 20.2, obliczany jest po raz pierwszy przed rozpoczęciem oferowania produktu. Przeliczenie wskaźnika oraz weryfikacja wymogu określonego w rekomendacji 20.2 wymagane będą w sytuacji zmian wprowadzanych w istniejącym produkcie, takich jak zmiana parametrów cenowych, zakresu ochrony czy wyłączeń odpowiedzialności. Niezależnie od tego, twórca produktu ma obowiązek przestrzegania Rozporządzenia delegowanego 2017/23582, w szczególności artykułu 7 dotyczącego monitorowania i przeglądu produktu.

Zgodnie z istotą ubezpieczeń oferowanych w zakresie bancassurance, dopuszczalne jest, aby wskaźnik szkodowości był obliczany na poziomie zagregowanym. Przy stałych taryfach składek lub stałych poziomach składek, można zagregować wartość przyszłych odszkodowań i świadczeń dla całego produktu ubezpieczeniowego objętego stałymi taryfami składki lub stałymi składkami ze wszystkich okresów ochrony. W takim przypadku dla całego produktu należy również zagregować wartość przyszłych oczekiwanych składek. Struktura osób ubezpieczonych w ramach produktu, obrazująca ich wiek i płeć, poziomy sum ubezpieczenia oraz terminy odpowiednich produktów bankowych (np. okresy spłaty pożyczki), powinna jak najbliżej odpowiadać rzeczywistej strukturze klientów/produktów banku.

W przypadku ryzyk, których szkodowość może być zależna od otoczenia makroekonomicznego (np. ubezpieczenie spłaty rat kredytowych na wypadek utraty pracy), zakład ubezpieczeń powinien, zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą, przeprowadzić estymację odpowiednich prawdopodobieństw długoterminowych zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W tym celu, oprócz możliwości wykorzystania krajowych statystyk, możliwe jest skorzystanie z wiedzy eksperckiej reasekuratorów.

Opisane zasady obliczania wskaźnika szkodowości mają odpowiednie zastosowanie do rekomendacji 20.3.

W zakresie rekomendacji 20.4, sformułowanie „czas trwania produktu” odnosi się do rzeczywistego okresu ochrony ubezpieczeniowej, wynikającego z tego, jak długo trwa okres powiązania produktu bankowego (np. terminu spłaty pożyczki). Do obliczeń wskaźnika szkodowości nie należy przyjmować wszelkich rodzajów ryzyk wcześniejszego zakończenia ochrony, innych niż wynikające z zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Przykładowo, nie należy zakładać wcześniejszych spłat kredytu, refinansowania lub nadpłat rat kredytowych (używając terminologii technicznej, „wcześniejsze zakończenie umowy” bądź „spłaty częściowe” nie powinny być uwzględniane w obliczeniach współczynników, o których mowa w rekomendacjach 20.2 oraz 20.3).

Potwierdzenie, o którym mowa w rekomendacji 20.5, powinno być sporządzone w formie raportu, zawierającego założenia aktuarialne, w szczególności: założenia co do częstotliwości zdarzeń (zgodne z regułami najlepszego oszacowania rezerw), źródło danych statystycznych i przyjętą strukturę portfela, dla którego wykonano obliczenia. Raport ten powinien być podpisany przez aktuarusza wykonującego lub nadzorującego przeprowadzone obliczenia oraz przez członka zarządu zakładu ubezpieczeń nadzorującego obszar, w którym przeprowadzono te obliczenia.

REKOMENDACJA 21

Jednostka powinna dochować należytej staranności w zakresie postanowień umowy ubezpieczenia zawieranej jako ubezpieczający z zakładem ubezpieczeń, jak również umowy ubezpieczenia, przy której zawarciu jednostka pośredniczy.

Trudno jednoznacznie oceniać, o jaki rodzaj „należytej staranności w zakresie postanowień umowy ubezpieczenia” chodzi w tym przypadku. Jednak patrząc na treść kolejnych Rekomendacji w tym punkcie można chyba założyć, że chodzi o zgodność warunków umowy ubezpieczenia z prawem oraz najlepiej pojętym interesem klienta.

Nie ulega wątpliwości, że odpowiedzialność za tworzenie wzorców umownych zgodnych z prawem, w tym pozbawionych klauzul abuzywnych, spoczywa na twórcy takiego wzorca, którym w przypadku bancassurance, co do zasady, jest zakład ubezpieczeń.

Zakładając, że mówimy o umowie zawieranej na rachunek konsumenta, powstaje pytanie, w jaki sposób jednostka miałaby oceniać abuzywność poszczególnych postanowień, kto powinien mieć w tym wypadku głos decydujący. Warto pamiętać o tym, że w Polsce nie istnieje jakiegokolwiek mechanizm formalnej „certyfikacji” wzorca umownego na okoliczność zgodności z przepisami prawa, w tym z przepisami o niedozwolonych postanowieniach umownych.

21.1

Jednostka jako ubezpieczający powinna odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli zidentyfikowano w umowie ubezpieczenia postanowienia mogące naruszać najlepiej pojęty interes ubezpieczonego. Jeśli identyfikacja nastąpiła po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednostka powinna podjąć działania zmierzające do usunięcia takich postanowień.

Rekomendacja 21.1. zawiera po klauzule generalną „najlepiej pojętego interesu” klienta (tutaj – ubezpieczonego). W przypadku umów zawieranych przez jednostkę na rzecz klientów, to na jednostce spoczywa obowiązek zadbania o to, aby umowa ubezpieczenia nie naruszała takich interesów. Niestety dzisiaj, bez ukształtowania się szerszego orzecznictwa sądowego lub też praktyki nadzorczej trudno o jakąkolwiek jednoznaczną interpretację tego pojęcia. Można przyjąć, że chodzi o produkt, który będzie zabezpieczał realne potrzeby ubezpieczonego, który zostanie wyceniony w sposób zgodny z innymi Rekomendacjami (patrz Rekomendacja 20). Jednak to dopiero w drodze praktycznego stosowania i wykładni tej Rekomendacji może zostać ustalone czym tak naprawdę powinien być ten „najlepiej pojęty interes ubezpieczonego”. Co prawda pojęcie najlepiej pojętego interesu klienta znane jest już w świecie usług finansowych, również w bankach, ponieważ zostało szeroko wprowadzone Dyrektywą MIFID, jednak pojęcie to może być nieco inaczej rozumiane w przypadku usług ubezpieczeniowych.

21.2

Jednostka jako pośrednik ubezpieczeniowy, powinna odmówić oferowania umów ubezpieczenia, jeżeli zidentyfikowano w umowie ubezpieczenia postanowienia mogące naruszać najlepiej pojęty interes klienta. Jeśli identyfikacja nastąpiła po zawarciu przez klienta umowy ubezpieczenia, jednostka powinna niezwłocznie poinformować zakład ubezpieczeń będący stroną umowy ubezpieczenia o konieczności podjęcia działań zmierzających do usunięcia takich postanowień.

Rekomendacja 21.2. wprowadza zasadę działania w najlepiej pojętym interesie klienta również w przypadku działania jednostki jako pośrednik ubezpieczeniowy. Jednak w tym wypadku jednostka powinna odmówić oferowania takiej umowy, a po jej zawarciu – podjąć odpowiednie działań zmierzające do wprowadzenia przez ubezpieczyciela stosownych zmian w umowie. Pytanie, kto będzie ponosił w takim wypadku odpowiedzialność za skutki zmian w umowach ubezpieczenia, które sądy lub Prezes UOKiK uznają za abuzywne?

21.3

Jednostka powinna dokonywać analizy umowy ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym pod kątem zgodności postanowień umownych z przepisami prawa i orzecznictwem w zakresie stosowania opłat i dokumentowania ewentualnych innych rozliczeń z klientem.

Wskazana Rekomendacja nie mówi nic o tym, jaki skutek powinna mieć analiza przeprowadzona przez jednostkę. W domyśle – stwierdzone nieprawidłowości powinny być zapewne zakomunikowane zakładowi ubezpieczeń i w zależności od roli jednostki – należałoby odpowiednio zastosować Rekomendację 21.1. lub 21.2.

21.4

Jednostka powinna przyjmować w umowie z zakładem ubezpieczeń taki system wynagradzania z tytułu dystrybucji ubezpieczeniowych produktów o charakterze inwestycyjnym, który nie będzie generował nadmiernego ryzyka dla działalności prowadzonej przez jednostkę, w tym uwzględniać prawo klienta do wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia i roszczeń z tym związanych.

Rekomendację 21.4 z całą pewnością należy czytać w powiązaniu z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tutaj w szczególności warto zwrócić uwagę na art. 23 tej ustawy). Jednocześnie cel tej Rekomendacji zapewne jest taki, aby minimalizować ryzyka związane z pobieraniem od klientów przez ubezpieczycieli wygórowanych opłat związanych z wcześniejszym zakończeniem umów ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, co zazwyczaj wiąże się z wysokością prowizji wcześniej wypłaconej dystrybutorowi (tutaj – jednostce).

REKOMENDACJA 22

Jednostka, działająca jako pośrednik ubezpieczeniowy, powinna opracować, przyjąć i zapewnić funkcjonowanie efektywnego procesu przyjmowania i przekazywania do zakładu ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego działa, zawiadomień i oświadczeń, składanych jej na piśmie lub innym trwałym nośniku w związku z zawartymi przez zakład ubezpieczeń umowami ubezpieczenia lub umowami gwarancji ubezpieczeniowej.

22.1

Jednostka przyjmuje i niezwłocznie przekazuje do zakładu ubezpieczeń składane jej zawiadomienia i oświadczenia.

22.2

Jednostka zapewnia, by składane jej zawiadomienia i oświadczenia zostały przez nią opatrzone potwierdzeniem daty złożenia tych zawiadomień/oświadczeń, przez składającego zawiadomienie/oświadczenie.

Rekomendacja 22 ustanawia sposób komunikowania się pomiędzy jednostką a zakładem ubezpieczeń w kontekście przekazywania zakładowi ubezpieczeń zawiadomień i oświadczeń związanych z zawartymi umowami. Ta forma komunikacji ma realizować postulat efektywności, na który składają się szybkość przekazania dokumentacji i monitorowanie momentu jej złożenia.

Jednocześnie w tym miejscu warto pamiętać o art. 30 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, który stanowi, że zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia lub umową gwarancji ubezpieczeniowej agentowi ubezpieczeniowemu (...) uznaje się za złożone zakładowi ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent działa, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku. Zakład ubezpieczeń nie może wyłączyć ani ograniczyć upoważnienia agenta ubezpieczeniowego do odbierania takich zawiadomień i oświadczeń.

System kontroli wewnętrznej w zakresie bancassurance

REKOMENDACJA 23

Jednostka powinna zapewnić, aby system kontroli wewnętrznej funkcjonował zgodnie z postanowieniami, odpowiednio Rekomendacji H dotyczącej systemu kontroli wewnętrznej w bankach i Rekomendacji B-SKOK dotyczącej dobrych praktyk w zakresie ładu korporacyjnego spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych i obejmował działalność jednostki w zakresie bancassurance, w tym zwłaszcza procesy związane z oferowaniem produktów ubezpieczeniowych oraz stosowanie odpowiedniego sposobu rozliczania przychodów związanych z oferowaniem ubezpieczeń przez jednostkę.

Niezależnie od wskazanych wyżej dodatkowych Rekomendacji, zachęcamy też do zapoznania się z Międzynarodowymi standardami praktyki zawodowej audytu wewnętrznego, dostępnymi na stronach Ministerstwa Finansów (dalej: Międzynarodowe Standardy”).

23.1

Celem systemu kontroli wewnętrznej w zakresie bancassurance jest w szczególności skuteczne zapewnienie zgodności działalności jednostki w zakresie bancassurance z przepisami prawa, regulacjami wewnętrznymi i standardami rynkowymi, w tym zwłaszcza dotyczącymi oferowania produktów ubezpieczeniowych oraz stosowania odpowiedniego sposobu rozliczania przychodów związanych z oferowaniem ubezpieczeń przez jednostkę.

Jak wskazano w Rekomendacji 23.1, celem systemu kontroli wewnętrznej w zakresie bancassurance jest w szczególności zapewnienie skutecznej zgodności działalności jednostki w zakresie bancassurance z przepisami prawa, regulacjami wewnętrznymi i standardami rynkowymi, w tym zwłaszcza dotyczącymi oferowania produktów ubezpieczeniowych oraz stosowania odpowiedniego sposobu rozliczania przychodów związanych z oferowaniem ubezpieczeń przez jednostkę. W celu zapewnienia odpowiednich standardów postępowania w kwestii kontroli wewnętrznej jednostkom, które prowadzą działalność w zakresie bancassurance, rekomenduje się dostosowanie wewnętrznych procedur kontrolnych do wspomnianych już wcześniej opracowanych i opublikowanych Rekomendacji, które stanowią zbiór dobrych praktyk. Rekomendacja H, której odbiorcą są banki, wskazuje dobre praktyki w zakresie systemu kontroli wewnętrznej, które przedstawiają oczekiwania KNF wobec banków w zakresie postępowania zgodnego z przepisami dotyczącymi zasad funkcjonowania systemu kontroli wewnętrznej w banku. Zgodnie z tymi rekomendacjami, celem kontroli wewnętrznej jest wspomaganie kierownictwa banku i jego pracowników w prawidłowym, efektywnym i skutecznym wykonywaniu obowiązków. Rekomendacja SKOK, z kolei to zbiór dobrych praktyk w zakresie regulacji organizacji kasy, zachodzących wewnętrznych procesów i zasad zarządzania.

W tym miejscu zauważyć należy, że sektor bankowy został już wcześniej na mocy art. 9c ustawy Prawo bankowe zobligowany do posiadania systemu kontroli wewnętrznej, której celem jest, między innymi, zapewnienie zgodności działania banku z przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi. Trudno więc mówić o jakimś nowym obowiązku, mowa jest raczej o wskazaniu, w jaki sposób istniejący system kontroli wewnętrznej powinien działać w zakresie wymagań stawianych przez bancassurance.

23.2

W ramach systemu kontroli wewnętrznej jednostka powinna w szczególności ocenić ryzyko osiągnięcia celów systemu kontroli wewnętrznej w odniesieniu do bancassurance oraz stosować adekwatne i skuteczne procedury i mechanizmy kontrolne zapewniające realizację tych celów.

Rekomendacja 23.2 jest swoistym podkreśleniem znaczenia kontroli wewnętrznej. Wskazuje bowiem, że banki i SKOKi, których działalność dotyczy także oferowania ubezpieczeń, powinny oceniać ryzyko osiągnięcia celów systemu kontroli wewnętrznej, a wprowadzone i stosowane procedury i mechanizmy kontrolne należy ułożyć tak, by były adekwatne i skuteczne, a w konsekwencji, by realizowały cele kontroli wewnętrznej. Nie wskazano tu jednak zalecanej częstotliwości oceny, wobec czego należałoby przyjąć, że do jednostki należy ustalenie okresu, po upływie którego dokona ponownej oceny aktualności stosowanych reguł i ewentualnego dostosowania ich do zachodzących zmian, by zapewnić skuteczność stosowanych procedur, przy czym przypuszczać można, że periodyczność oceny wpłynie korzystnie na skuteczność realizowanych procesów kontrolnych. Tutaj można też wskazać na Rekomendację 3, która nakazuje, aby częstotliwość oceny realizacji polityki w zakresie bancassurance była uzależniona od indywidualnej specyfiki i profilu działalności w obszarze bancassurance, przy czym powinna być dokonywana co najmniej raz w roku.

Z kolei patrząc na system kontroli wewnętrznej z perspektywy celów takiej kontroli warto chyba zwrócić uwagę na to, że kontrola wewnętrzna powinna przede wszystkim służyć weryfikowaniu prawidłowości wdrożenia polityk i procedur związanych z bancassurance, identyfikowaniu nadużyć i błędów oraz ocenie, czy nie dochodzi do naruszenia interesów klientów jednostki.

23.3

W ramach systemu kontroli wewnętrznej jednostka powinna stosować mechanizmy kontrolne zapewniające przestrzeganie zasad zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance w szczególności poprzez:

- a) odpowiedni podział obowiązków w jednostce w ramach wewnętrznej struktury organizacyjnej;
- b) ocenę stosowania polityki zarządzania ryzykiem prowadzonej działalności w obszarze bancassurance oraz procedur związanych z zarządzaniem ryzykiem prowadzonej działalności w obszarze bancassurance w jednostce oraz rejestrowanie wszelkich odstępstw i naruszeń tych procedur;
- c) ocenę struktury i poziomu limitów ograniczających ryzyko prowadzonej działalności w obszarze bancassurance, zasad ich zatwierdzania oraz podejmowania działań zapobiegających ich przekraczaniu.

23.4

Istniejąca w ramach systemu kontroli wewnętrznej komórka audytu wewnętrznego w związku z dokonywaniem oceny adekwatności i skuteczności systemu kontroli wewnętrznej, powinna z częstotliwością uwzględnioną w planie badań audytowych badać i oceniać adekwatność i skuteczność systemu kontroli wewnętrznej w odniesieniu do bancassurance, w tym także badać poprawność i zgodność polityki rachunkowości w zakresie ujmowania i rozliczania przychodów oraz kosztów związanych ze sprzedażą produktów ubezpieczeniowych z obowiązującymi przepisami prawa oraz niniejszą rekomendacją. Ocenie powinna podlegać również prawidłowość i ciągłość stosowania tej polityki w odniesieniu do wszystkich oferowanych przez jednostkę produktów ubezpieczeniowych.

KNF rekomenduje także, by komórka audytu wewnętrznego, która stanowi istotny element systemu kontroli wewnętrznej, dokonywała regularnej oceny adekwatności i skuteczności tego systemu kontroli wewnętrznej w odniesieniu do bancassurance.

Zgodnie z Międzynarodowymi Standardami, zarządzający audytem wewnętrznym musi skutecznie zarządzać audytem wewnętrznym, tak aby zapewnić przysporzenie organizacji wartości dodanej. Zarządzanie audytem wewnętrznym będzie skuteczne, gdy:

- osiąga on zakładane cele i wypełnia nałożone obowiązki;*
- działa zgodnie z definicją audytu wewnętrznego i standardami;*
- pracownicy audytu wewnętrznego przestrzegają Kodeksu Etyki i Standardów (mowa o dokumentach określonych w Międzynarodowych Standardach);*
- bierze pod uwagę trendy i pojawiające się zagadnienia, które mogłyby wpływać na organizację.*

Audyty wewnętrzne przysparza wartości organizacji i jej interesariuszom, kiedy bierze pod uwagę strategię, cele i ryzyka, stara się proponować sposoby wzmocnienia procesów: ładu organizacyjnego, zarządzania ryzykiem i kontroli oraz obiektywnie zapewnia o badanych kwestiach.

23.5

W ramach systemu kontroli wewnętrznej jednostka powinna kontrolować spełnianie wymogów dotyczących merytorycznego przygotowania osób zaangażowanych w oferowanie produktów ubezpieczeniowych w ramach bancassurance.

Rekomenduje się także, by system kontroli wewnętrznej jednostki uwzględniał stałą weryfikację osób zaangażowanych w oferowanie produktów ubezpieczeniowych w ramach bancassurance pod kątem spełniania przez te osoby kryteriów dotyczących „merytorycznego przygotowania”. Nie wskazano jednak wprost, które z kryteriów merytorycznego przygotowania osoby te powinny spełniać. Jednak odwołując się do Międzynarodowych standardów praktyki zawodowej audytu wewnętrznego, audytorzy wewnętrzni muszą działać z należytą starannością zawodową, uwzględniając:

- zakres pracy niezbędny do osiągnięcia celów zadania;
- względną złożoność, istotność oraz znaczenie spraw, do których stosowane są procedury kontrolne;
- adekwatność i skuteczność procesów: kształtujących ład organizacyjny, zarządzania ryzykiem i kontroli;
- prawdopodobieństwo wystąpienia istotnych błędów, oszustw lub niezgodności;
- koszt realizacji zadania audytowego w porównaniu z potencjalnymi korzyściami.

Działając z należytą starannością zawodową audytorzy wewnętrzni muszą rozważyć możliwość użycia technik audytowych wykorzystujących technologie informatyczne oraz innych technik analizy danych. Audytorzy wewnętrzni muszą również poszerzać swoją wiedzę, umiejętności i inne kompetencje poprzez ciągły rozwój zawodowy.

23.6

Raporty z przeprowadzonych audytów wewnętrznych w zakresie bancassurance powinny być przekazywane do kierownictwa audytowanych komórek organizacyjnych jednostki po każdym przeprowadzonym audycie wewnętrznym, niezależnie od tego czy zidentyfikowane zostały jakiegokolwiek nieprawidłowości.

W Rekomendacji 23.6 wskazano, że raporty z przeprowadzonych audytów wewnętrznych w zakresie bancassurance powinny być przekazywane do kierownictwa audytowanych komórek organizacyjnych jednostki. Rekomenduje się jednak, by raporty te przekazywane były zawsze, niezależnie od wykrycia nieprawidłowości, co podkreśla istotę audytu i systemu kontroli wewnętrznej, dzięki czemu właściwe jednostki organizacyjne Banków i SKOKów, a nawet osoby na określonych stanowiskach, weryfikować mogą aktualność i adekwatność obowiązujących procedur, a przede wszystkim – uzyskują potwierdzenie zgodności działalności jednostki w zakresie bancassurance z przepisami prawa, regulacjami wewnętrznymi i standardami rynkowymi.

23.7

Wyniki audytów wewnętrznych w zakresie bancassurance powinny być udokumentowane i przekazane co najmniej do kierujących jednostkami audytowanymi, prezesa zarządu jednostki, członków zarządu jednostki nadzorujących obszar działalności jednostki, którego dotyczy zalecenie poaudytowe, rady nadzorczej lub komitetu audytu, jeżeli został powołany. Działania podjęte przez jednostkę w związku z wynikami audytu wewnętrznego powinny być monitorowane i nadzorowane.

Rekomendacja 23.7 odnosi się z kolei do rezultatów przeprowadzanych audytów. Wyniki audytów przeprowadzanych wewnątrz organizacji, a dotyczących bancassurance, winny być udokumentowane, a następnie przekazane nie tylko osobom kierującym jednostkami audytowanymi, ale także osobom zajmującym kluczowe stanowiska w organizacji, jak np. prezesowi zarządu czy jego członkom. Warto zauważyć, że KNF użył określenia „co najmniej”, wskazując przykładowy katalog odbiorców ustaleń audytu, co rozumieć należy jako konieczne minimum osób, które winny mieć wiedzę w tym zakresie. Nietrudno zatem dojść do wniosku, że im większa jest grupa osób posiadających wiedzę na temat wykrytych nieprawidłowości, tym większa grupa osób angażuje się w szeroko pojęte „działania naprawcze” ujawnionych defektów. Nadto, w rekomendacji wskazano, że działania jednostki podjęte z uwagi na wyniki audytu wewnętrznego powinny być monitorowane i nadzorowane, jednak tu KNF pozostawił bez doprecyzowania zakres i sposób monitoringu oraz nadzoru tych działań, podkreślając jedynie istotę działań naprawczych.

DZIĘKUJEMY

Dziękujemy za przeczytanie naszego komentarza do nowej Rekomendacji U.

Jeśli chcesz być z nami na bieżąco, zapraszamy na naszą stronę internetową oraz do obserwowania nas na mediach społecznościowych.

