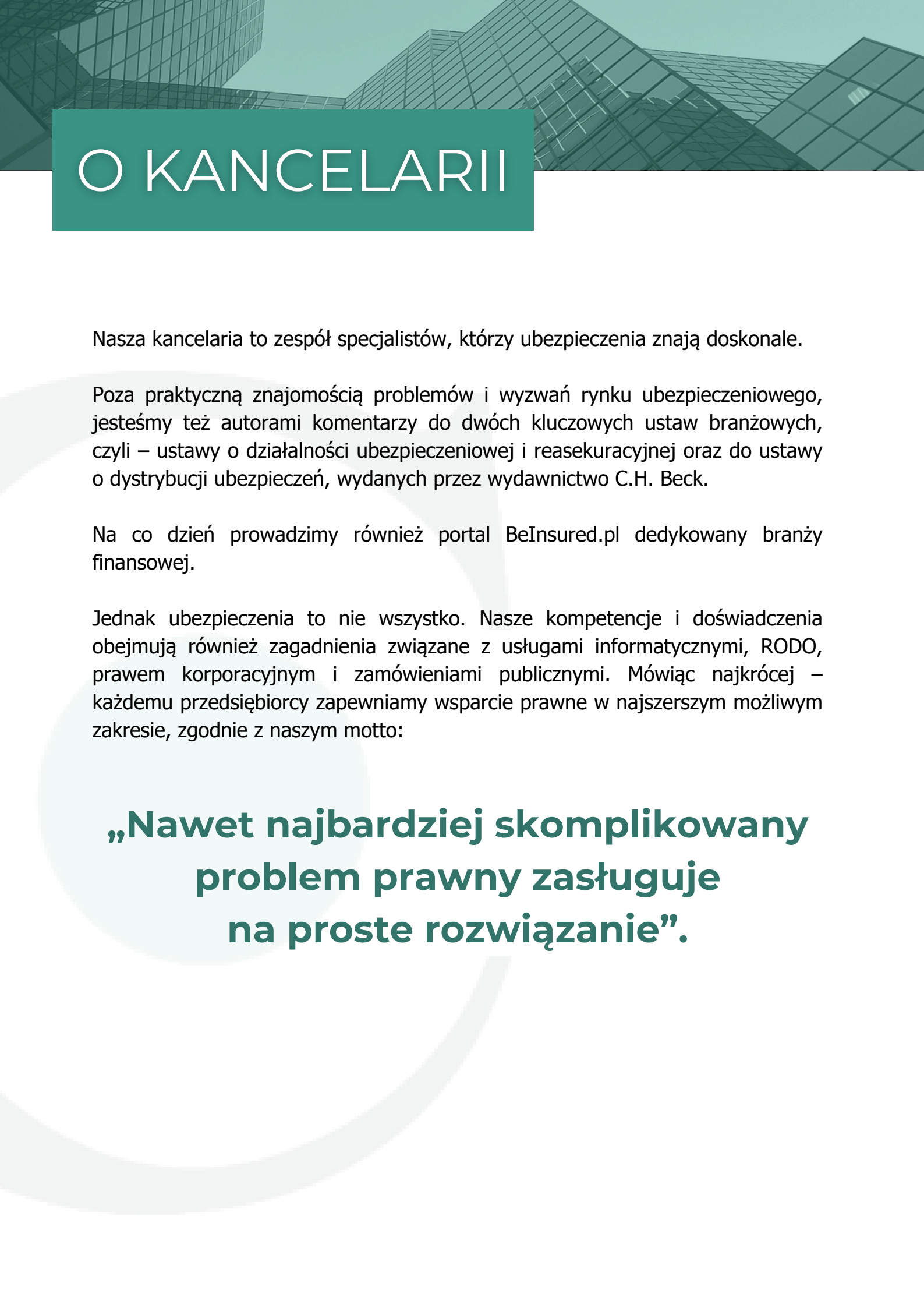


# REKOMENDACJA U

dotycząca dobrych praktyk  
w zakresie bancassurance

---

Wstępny komentarz do Rekomendacji U  
Komisji Nadzoru Finansowego



# O KANCELARII

Nasza kancelaria to zespół specjalistów, którzy ubezpieczenia znają doskonale.

Poza praktyczną znajomością problemów i wyzwań rynku ubezpieczeniowego, jesteśmy też autorami komentarzy do dwóch kluczowych ustaw branżowych, czyli – ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz do ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, wydanych przez wydawnictwo C.H. Beck.

Na co dzień prowadzimy również portal [BeInsured.pl](http://BeInsured.pl) dedykowany branży finansowej.

Jednak ubezpieczenia to nie wszystko. Nasze kompetencje i doświadczenia obejmują również zagadnienia związane z usługami informatycznymi, RODO, prawem korporacyjnym i zamówieniami publicznymi. Mówiąc najkrócej – każdemu przedsiębiorcy zapewniamy wsparcie prawne w najszerszym możliwym zakresie, zgodnie z naszym motto:

**„Nawet najbardziej skomplikowany  
problem prawny zasługuje  
na proste rozwiązanie”.**

# O AUTORACH



## **Piotr Czublun**

Radca prawny z ponad 27-letnim doświadczeniem zawodowym. Kompleksowe doradztwo prawne dla m.in. dystrybutorów ubezpieczeń, zakładów ubezpieczeń to jego chleb powszedni. Zajmuje się tworzeniem oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń, tworzeniem i opiniowaniem wzorów umów i ogólnych warunków ubezpieczeń. Jego działalności zostały wyróżnione przez prestiżowe rankingi tj. Chambers Europe, Legal 500 EMEA, Forbes – Poland's Best Law Firms oraz Ranking Kancelarii Prawniczych dziennika Rzeczpospolita.



## **Agnieszka Wesołowska**

Adwokat z ponad 10-letnim doświadczeniem w obsłudze prawnej podmiotów rynku ubezpieczeniowego. Na co dzień zajmuje się obsługą bieżącej działalności zakładów ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych, obsługą podmiotów zagranicznych, w szczególności w kwestiach regulacyjnych, związanych z rozpoczęciem w Polsce działalności ubezpieczeniowej lub działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń.



## **Julita Nowak**

Radca prawny z doświadczeniem w szeroko rozumianym doradztwie prawnym dla podmiotów sektora usług finansowych, w szczególności zakładów ubezpieczeń, agentów i brokerów ubezpieczeniowych. Opracowuje i analizuje dokumentację wewnętrzną (OWU, regulaminy, procedury), sporządza, analizuje i opiniuje umowy, przygotowuje dla Klientów rekomendacje w zakresie modeli działalności dystrybucyjnej. Zapewnia wsparcie i doradztwo także w zakresie regulacji dotyczących danych osobowych.



## **Justyna Nerko**

Radca prawny z doświadczeniem w obszarze doradztwa dla podmiotów z sektora usług finansowych, w szczególności zakładów ubezpieczeń, agentów ubezpieczeniowych i brokerów ubezpieczeniowych. Opracowuje i opiniuje pod względem zgodności z prawem wewnętrzne dokumentacje, reprezentuje zakłady ubezpieczeń w sporach sądowych oraz zapewnia pomoc prawną w zakresie kontroli Komisji Nadzoru Finansowego.



## **Agata Mazurkiewicz**

Aplikant radcowski. Doświadczenie zdobywała w kancelariach prawnych, specjalizujących się w szeroko rozumianym prawie gospodarczym, a następnie jako prawnik w przedsiębiorstwach transportowych (zarówno przewozowych, jak i spedycyjnych), gdzie zajmowała się m. in. obsługą ubezpieczeń należności, ubezpieczeń OC przewoźnika i spedytora oraz ubezpieczeń komunikacyjnych, a także likwidacją szkód. Aktualnie koncentruje się na wsparciu prawnym podmiotów z sektora usług finansowych, w szczególności zakładów ubezpieczeń.



## **Natasza Skriabin**

Studentka V roku prawa na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Drogi zawodową rozpoczęła w trakcie II roku studiów, zdobywając doświadczenie w międzynarodowych kancelariach prawnych w zespołach prawa gospodarczego i prawa nieruchomości. Zajmuje się obsługą prawną podmiotów z sektora usług finansowych, a także zagadnieniami korporacyjnymi.



# 1.

**Skróty i akty prawne** | STRONA 5

# 2.

**Stosowane pojęcia** | STRONY 6-13

# 3.

**Wstęp** | STRONY 14-18

# 4.

**Zarząd i rada nadzorcza** | STRONY 19-30

- **Rekomendacja 1** | STRONY 19-24
- **Rekomendacja 2** | STRONY 25-26
- **Rekomendacja 3** | STRONA 27
- **Rekomendacja 4** | STRONY 28-29
- **Rekomendacja 5** | STRONY 29-30

# 5.

**Zarządzanie ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance** | STRONY 31-42

- **Rekomendacja 6** | STRONY 31-42

# 6.

**Rola jednostki** | STRONY 43-44

- **Rekomendacja 7** | STRONY 43-44

# 7.

**Polityka rachunkowości** | STRONA 45-51

- **Rekomendacja 8** | STRONY 45-51
- **Rekomendacja 9** | STRONY 50-51

# 8.

**Relacje z klientami i finansującymi ubezpieczenie** | STRONY 52-76

- **Rekomendacja 10** | STRONY 52-53
- **Rekomendacja 11** | STRONA 54
- **Rekomendacja 12** | STRONY 55-58
- **Rekomendacja 13** | STRONY 58-60
- **Rekomendacja 14** | STRONY 60-62
- **Rekomendacja 15** | STRONY 62-64
- **Rekomendacja 16** | STRONY 64-65
- **Rekomendacja 17** | STRONY 65-67
- **Rekomendacja 18** | STRONY 68-69
- **Rekomendacja 19** | STRONY 70-71
- **Rekomendacja 20** | STRONY 72-74
- **Rekomendacja 21** | STRONY 75-76
- **Rekomendacja 22** | STRONA 76

# 9.

**System kontroli wewnętrznej w zakresie bancassurance** | STRONY 77-79

- **Rekomendacja 23** | STRONY 77-79

# SPIS TREŚCI



# Skróty i akty prawne

Poniżej znajdują się skróty oraz akty prawne wymienione w tym dokumencie:

## USTAWA O DYSTRYBUCJI UBEZPIECZEŃ

Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń

## DYREKTYWA IDD

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (wersja przekształcona)

## USTAWA O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

## USTAWA PRAWO BANKOWE

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

## USTAWA O SKOK

Ustawa z dnia 5 listopada 2009 r. o spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych

## USTAWA O PRAWACH KONSUMENTA

Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta

## REKOMENDACJA U

Załącznik do uchwały nr 243/2023 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 czerwca 2023 r. (poz. 15) „Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance z 2023 r.”

## KNF

Komisja Nadzoru Finansowego

# Stosowane pojęcia

## APETYT NA RYZYKO

Bieżąca i przyszła gotowość jednostki do podejmowania ryzyka.

*Pojęcie Apetytu na ryzyko jako gotowości Jednostki do podejmowania ryzyka zostało użyte w Rekomendacji U zarówno w kontekście podstawowej działalności Jednostki jako banku czy SKOKu, jak również w kontekście działalności Jednostki w ramach bancassurance. Pojęcie Apetytu na ryzyko zostało użyte w Rekomendacjach 1.5, 2.3 i 6.*

## BANCASSURANCE

Oferowanie ubezpieczeń przez jednostki (pośrednictwo ubezpieczeniowe lub oferowanie przystąpienia do zawartej przez jednostkę umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek) na podstawie umów zawartych pomiędzy jednostką a zakładem ubezpieczeń, bezpośrednio powiązane albo niepowiązane z produktem jednostki, w tym także oferowanie klientom ubezpieczeniowych produktów o charakterze inwestycyjnym lub oszczędnościowym. Przez bancassurance należy także rozumieć zawieranie przez jednostkę umów ubezpieczenia powiązanych z produktem jednostki, w przypadku których finansujący ubezpieczenie, na podstawie umowy zawartej z jednostką jest zobowiązany do pokrycia kosztów jej ochrony ubezpieczeniowej.

*Pojęcie „Bancassurance” zdefiniowane w słowniczku pojęć w Rekomendacji U w zasadzie nie zostało użyte w treści poszczególnych rekomendacji, a jedynie w tytule oraz wstępie do Rekomendacji U. Zdefiniowanie tego pojęcia należy odczytywać jako wskazanie przez KNF zakresu współpracy Jednostek z zakładami ubezpieczeń, który poprzez Rekomendację U został uregulowany. Jak wskazała KNF we wstępie do Rekomendacji U, „Rekomendacja U skierowana jest do: banków krajowych i oddziałów banków zagranicznych (...), spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych (...), oddziałów instytucji kredytowych (...), o ile przedmiotem ich działalności są czynności uregulowane niniejszą Rekomendacją, współpracujących w zakresie bancassurance z krajowymi zakładami ubezpieczeń i zagranicznymi zakładami ubezpieczeń (...)”. Wyłącznie zatem w obszarze zdefiniowanym na potrzeby Rekomendacji U jako bancassurance podmioty, do których jest ona skierowana muszą stosować jej postanowienia.*

*Jak wynika z definicji, w zakresie konstrukcji umowy i podmiotów występujących w modelu współpracy, bancassurance rozumiane jest przez KNF zarówno jako współpraca Jednostki z zakładem ubezpieczeń w modelu agencyjnym, tj. gdzie Jednostka jako agent ubezpieczeniowy danego zakładu ubezpieczeń, na podstawie zawartej między tymi podmiotami umowy agencyjnej, oferuje Klientom (jako ubezpieczającym) zawarcie za jej pośrednictwem umowy ubezpieczenia z zakładem ubezpieczeń, jak również w modelu grupowym, tj. gdzie to Jednostka zawiera z zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia grupowego i oferuje Klientom przystąpienie do tej umowy w charakterze ubezpieczonych.*

W zakresie przedmiotowym natomiast bancassurance należy rozumieć szeroko, tj. jako oferowanie w obu wskazanych wyżej modelach produktów ubezpieczeniowych zarówno powiązanych z produktami oferowanymi Klientom przez Jednostkę, np. ubezpieczenie spłaty kredytu czy pożyczki, ubezpieczenie karty etc., jak też tzw. produktów stand-alone czyli nie powiązanych z produktami oferowanymi Klientom przez Jednostkę, np. ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie mienia etc. Podkreślono także objęcie Rekomendacją U oferowania produktów ubezpieczeniowych o charakterze inwestycyjnym lub oszczędnościowym, co należy rozumieć w szczególności jako oferowanie ubezpieczeń, o których mowa w grupie 3 Działu I Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej tj. ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczeń na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe.

KNF objęła także pojęciem bancassurance model, w którym Klient nie pełni roli ani ubezpieczającego ani ubezpieczonego, ale w wyniku zobowiązania umownego wobec Jednostki ponosi finansowy ciężar składki ubezpieczeniowej na gruncie umowy ubezpieczenia zawartej przez Jednostkę w zakresie produktów powiązanych z Produktem Jednostki. Jako działalność w zakresie bancassurance należy bowiem rozumieć także, zgodnie z definicją, zawieranie przez Jednostkę umów ubezpieczenia powiązanych z Produktem Jednostki, w przypadku których finansujący ubezpieczenie, na podstawie umowy zawartej z jednostką jest zobowiązany do pokrycia kosztów jej ochrony ubezpieczeniowej.

## JEDNOSTKA

to:

- **bank krajowy** – bank, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy – Prawo bankowe,
- **oddział banku zagranicznego** – jednostka organizacyjna banku zagranicznego, o której mowa w art. 4 ust. 1 pkt 20 ustawy – Prawo bankowe,
- **SKOK** – spółdzielnia w rozumieniu art. 2 ustawy o SKOK.

Rekomendacja U posługuje się pojęciem „Jednostka” gdyż zakres przedmiotowy rekomendacji jak wskazano we wstępie do Rekomendacji U skierowana jest nie tylko banków, ale także wprost oddziałów banków zagranicznych, SKOK oraz oddziałów instytucji kredytowych w rozumieniu Ustawy Prawo bankowe, o ile przedmiotem ich działalności są czynności uregulowane Rekomendacją U, współpracujących w zakresie bancassurance z krajowymi zakładami ubezpieczeń i zagranicznymi zakładami ubezpieczeń.

Definiując Jednostkę Rekomendacja U odnosi się do definicji poszczególnych podmiotów określonych na potrzeby Rekomendacji U jako „Jednostka” znajdujących się w Ustawie Prawo bankowe oraz w Ustawie o SKOK.

I tak, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1 Ustawy Prawo bankowe, bank krajowy to bank mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Oddział banku zagranicznego z kolei, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 20 Ustawy Prawo bankowe, to jednostka organizacyjna banku zagranicznego wykonująca w jego imieniu i na jego rzecz wszystkie lub niektóre czynności wynikające z zezwolenia udzielonego temu bankowi, przy czym wszystkie jednostki organizacyjne danego banku zagranicznego odpowiadające powyższym cechom, utworzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uważa się za jeden oddział.

SKOK, zgodnie z art. 2 Ustawy o SKOK, to spółdzielnia, do której w zakresie nieuregulowanym Ustawą o SKOK stosuje się przepisy ustawy z dnia 16 września 1982 r. - Prawo spółdzielcze. Działalność SKOK uregulowana jest szczegółowo w Ustawie o SKOK.

Definicja Jednostki nie obejmuje oddziału instytucji kredytowej, którym jest, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 18 ustawy Prawo bankowe, oddział, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 17 Rozporządzenia nr 575/2013, niebędący oddziałem banku krajowego ani oddziałem banku zagranicznego, gdyż nie są to podmioty wprost nadzorowane przez KNF, nadzór KNF jest w tym zakresie ograniczony. Kierując się jednak zasadą dobra ogólnego, w celu ograniczenia ryzyka systemowego, KNF oczekuje, że oddziały instytucji kredytowych w Polsce będą w odpowiednim zakresie również przestrzegać postanowień Rekomendacji U, w tym w szczególności Rekomendacji 7, 8 oraz 10-22. Podstawą ustawową takiego oczekiwania jest art. 141a ust. 8 Ustawy Prawo bankowe, zgodnie z którym, w celu zapewnienia równych warunków działania banków krajowych i oddziałów instytucji kredytowych, w interesie dobra ogólnego, o którym mowa w art. 48l ust. 2, KNF, wydając rekomendacje, o których mowa w art. 137 tj. rekomendacje dotyczące dobrych praktyk ostrożnego i stabilnego zarządzania bankami, może określić, w jakim zakresie rekomendacje te dotyczą również oddziałów instytucji kredytowych.



# KLIENT

to podmiot:

- poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, który wyraził wolę podjęcia czynności służących zawarciu, za pośrednictwem jednostki, umowy ubezpieczenia, lub
- ubezpieczający lub ubezpieczony w umowie zawartej za pośrednictwem jednostki, lub
- ubezpieczony w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek, w której jednostka występuje jako ubezpieczający.

*Klientem w rozumieniu Rekomendacji U jest zarówno podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z zakładem ubezpieczeń jako ubezpieczający za pośrednictwem Jednostki, jak też podmiot przystępujący do zawartej przez Jednostkę umowy ubezpieczenia grupowego jako ubezpieczony. Jako Klienta należy rozmieść także podmiot, któremu Jednostka oferuje ubezpieczenia, jednak finalnie do zawarcia przez ten podmiot bądź objęcia go umową ubezpieczenia nie doszło.*

*Należy podkreślić, że użycie w definicji pojęcia podmiot bez jakiegokolwiek uszczegółowienia oznacza, że termin Klient na gruncie Rekomendacji U nie ogranicza się wyłącznie do osób fizycznych będących konsumentami, ale obejmuje swym zakresem także m.in. osoby prawne, spółki nieposiadające osobowości prawnej, jednostki organizacyjne, osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą (przedsiębiorców).*

*Należy wskazać, że definicja jest złożona, a że nie odnosi się do żadnej definicji legalnej zawartej w akcie prawnym, powinno się przyjąć, że jest autonomiczna dla Rekomendacji U. Określa trzy odrębne rodzaje podmiotów, które należy uznać za Klienta. Wprawdzie definicja nie odsyła do żadnego aktu prawnego, jednak nie sposób oprzeć się wrażeniu, że dwa pierwsze myślniki zostały oparte na definicji klienta uregulowanej w art. 3 ust. 1 pkt 10 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w której w przypadku umowy ubezpieczenia jest mowa o poszukującym ochrony ubezpieczeniowej (osoba, która wyraziła wobec dystrybutora wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia – art. 3 ust. 1 pkt 13), ubezpieczającym lub ubezpieczonym.*

*W pierwszej kolejności wskazano, że Klientem jest poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, który wyraził wolę podjęcia czynności służących zawarciu, za pośrednictwem Jednostki, umowy ubezpieczenia. Literalne brzmienie pozwala uznać, że mowa jest o potencjalnym/przyszłym ubezpieczającym, który za pośrednictwem Jednostki zawrze (bądź nie) indywidualną umowę ubezpieczenia. Innymi słowy, jest to podmiot zainteresowany zawarciem umowy ubezpieczenia, który może, ale nie musi stać się ubezpieczającym. Uznanie poszukującego ochrony ubezpieczeniowej za Klienta oznacza, że Jednostki w stosunku do podmiotu potencjalnie zainteresowanego umową ubezpieczenia muszą spełniać wszystkie wymogi i obowiązki nałożone na nich w odpowiednich postanowieniach Rekomendacji U.*

*W drugiej części definicji zostało wskazane, że za Klienta należy także uznać ubezpieczającego lub ubezpieczonego w umowie zawartej za pośrednictwem Jednostki. Jest tu zatem mowa o podmiocie, który zawarł za pośrednictwem Jednostki z wybranym zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia, ale także o podmiocie, który na podstawie takiej indywidualnej umowy jest objęty ochroną ubezpieczeniową, nie będąc stroną umowy ubezpieczenia.*

*Warto wskazać, że na gruncie Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń definicje klienta i poszukującego ochrony generują w praktyce szczególnie dużo wątpliwości w przypadku osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego. Patrząc na definicję poszukującego ochrony w Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń pod kątem głównego celu, dla którego uchwalono Dyrektywę IDD (ochrona osób korzystających z ubezpieczeń), zdaje się, że wprowadzenie tego pojęcia miało w zamyśle rozszerzyć katalog osób objętych ochroną, a nie go uszczuplać. Jeśli samo "wyrażenie woli" (a nie podpisanie umowy, ustna deklaracja itp.), zostało uznane za wystarczające do sklasyfikowania osoby jako klienta, to jest to zgodne z duchem Dyrektywy IDD (chroniącej osoby fizyczne przed wszelkimi nadużyciami ze strony dystrybutorów). Ustawodawca unijny w motywie 49 Dyrektywy IDD stwierdza, że w przypadku ubezpieczeń grupowych "klient" powinien oznaczać przedstawiciela grupy członków, który zawiera umowę ubezpieczenia w imieniu tej grupy, w przypadku gdy poszczególni członkowie nie mogą podjąć indywidualnej decyzji o przystąpieniu do umowy, tak jak przy obowiązkowych pracowniczych programach emerytalnych. W efekcie – w przypadku umów ubezpieczeń grupowych, gdzie członkowie mogą podjąć indywidualną decyzję o przystąpieniu do umowy (a tak będzie w przypadku praktycznie wszystkich polskich "grupówek") – "klientami" powinni być również poszczególni członkowie grupy. Na gruncie Rekomendacji U takich wątpliwości już nie ma.*

*KNF wyraźnie wskazała, że w każdym przypadku, gdy w Rekomendacji U jest mowa o Kliencie należy za niego uznawać także ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek, w której Jednostka występuje jako ubezpieczający. W praktyce rynku bancassurance będą to właśnie przede wszystkim ubezpieczeni przystępujący do umów ubezpieczenia grupowego zawartej z zakładem ubezpieczeń przez Jednostkę jako ubezpieczającego, która jest szczególnym rodzajem umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.*

## 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.

*Jak wskazano wyżej, jako działalność w zakresie bancassurance należy rozumieć także, zgodnie z definicją Bancassurance, zawieranie przez Jednostkę umów ubezpieczenia powiązanych z Produktem Jednostki, w przypadku których finansujący ubezpieczenie, na podstawie umowy zawartej z jednostką jest zobowiązany do pokrycia kosztów jej ochrony ubezpieczeniowej. Poprzez zdefiniowanie Finansującego ubezpieczenie doprecyzowano, że nie jest to Klient czyli nie pełni żadnej roli w umowie ubezpieczenia, ale jedynie pokrywa koszty ochrony ubezpieczeniowej Jednostki, i z tego względu przyznano mu na gruncie Rekomendacji U pewne uprawnienia ze strony Jednostki, a na Jednostkę nałożono wobec takiego podmiotu pewne obowiązki, m.in. określone w Rekomendacji nr 10, 11 czy 14.*

## KOMITET AUDYTU

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

*W jednostkach zainteresowania publicznego, jakimi są m.in. banki, działają komitety audytu, które mają określone zadania i uprawnienia w zakresie sprawozdawczości finansowej i badaniach ustawowych tych jednostek. Pojęcie Komitetu audytu zostało użyte w Rekomendacji U jedynie w dwóch rekomendacjach tj. w Rekomendacji 9 – w kontekście obowiązku tego komitetu monitorowania system kontroli wewnętrznej i system zarządzania ryzykiem w Jednostce w zakresie rozliczania przychodów i kosztów z tytułu dystrybucji ubezpieczeń i w Rekomendacji 23.7 – w kontekście przekazania temu komitetowi wyników audytów wewnętrznych w zakresie bancassurance.*

## MODEL BIZNESOWY

przyjęte przez jednostkę zasady współpracy w zakresie usług bancassurance z zakładami ubezpieczeń odnoszące się do roli jednostki w procesie oferowania ubezpieczeń (np.: jako pośrednika ubezpieczeniowego, ubezpieczającego w umowie ubezpieczenia grupowego).

*Pojęcie Modelu biznesowego czyli zasad, na jakich opiera się współpraca, Jednostki z zakładami ubezpieczeń określających rolę Jednostki w ramach bancassurance (tj. model agencyjny lub model grupowy) zostało użyte jedynie w dwóch rekomendacjach tj. w Rekomendacji 1.5 i w Rekomendacji 6.4. Model biznesowy musi zostać uwzględniony w Polityce bancassurance oraz umowie zawieranej przez Jednostkę z zakładem ubezpieczeń.*

# **ODNOWIENIE / AUTOMATYCZNA KONTYNUACJA INDYWIDUALNYCH UMÓW UBEZPIECZENIA / ODNOWIENIE UCZESTNICTWA / AUTOMATYCZNA KONTYNUACJA UCZESTNICTWA W GRUPOWYCH UMOWACH UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK**

przedłużenie, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, okresu obowiązywania indywidualnych umów ubezpieczenia/okresu uczestnictwa w grupowych umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek,

*Pojęcie odnowienia/automatycznej kontynuacji dotyczy zarówno przedłużania na kolejne okresy umów indywidualnych zawartych przez Klientów jako ubezpieczających, jak też uczestnictwa Klientów w charakterze ubezpieczonych w umowach grupowych zawartych przez Jednostkę jako ubezpieczającego. Odnowienie czy automatyczna kontynuacja ochrony ubezpieczeniowej na kolejne okresy na takich samych warunkach jest w praktyce bardzo często stosowana w produktach ubezpieczeniowych, w szczególności grupowych. Warunki przedłużenia ochrony są zawsze określone w umowie ubezpieczenia tj. w praktyce w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.*

## **POŚREDNICTWO UBEZPIECZENIOWE**

wykonywanie przez jednostkę pośrednictwa w zakresie dystrybucji ubezpieczeń w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

*Pośrednictwem ubezpieczeniowym zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 14 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń jest wykonywanie dystrybucji ubezpieczeń przez pośredników ubezpieczeniowych czyli agentów ubezpieczeniowych, agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające oraz brokerów ubezpieczeniowych. Przy czym mając na uwadze status Jednostek, charakter działalności bancassurance oraz przepisy Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń i postanowienia Rekomendacji U, mogą one jedynie wykonywać pośrednictwo ubezpieczeniowe w charakterze agentów ubezpieczeniowych. Przedmiotowo natomiast dystrybucja ubezpieczeń, którą może wykonywać Jednostka, obejmuje zgodnie z definicją określoną w art. 4 ust. 1 i 2 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*

## **POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY**

Jednostka wykonująca dystrybucję ubezpieczeń w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.

*Pośrednikiem ubezpieczeniowym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 15 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń jest de facto dystrybutor ubezpieczeń tj. agent ubezpieczeniowy, agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające i broker ubezpieczeniowy (z wyłączeniem zakładu ubezpieczeń), które wykonują dystrybucję ubezpieczeń za wynagrodzeniem. Na gruncie Rekomendacji U i roli banków/SKOKów we współpracy z zakładami ubezpieczeń jako pośredników ubezpieczeniowych należy przyjąć, że mowa jest o występowaniu przez te Jednostki w charakterze agentów ubezpieczeniowych reprezentujących zakłady ubezpieczeń, a nie w roli brokerów ubezpieczeniowych reprezentujących Klientów. Banki nie mogą także działać jako agenci oferujący ubezpieczenia uzupełniające, gdyż zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń tego rodzaju agentem nie może zostać instytucja kredytowa w rozumieniu art. 3 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o nadzorze uzupełniającym nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń, zakładami reasekuracji i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratu finansowego, a zatem zarówno bank krajowy, bank zagraniczny ani inna instytucja kredytowa określona w Rozporządzeniu nr 575/2013. Jednostka tj. bank/SKOK działający w roli agenta ubezpieczeniowego musi spełnić wymogi określone w Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń oraz zostać wpisany do rejestru agentów prowadzonego przez KNF.*



*Agentem ubezpieczeniowym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń jest bowiem przedsiębiorca, inny niż agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów. Agent ubezpieczeniowy w ramach prowadzonej działalności agencyjnej wykonuje czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń tj. czynności agencyjne, które mogą być wykonywane jedynie przez osoby fizyczne, które spełniają łącznie warunki określone w art. 19 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, oraz przestrzegają zakazów i ograniczeń określonych w tej ustawie.*

## PRODUKT CPI

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.

*Produkt CPI to produkt ubezpieczeniowy powiązany z produktami oferowanymi przez Jednostkę, zabezpiecza bowiem spłatę kredytu lub pożyczki udzielonej przez Jednostkę. Czytając literalnie tę definicję należałoby uznać, że Produkt CPI to głównie ubezpieczenie, o którym mowa w grupie 16 Działu II Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej tj. ubezpieczenie ryzyk finansowych, jednak w praktyce mogą to być produkty z innych grup Działu II albo nawet z Działu I spełniające rolę zabezpieczenia spłaty zobowiązania wobec Jednostki np. ubezpieczenie na życie. Najczęściej banki oferują w szczególności produkty, w których ubezpieczeniem objęte jest ryzyko utraty zatrudnienia, utraty zysków, utraty stałego źródła dochodów. Na gruncie Rekomendacji U wyłączono z zakresu tego rodzaju produktów ubezpieczenie do kart płatniczych, które nie są związane ze spłatą zadłużenia wobec Jednostki. Pojęcie Produktu CPI w Rekomendacji U zostało użyte w Rekomendacjach 20.4 i 20.5.*

## PRODUKT JEDNOSTKI

produkt inny niż produkt ubezpieczeniowy oferowany przez jednostkę.

*Definicja Produktu Jednostki wskazuje, że za taki należy rozumieć każdy produkt czy usługę oferowane i świadczone przez Jednostkę tj. bank lub SKOK, które nie są ubezpieczeniem.*

## WYNAGRODZENIE

Wynagrodzenie otrzymywane przez jednostkę z tytułu dystrybucji ubezpieczeń w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń lub wynagrodzenie otrzymywane przez osoby, przy pomocy których jednostka wykonuje czynności w zakresie bancassurance.

*Czytając definicję Wynagrodzenia, a jednocześnie mając na uwadze mające zastosowanie przepisy prawa, należy uznać, że chodzi o wynagrodzenie pobierane przez Jednostkę za czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, gdy Jednostka tj. bank/SKOK pełni rolę agenta ubezpieczeniowego a także o wynagrodzenie otrzymywane przez pracowników/współpracowników Jednostki, którzy wykonują czynności w zakresie bancassurance, tj. osoby posiadające status osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 22 Ustawie o dystrybucji ubezpieczeń, wynagrodzeniem jest zarówno prowizja, honorarium, opłata lub inna płatność, w tym korzyść ekonomiczna jakiegokolwiek rodzaju lub inna korzyść, jak również zachęta finansowa lub niefinansowa, oferowane lub przekazywane w związku z działalnością w zakresie dystrybucji ubezpieczeń.*

*Nie należy natomiast rozumieć tego pojęcia jako wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności w imieniu i na rzecz Jednostki jako ubezpieczającego w modelu grupowym, z uwagi na ustawowy zakaz określony w art. 18 ust. 1 i 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.*

*We wstępie do Rekomendacji U wskazano, co oczywiste, że rekomendacje mają charakter uzupełniający względem powszechnie obowiązujących przepisów prawa i nie mogą być interpretowane w sposób, który mógłby*

*prorowadzić do nieprzestrzegania tych przepisów, nie ma zatem wątpliwości, że w modelu grupowym tj. gdy Jednostka pełni rolę ubezpieczającego w umowie ubezpieczenia grupowego zawartego na rzecz swoich Klientów, ani sama Jednostka, ani osoby przy pomocy których jednostka wykonuje czynności w ramach takiej umowy, nie mogą być w jakikolwiek sposób wynagradzane z tytułu oferowania ochrony na jej podstawie.*

*Przepisy art. 18 ust. 1 i 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej przewidują zakaz wypłaty ubezpieczającemu w ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Co istotne właśnie w kontekście definicji Wynagrodzenia w Rekomendacji U, zakaz otrzymywania wynagrodzenia lub innych korzyści obejmuje także osoby działające na rzecz lub w imieniu ubezpieczającego.*

## TRWAŁY NOŚNIK

trwały nośnik w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 287 z późn. zm.).

*Zgodnie z art. 2 pkt 4 Ustawy o prawach konsumenta, do którego wprost odwołuje się Rekomendacja U, trwały nośnik to 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.*

*Trwały nośnik powinien zatem umożliwiać osobie zainteresowanej:*

- 1. przechowywanie udostępnionych jej informacji,*
- 2. dostęp do tych informacji w przyszłości, przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, oraz*
- 3. odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej formie.*

*Istotą przekazania informacji za pomocą trwałego nośnika jest to, aby klient w dowolnym czasie w przyszłości miał dostęp do przekazanych informacji w niezmienionej formie, przez czas odpowiedni do skorzystania z danej usługi.*

*Przykładem trwałego nośnika będzie: papier, pamięć USB (pendrive), płyty CD-ROM, DVD, Blu-Ray, karta pamięci, dysk komputerowy, dysk twardy, dysk zewnętrzny, SMS. Trwałym nośnikiem jest również PDF czy mail wysłany na adres poczty elektronicznej osoby zainteresowanej, z zastrzeżeniem, że dla spełnienia wszystkich warunków wskazanych powyżej, powinien być to adres skrzynki prywatnej, a nie służbowej, do której klient może utracić dostęp w przypadku np. rozwiązania umowy o pracę.*

*Za trwały nośnik nie uznaje się systemu bankowości elektronicznej (lub podobnego, używanego chociażby przez ubezpieczycieli), za pośrednictwem którego bank/SKOK przesyła wiadomości do swoich klientów, o ile taki system nie będzie jednocześnie powiązany z przekazywaniem klientowi informacji w innej, pewniejszej formie (np. z jednoczesnym wysłaniem treści informacji na adres e-mail podany przez klienta). Po pierwsze, administrator dysponujący takim systemem (serwerem) ma możliwość jednostronnego ingerowania w treść przesyłanych wiadomości, nawet po ich otrzymaniu przez adresata (ma możliwość ich usunięcia, dokonania zmian itd. nawet bez świadomości odbiorcy). Po drugie, po zakończeniu umowy bankiem/SKOK klient nie ma już możliwości dostępu do przesłanych wiadomości, zatem nie zostanie spełniony jeden z kluczowych warunków, tj. dostępu do tych informacji w przyszłości. Za trwały nośnik nie można uznać także stron internetowych, które nie spełniają kryteriów, o których mowa powyżej.*

*Pojęcie trwałego nośnika w Rekomendacji U pojawia się przede wszystkim w kontekście obowiązków informacyjnych, jakie ciążą na Jednostce względem Klienta lub Finansującego ubezpieczenie, oraz formy przekazywania tych informacji (za zgodą adresata), a także odbierania od Klientów oświadczeń w przypadku, gdy Jednostka działa jako pośrednik ubezpieczeniowy Zakładu ubezpieczeń.*

# ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ

krajowy zakład ubezpieczeń, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub zagraniczny zakład ubezpieczeń, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 55 tej ustawy.

*Krajowy zakład ubezpieczeń, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 18 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, to przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który uzyskał zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.*

*Zagraniczny zakład ubezpieczeń to z kolei, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 55 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przedsiębiorca zagraniczny w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o zasadach uczestnictwa przedsiębiorców zagranicznych i innych osób zagranicznych w obrocie gospodarczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wykonującego działalność ubezpieczeniową. Przedsiębiorca zagraniczny to osoba zagraniczna, w tym osoba prawna z siedzibą za granicą, wykonująca działalność gospodarczą za granicą. Zagraniczny zakład ubezpieczeń może wykonywać działalność ubezpieczeniową w Polsce po spełnieniu wymogów określonych w Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przy czym w zależności od miejsca siedziby – w Unii Europejskiej albo poza Unią Europejską – wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w Polsce wymaga odpowiednio jedynie notyfikowania wykonywania działalności w formie oddziału lub w ramach swobody świadczenia usług albo wykonywania działalności ubezpieczeniowej w formie głównego oddziału zagranicznego zakładu ubezpieczeń po uzyskaniu zezwolenia KNF.*

*W każdym przypadku użycia w Rekomendacji U pojęcia Zakład ubezpieczeń w kontekście współpracy Jednostki z Zakładem ubezpieczeń w zakresie Bancassurance należy rozumieć zarówno zakład krajowy, jak też zagraniczny.*

BeInsured

## NASTRÓJ SIĘ NA PRAWO

Jedyny taki podcast o świecie ubezpieczeń



DOŁĄCZ DO NAS NA SPOTIFY





**UCHWAŁA NR 243/2023****KOMISJI NADZORU FINANSOWEGO z dnia 26 czerwca 2023 r. w sprawie wydania Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance**

Na podstawie art. 137 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. z 2022 r. poz.2324, z późn. zm.), art. 62 ust. 2 ustawy z dnia 5 listopada 2009 r. o spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 924, z późn. zm.), art. 12 ust. 1b ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) i art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 753 i 825) uchwala się, co następuje:

§ 1. Wydaje się Rekomendację U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance, stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2. 1. Banki dostosują swoją działalność do rekomendacji, o której mowa w § 1, nie później niż w terminie do dnia 1 lipca 2024 r.

2. Spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe dostosują swoją działalność do rekomendacji, o której mowa w § 1, nie później niż w terminie do dnia 1 stycznia 2025 r.

3. Do czasu dostosowania się, o którym mowa w ust. 1, banki stosują rekomendację, o której mowa w § 4.

§ 3. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 4. Traci moc uchwała nr 183/2014 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wydania Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance (Dz. Urz. KNF z 2014 r. poz. 12).

§ 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem następnym po dniu ogłoszenia.

Niniejsza Rekomendacja wydana jest na podstawie art. 137 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. z 2022 r. poz. 2324, z późn. zm.; dalej: „ustawa – Prawo bankowe”), art. 62 ust. 2 ustawy z dnia 5 listopada 2009 r. o spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 924, z późn. zm.; dalej: „ustawa o SKOK”) oraz art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz.U. z 2023 r. poz. 753, z późn. zm.). Zastępuje ona Rekomendację U Komisji Nadzoru Finansowego z 24 czerwca 2014 r.

Rekomendacja U skierowana jest do:

- banków krajowych i oddziałów banków zagranicznych w rozumieniu ustawy – Prawo bankowe (dalej: „banki”),
- spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych w rozumieniu ustawy o SKOK (dalej: „SKOK”),
- oddziałów instytucji kredytowych w rozumieniu ustawy – Prawo bankowe,

o ile przedmiotem ich działalności są czynności uregulowane niniejszą Rekomendacją, współpracujących w zakresie bancassurance z krajowymi zakładami ubezpieczeń i zagranicznymi zakładami ubezpieczeń w rozumieniu ustawy

*Nowa Rekomendacja U została przyjęta na mocy Uchwały nr 243/2023 KNF podjętej w dniu 26 czerwca 2023 roku.*

*Najważniejsze w treści tej uchwały, poza samą Rekomendacją U oczywiście, jest ustalenie przepisów przejściowych, które określają maksymalny termin dla banków i SKOKów na dostosowanie działalności do warunków wynikających z Rekomendacji.*

*I tak, w przypadku banków, maksymalny termin na dostosowanie działalności do wymogów nowej Rekomendacji U ustalono na 1 lipca 2024 roku, natomiast w przypadku SKOKów na 1 stycznia 2025 roku.*

*Różnica w tych terminach wynika stąd, że banki już dzisiaj stosują Rekomendację U w wersji z 2014 roku, zatem w dużej mierze będą też spełniać wymagania nowej Rekomendacji.*

*Co ciekawe, jeżeli jakkolwiek bank lub SKOK wdroży nową Rekomendację U wcześniej, to od momentu jej wdrożenia powinien się już do niej stosować.*

*Ta uchwała formalnie uchyliła Uchwałę nr 183/2014 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wydania Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance. Jednak mimo tego, że uchwała z 2014 roku straciła moc, to banki, do czasu wdrożenia nowej Rekomendacji U, są zobowiązane do stosowania Rekomendacji U w wersji przyjętej przez KNF 24 czerwca 2014 roku.*

*Zdaniem KNF nowa Rekomendacja U powinna m.in. stworzyć warunki dla stabilnego rozwoju rynku bancassurance. Kto zatem powinien wdrożyć tę Rekomendację?*

- 1) Banki krajowe i oddziały banków zagranicznych;
- 2) Spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe oraz
- 3) Oddziały instytucji kredytowych.

*Dotyczy to jednak jedynie tych z wymienionych podmiotów, które w zakresie objętym Rekomendacją współpracują z zakładami ubezpieczeń, wykonującym działalność na terenie Polski.*

*Rekomendacje z 2014 roku wskazywały jedynie na banki, jako podmioty zobowiązane do wdrożenia rekomendacji, zatem pierwsza poważna zmiana dotyczy dodania SKOKów do listy podmiotów zobowiązanych (nowa Rekomendacja U nazywa te podmioty "Jednostkami").*

*Ta zmiana ma też swoje odzwierciedlenie w przepisach przejściowych, na co wskazano już wcześniej. KNF oczekuje, że banki dostosują swoją działalność do znowelizowanej*



z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 656, z późn. zm.; dalej: „ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”), wykonującymi działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: „zakłady ubezpieczeń”).

Implementacja Rekomendacji U powinna być dokonana z uwzględnieniem zasady proporcjonalności rozumianej jako dostosowanie przyjętych rozwiązań do skali i stopnia skomplikowania prowadzonej działalności, jak również indywidualnej specyfiki i profilu tej działalności. Oznacza to, że prowadząc działalność w zakresie bancassurance należy stosować się do rekomendacji, przy czym stopień złożoności polityk i procedur powinien być adekwatny do skali i poziomu ryzyka związanego z działalnością w obszarze bancassurance. Stosowanie tej zasady nie może skutkować pogorszeniem poziomu ochrony klienta. Jednostka jest odpowiedzialna za wykazanie, że skorzystanie przez nią z zasady proporcjonalności nie wpływa na obniżenie poziomu ochrony klienta lub finansującego ubezpieczenie.

Postanowienia Rekomendacji dotyczące systemu kontroli wewnętrznej stosuje się odpowiednio do banków spółdzielczych, w których kontrola wewnętrzna wykonywana jest zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy – Prawo bankowe – przez jednostkę zarządzającą systemem ochrony na zasadach określonych w umowie systemu ochrony lub – zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy – Prawo bankowe – może być wykonywana przez bank zrzeszający na zasadach określonych w umowie zrzeszenia.

Mając na uwadze przedmiot działalności Krajowej Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej określony w art. 44 ust. 5 ustawy o SKOK, organ nadzoru oczekuje, że będzie ona wspomagać SKOK w procesie wdrażania postanowień Rekomendacji U.

W celu zastosowania zasady proporcjonalności, do najmniejszych SKOK, rozumianych jako SKOK spełniające łącznie dwa kryteria, tj. posiadających sumę bilansową niższą niż 50 mln zł oraz liczbę członków poniżej 10 tys., kierowane są bezpośrednio rekomendacje główne (tj. Rekomendacja 1, Rekomendacja 2 itd.), a w zakresie objętym rekomendacjami szczegółowymi (tj. rekomendacjami 1.1, 1.2 itd.) SKOK mogą wprowadzić własne rozwiązania, mając na uwadze, aby rozwiązania te zapewniały realizację celów określonych w poszczególnych rekomendacjach, z wyjątkiem Rekomendacji 6 oraz 10- 22, które powinny być stosowane w pełnym zakresie przez wszystkie SKOK.

Jednostki sporządzające sprawozdania finansowe zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.; dalej: „ustawa o rachunkowości”) oraz przepisami wykonawczymi do ustawy o rachunkowości, w kwestiach nieuregulowanych w tych przepisach, stosują art. 10 ust. 3 ustawy o rachunkowości.

Kierując się zasadą dobra ogólnego, w celu ograniczenia ryzyka systemowego, Komisja Nadzoru Finansowego oczekuje, że oddziały instytucji kredytowych w Polsce będą w odpowiednim zakresie również przestrzegać postanowień Rekomendacji U, w tym w szczególności Rekomendacji 7, 8 oraz 10-22. W przypadku oddziału banku zagranicznego odpowiedzialność w obszarach wymienionych w Rekomendacjach 1-3 spoczywa na dyrektorze oddziału.

*Rekomendacji U nie później niż 1 lipca 2024 r., a spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe nie później niż 1 stycznia 2025 r. Do tego czasu obowiązywać będzie Rekomendacja U w wersji z 2014 roku.*

*KNF wskazuje też na bardzo ważną zasadę implementacji Rekomendacji U, a mianowicie na zasadę proporcjonalności. Chodzi w tym przypadku o dostosowanie przyjętych rozwiązań do skali i stopnia skomplikowania prowadzonej działalności, jak również indywidualnej specyfiki i profilu tej działalności.*

*Inaczej mówiąc - stopień złożoności polityk i procedur powinien być adekwatny do skali i poziomu ryzyka związanego z działalnością w obszarze bancassurance, przy czym stosowanie tej zasady nie może skutkować pogorszeniem poziomu ochrony klienta.*

*Co jednak bardzo ważne - to Jednostka jest odpowiedzialna za wykazanie, że skorzystanie przez nią z zasady proporcjonalności nie wpływa na obniżenie poziomu ochrony Klienta lub Finansującego ubezpieczenie.*

*Czyli w praktyce możesz stosować zasadę proporcjonalności, w sumie nie powiem ci jak, ale na koniec to i tak ty będziesz musiał udowodnić, że klient jest należycie chroniony mimo ograniczonego wdrożenia Rekomendacji U, z powołaniem się na zasadę proporcjonalności.*

*Bez wątpienia wprowadzenie zasady proporcjonalności jest słusznym rozwiązaniem, bo trudno oczekiwać od niewielkiego banku spółdzielczego lub SKOKu wdrożenia tych samych mechanizmów, jakie powinien wdrożyć dowolny bank z pierwszej piątki banków w Polsce. Tylko problem w tym, że dopiero kontrole KNF pokażą, co tak naprawdę ta zasada oznacza w praktyce.*

*Komisja proponuje też już we wstępie pewne uproszczenie w odniesieniu do SKOKów.*

*I tak w celu zastosowania zasady proporcjonalności, do najmniejszych SKOKów, rozumianych jako SKOKi spełniające łącznie dwa kryteria, tj. posiadających sumę bilansową niższą niż 50 mln zł oraz liczbę członków poniżej 10 tys., kierowane są bezpośrednio rekomendacje główne (tj. Rekomendacja 1, Rekomendacja 2 itd., czyli te zawarte w Spisie rekomendacji), a w zakresie objętym rekomendacjami szczegółowymi (tj. Rekomendacjami 1.1, 1.2 itd.) SKOKi mogą wprowadzić własne rozwiązania, mając na uwadze, aby rozwiązania te zapewniały realizację celów określonych w poszczególnych rekomendacjach, z wyjątkiem Rekomendacji 6 (czyli, zarządzanie ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance) oraz 10-22, które powinny być stosowane w pełnym zakresie przez wszystkie SKOKi.*

*Komisja też zauważa pewien problem kompetencyjny. Mianowicie prawo nie daje KNFowi możliwości narzucenia Rekomendacji U, podobnie jak też innych rekomendacji czy wytycznych, oddziałom instytucji kredytowych działających w Polsce. Zatem KNF oczekuje przestrzegania Rekomendacji przez te jednostki, wskazując jednoznacznie, że odpowiedzialność za odpowiednie wdrożenie będzie spoczywać na dyrektorze oddziału. Co ciekawe, Komisja odwołuje się do zasad dobra ogólnego, które zasadniczo odwołują się do przepisów prawa, a nie do rekomendacji/wytycznych KNF (tutaj odsyłam do zasad dobra ogólnego opublikowanych przez KNF). Nie zmienia to jednak*

faktu, że wdrożenie wymogów wynikających z Rekomendacji U również powinno nastąpić.

Rekomendacja U uwzględnia uregulowania zawarte m.in. w:

- ustawie – Prawo bankowe,
- ustawie z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. z 2023 r. poz. 1111; dalej: „ustawa o dystrybucji ubezpieczeń”) implementującej dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26 z 02.02.2016, str. 19, z późn. zm.; dalej: „IDD”);
- ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,
- ustawie z dnia 7 grudnia 2000 r. o funkcjonowaniu banków spółdzielczych, ich zrzeszaniu się i bankach zrzeszających (Dz. U. z 2022 r. poz. 1595),
- ustawie o SKOK,
- ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 646, z późn. zm.) implementującej dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/65/UE z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniającą dyrektywę 2002/92/WE i dyrektywę 2011/61/UE (Dz. Urz. UE L 173 z 12.06.2014, str. 349, z późn. zm.),
- ustawie o rachunkowości,
- rozporządzeniu delegowanym Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniającym dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 341 z 20.12.2017, str. 1, z późn. zm.),
- rozporządzeniu delegowanym Komisji (UE) 2017/2359 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniającym dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów informacyjnych i zasad prowadzenia działalności mających zastosowanie do dystrybucji ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (Dz. Urz. UE L 341 z 20.12.2017, str. 8, z późn. zm.),
- rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (Dz. U. UE L 352 z 09.12.2014, str. 1, z późn. zm.; dalej: „PRIIP”),
- rozporządzeniu (WE) Nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 19 lipca 2002 r. w sprawie stosowania międzynarodowych standardów rachunkowości (Dz. Urz. UE L 243 z 11.09.2002, str. 1, z późn. zm.),
- rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wymogów ostrożnościowych dla instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych, zmieniającym rozporządzenie (UE) nr 648/2012 (Dz. Urz. UE L 176 z 27.06.2013, str. 1, z późn. zm.).

Wpływ na standardy współpracy instytucji zainteresowanych oferowaniem klientom produktów ubezpieczeniowych ma nie tylko Rekomendacja U, ale także inne rekomendacje organu nadzoru. Postanowienia w nich zawarte powinny obowiązywać w zakresie wynikającym z przedmiotu poszczególnych rekomendacji. W przypadku następujących obszarów: system kontroli wewnętrznej, relacje z klientami i finansującymi ubezpieczenie, ład wewnętrzny i konflikty interesów

Rekomendacja odsyła do szeregu przepisów, które zostały uwzględnione w jej treści, jednak próżno szukać wskazówek co do tego w jaki sposób te przepisy znalazły swoje odzwierciedlenie w poszczególnych Rekomendacjach.

Można chyba jedynie zakładać, że KNF przytacza podstawowe akty prawne regulujące działalność banków, ubezpieczycieli, SKOKów i dystrybutorów ubezpieczeń, wskazując niejako kierunkowo, że Rekomendacja U to „oficjalna” interpretacja obszarów objętych rekomendacjami, regulowanych również niektórymi przepisami wskazanych ustaw i rozporządzeń.

The graphic features a dark background with a desk setup including a laptop, a pen, and a pair of glasses. A hand is shown writing on a document. In the upper center, there is a shield-shaped logo with a green and blue design, containing the text 'Tarcza Regulacyjna'. Below the logo, the title 'Tarcza Regulacyjna' is written in large, white, serif font. Underneath the title, the phrase 'Oferuj ubezpieczenia zgodnie z prawem' is written in a smaller, white, sans-serif font. At the bottom right, the website address 'www.tarczaregulacyjna.pl' is displayed in a small, white, sans-serif font.

Tarcza Regulacyjna

Oferuj ubezpieczenia zgodnie z prawem

www.tarczaregulacyjna.pl

KNF wskazuje, że Rekomendacje mają charakter uzupełniający względem powszechnie obowiązujących przepisów prawa i nie mogą być interpretowane w sposób, który mógłby prowadzić do nieprzestrzegania tych przepisów. Jednak KNF tworząc rekomendacje niejednokrotnie wkracza w obszary już uregulowane przepisami ustaw, tworząc mechanizmy, które mogą być nawet niezgodne z tymi przepi-

Rekomendacja U powinna być stosowana zgodnie z zaleceniami nadzorczymi zawartymi w Rekomendacjach B-SKOK, Rekomendacji H, Rekomendacji S i Rekomendacji Z. Rekomendacje mają charakter uzupełniający względem powszechnie obowiązujących przepisów prawa i nie mogą być interpretowane w sposób, który mógłby prowadzić do nieprzestrzegania tych przepisów.

Przedstawiony w Rekomendacji U zbiór zasad dotyczących dobrych praktyk w zakresie bancassurance nie obejmuje kompleksowo obszaru dystrybucji ubezpieczeń. Wynika to z uregulowania kwestii dystrybucji ubezpieczeń w dwóch kluczowych pakietach regulacyjnych, które znajdują tu zastosowanie:

1. pierwszy pakiet regulacyjny obejmuje zasady dystrybucji ubezpieczeń zgodnie z IDD implementowaną w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie, w szczególności rozporządzeniach delegowanych uzupełniających IDD, jak również – dla produktów o charakterze inwestycyjnym – zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego (Dz. U. z 2016 r. poz. 167);

2. drugi pakiet regulacyjny obejmuje katalog obowiązków regulacyjnych nałożonych na podmioty rynku finansowego wobec klientów detalicznych, wskazanych w PRIIP.

Zagadnienia objęte Rekomendacją U dotyczą następujących obszarów:

- I. Zarząd i rada nadzorcza;
- II. Zarządzanie ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance;
- III. Rola jednostki;
- IV. Polityka rachunkowości;
- V. Relacje z klientami i finansującymi ubezpieczenie;
- VI. System kontroli wewnętrznej w zakresie bancassurance.

Rekomendację U stosuje się do:

1. umów ubezpieczenia zawieranych od dnia wdrożenia Rekomendacji,
2. odnowień/automatycznych kontynuacji indywidualnych umów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że Rekomendacji 20 nie stosuje się do odnowień/automatycznych kontynuacji umów zawartych do dnia wdrożenia Rekomendacji, jeżeli odnowienie/automatyczna kontynuacja następuje na identycznych warunkach z punktu widzenia ubezpieczonego klienta, w szczególności co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń odpowiedzialności, taryf i sposobu naliczania składki,
3. klientów przystępujących do grupowych umów ubezpieczenia na cudzy rachunek od dnia wdrożenia Rekomendacji,
4. klientów odnawiających uczestnictwo/automatycznie kontynuujących uczestnictwo w grupowych umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek, z zastrzeżeniem że Rekomendacji 20 nie stosuje się do klientów odnawiających uczestnictwo/automatycznie kontynuujących uczestnictwo

*sami. W efekcie dość często spotykam się z takim podejściem na rynku, że w pierwszej kolejności ocenia się to, czy określony proces, produkt czy procedura są zgodne z oczekiwaniami KNFu, a dopiero potem patrzy się na przepisy. Podmioty regulowane nie wdrażając odpowiednio rekomendacji ryzykują coraz wyższe sankcje finansowe, a menadżerowie odpowiedzialni za taką sytuację - dodatkowo znalezione się na liście osób, które nie dają należytej ręką wykonywania powierzonych im zadań, co oznacza poważne komplikacje w rozwoju kariery zawodowej na regulowanym rynku.*

*Wskazane pakiety przepisów kompleksowo regulują zagadnienia związane z dystrybucją ubezpieczeń i w tym zakresie Rekomendacja U nie ma charakteru całościowego i jej postanowienia powinny być interpretowane w ścisłym związku ze wskazanymi przepisami.*

*Przykładowo, Rekomendacje U nie mówią nic o relacjach banku jako agenta z brokerami ubezpieczeniowymi, co nie oznacza, że takiego banku nie dotyczą szczególne przepisy Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń odnoszące się do tych właśnie relacji. Inny przykład, to forma i zakres obowiązków informacyjnych banku działającego jako agent ubezpieczeniowy – w tym zakresie bank musi stosować się do wymogów ustawy o dystrybucji.*

*Z drugiej strony można też wskazać rekomendacje, które wykraczają poza treść wskazanych pakietów regulacyjnych. Jakikolwiek przepis prawa nie nakłada na ubezpieczających w ubezpieczeniach na cudzy rachunek obowiązku opracowania jakichkolwiek szczegółowych procedur pozwalających na uzyskanie informacji o wymaganiach i potrzebach potencjalnych klientów, do czego jednostki zobowiązuje Rekomendacja 10.2.*

*Rekomendacja nie pozostawia wątpliwości, że od dnia jej wdrożenia, przy czym nie później niż od 1 lipca 2024 r. w przypadku banków i 1 stycznia 2025 r. w przypadku SKOKów, jednostki zobowiązane mają stosować Rekomendację U do nowozawieranych umów ubezpieczenia oraz do nowych klientów przystępujących do grupowych umów ubezpieczenia na cudzy rachunek (nawet jeżeli sama umowa ubezpieczenia została zawarta przed wdrożeniem nowej Rekomendacji U).*

*Sytuacja się nieco komplikuje w przypadku odnowień lub automatycznych kontynuacji indywidualnych umów ubezpieczenia.*

*Zgodnie z definicją "Odnowienie/automatyczna kontynuacja indywidualnych umów ubezpieczenia / odnowienie uczestnictwa/automatyczna kontynuacja uczestnictwa w grupowych umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek" oznacza przedłużenie, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, okresu obowiązywania indywidualnych umów*



w grupowych umowach ubezpieczenia następuje na identycznych warunkach z punktu widzenia ubezpieczonego klienta, w szczególności co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń odpowiedzialności, taryf i sposobu naliczania składki.

Organ nadzoru oczekuje, że banki i oddziały instytucji kredytowych dostosują swoją działalność do Rekomendacji U nie później niż do dnia 1 lipca 2024 r., a SKOK - nie później niż do dnia 1 stycznia 2025 r.

# Raport prawny



Obszerny dokument  
na temat zmian w prawie  
w Twojej branży  
przygotowany przez specjalistów  
z naszej kancelarii.

[www.czublun.pl](http://www.czublun.pl)

*ubezpieczenia/okresu uczestnictwa w grupowych umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek. Definicja w sumie niewiele mówi o odnowieniu lub automatycznej kontynuacji, poza tym, że chodzi tutaj o przedłużenie umowy lub ochrony.*

*Jednak w takim przypadku Rekomendacje U również należy stosować od dnia jej wdrożenia, ale z tym zastrzeżeniem że Rekomendacji 20 nie stosuje się do odnowień/automatycznych kontynuacji umów zawartych do dnia wdrożenia Rekomendacji, jeżeli odnowienie/automatyczna kontynuacja następuje na identycznych warunkach z punktu widzenia ubezpieczonego klienta, w szczególności co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń odpowiedzialności, taryf i sposobu naliczania składki. Podobna zasada znajdzie zastosowanie w przypadku klientów odnawiających uczestnictwo/automatycznie kontynuujących uczestnictwo w grupowych umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek.*

*Upraszczając oznacza to tyle, że banki najpóźniej od 1 lipca 2024 r., a SKOKi najpóźniej od 1 stycznia 2025 r. roku powinny stosować Rekomendację U również do odnowień lub automatycznych kontynuacji umowy lub ochrony. Wyjątkiem będzie w tym przypadku niestosowanie Rekomendacji 20, jeżeli odnowienie/automatyczna kontynuacja następuje na identycznych warunkach z punktu widzenia ubezpieczonego klienta, w szczególności co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń odpowiedzialności, taryf i sposobu naliczania składki, **czyli w praktyce - jeżeli właściwie nic się nie zmienia**. Inaczej mówiąc, po wdrożeniu nowej Rekomendacji U, Jednostka będzie zobowiązana stosować tę Rekomendację do każdej umowy i każdego ubezpieczonego, nieważne czy będziemy mieli do czynienia z nowymi klientami, czy też z tymi, którzy jedynie przedłużają wcześniejszą ochronę ubezpieczeniową.*

*A czym jest Rekomendacja 20 - jest to konieczność zapewnienia, by oferowane 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.*



# Zarząd i rada nadzorcza

Podobnie jak w Rekomendacji U z 2014 r., pierwsze pięć rekomendacji zawartych w nowej Rekomendacji U odnosi się do roli zarządu i rady nadzorczej. Przy czym w chwili obecnej nie chodzi o zarząd i radę nadzorczą banku, a o zarząd i radę nadzorczą Jednostki (banki, w tym banki spółdzielcze, oddziały banków zagranicznych, SKOK). Organ nadzoru wymaga, aby zarząd oraz rada nadzorcza wykonywały nałożone obowiązki z uwzględnieniem zasady proporcjonalności, tj. aby przyjęte rozwiązania w zakresie bancassurance były dostosowane do skali i stopnia skomplikowania prowadzonej działalności, jak również indywidualnej specyfiki i profilu tej działalności.

## REKOMENDACJA 1

Zarząd jednostki jest odpowiedzialny za opracowanie, zatwierdzenie, zapewnienie przestrzegania polityki w zakresie bancassurance. Polityka ta powinna wynikać z zatwierdzonej przez radę nadzorczą strategii prowadzenia działalności. Podział obowiązków i kompetencji między jednostką a zakładem ubezpieczeń w zakresie bancassurance powinien wynikać z umowy zawartej pomiędzy jednostką i zakładem ubezpieczeń.

### 1.1

Zarząd jednostki powinien zdefiniować kluczowe obszary polityki w zakresie bancassurance, które będą podlegać jego bezpośredniej kontroli.

*Obowiązek zarządu przewidziany w Rekomendacji 1.1. związany jest z opracowaniem polityki w zakresie bancassurance. W porównaniu do Rekomendacji U z 2014 r. Organ nadzoru przewidział możliwość sporządzenia dokumentu zarówno w formie pisemnej, jak i elektronicznej. Kluczowe obszary, które powinny zostać uwzględnione w polityce zostały uregulowane w Rekomendacji 1.5. Należy zauważyć, że zarząd ponosi odpowiedzialność nie tylko za zdefiniowanie kluczowych obszarów polityki w zakresie bancassurance, ale także za bezpośrednią kontrolę tych obszarów.*

### 1.2

Zarząd jednostki powinien zatwierdzać zasady dotyczące działania w ramach kluczowych obszarów polityki zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance. System zarządzania ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance powinien obejmować wszystkie komórki jednostki zaangażowane w oferowanie produktów w ramach bancassurance w pełni uwzględniać ekspozycję jednostki na ryzyko oraz obejmować wszystkie istotne rodzaje ryzyka.

*Zgodnie z Rekomendacją 1.2. obowiązkiem zarządu jest również zatwierdzanie zasad dotyczących działania w ramach kluczowych obszarów polityki zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance. W Rekomendacji U z 2014 r. nie zostało wskazane o jakie „kluczowe obszary” polityki zarządzania ryzykiem chodzi. W nowej Rekomendacji U Organ nadzoru precyzuje, że system zarządzania ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance powinien obejmować wszystkie komórki jednostki zaangażowane w oferowanie produktów w ramach bancassurance, w pełni uwzględniać ekspozy-*

*cję jednostki na ryzyko oraz obejmować wszystkie istotne rodzaje ryzyka.*

*W tym miejscu warto też wskazać na art. 9b Prawa bankowego. Zgodnie z tym przepisem zadaniami systemu zarządzania ryzykiem są identyfikacja, pomiar lub szacowanie, kontrola oraz monitorowanie ryzyka występującego w działalności banku służące zapewnieniu prawidłowości procesu wyznaczania i realizacji szczegółowych celów prowadzonej przez bank działalności. W tym przypadku mówimy o działalności w obszarze bancassurance.*

*W ramach systemu zarządzania ryzykiem bank:*

- 1) stosuje sformalizowane zasady służące określaniu wielkości podejmowanego ryzyka i zasady zarządzania ryzykiem;*
- 2) stosuje sformalizowane procedury mające na celu identyfikację, pomiar lub szacowanie oraz monitorowanie ryzyka występującego w działalności banku, uwzględniające również przewidywany poziom ryzyka w przyszłości;*
- 3) stosuje sformalizowane limity ograniczające ryzyko i zasady postępowania w przypadku przekroczenia limitów;*
- 4) stosuje przyjęty system sprawozdawczości zarządczej umożliwiający monitorowanie poziomu ryzyka;*
- 5) posiada strukturę organizacyjną dostosowaną do wielkości i profilu ponoszonego przez bank ryzyka.*

*Bank sprawuje też nadzór nad ryzykiem związanym z działalnością podmiotów zależnych.*

## 1.3

Zarząd jednostki może delegować funkcje związane z realizacją innych niż kluczowe obszary polityki w zakresie bancassurance na wyznaczone przez siebie, kompetentne osoby.

*Podobnie jak w poprzednio obowiązującej Rekomendacji U z 2014 r. Rekomendacja 1.3. przewiduje możliwość delegowania niekluczowych funkcji związanych z realizacją obszarów polityki bancassurance na wyznaczone osoby. Rekomendacja 1.3. w dalszym ciągu dostarcza wątpliwości interpretacyjnych, ponieważ Organ nadzoru nie wskazuje, co należy rozumieć pod pojęciem „kluczowe” obszary polityki. Ponadto nie jest wiadome czy osoby, na które mogą być delegowane funkcje, mogą pochodzić spoza kadry pracowniczej. Z pewnością nieprecyzyjne postanowienia Rekomendacji 1.3. mogą rodzić problemy na etapie podejmowania decyzji dotyczących struktur organizacyjnych jednostki.*

## 1.4

Podział obowiązków i kompetencji pomiędzy poszczególnych członków zarządu jednostki oraz delegowanie funkcji związanych z realizacją innych niż kluczowe obszary w zakresie bancassurance nie może powodować konfliktu interesów.

*Treść Rekomendacji 1.4. jest tożsama z wersją poprzednio obowiązującą (poza zastąpieniem pojęcia „bank” – „jednostką”). Zarząd jednostki ma obowiązek określenia osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych kluczowych obszarów polityki bancassurance. Odpowiedzialność powinna zostać powierzona poszczególnym członkom zarządu. Organ nadzoru podkreśla, że podział obowiązków i kompetencji oraz delegowanie funkcji nie może powodować konfliktu interesów. Co prawda w dalszym ciągu z treści Rekomendacji 1.4. nie wynika jakie dokładnie czynności jednostka powinna podjąć w celu zapobiegania/eliminacji konfliktu interesów, jednak zgodnie ze wstępem do nowej Rekomendacji U, w przypadku obszaru związanego z konfliktem interesów, Rekomendacja U powinna być stosowana zgodnie z zaleceniami nadzorczymi zawartymi w Rekomendacjach B-SKOK, Rekomendacji H, Rekomendacji S i Rekomendacji Z. Niezależnie od powyższego jednostka powinna podjąć czynności mające na celu weryfikację obowiązującej polityki zarządzania konfliktami interesów pod kątem czy obejmuje ona swoim zakresem obszar dotyczący podziału obowiązków i kompetencji w wewnętrznej strukturze jednostki, a jeżeli nie to wówczas jednostka powinna zbadać, jakie możliwe konflikty interesów mogą powstać przy podziale obowiązków i kompetencji i delegowania funkcji w zakresie bancassurance oraz wdrożyć procedury w celu ich uniknięcia, wykrywania i eliminacji.*

## 1.5

Polityka w zakresie bancassurance, opracowana w formie pisemnej lub elektronicznej, powinna obejmować co najmniej:

1. w zakresie dokonywania przez jednostkę wyboru zakładu albo zakładów ubezpieczeń do współpracy, określenie:
  - a. zasad dotyczących trybu dokonywania wyboru zakładów ubezpieczeń, z którymi jednostka ma zamiar nawiązać współpracę;
  - b. zasad dokonywania okresowych analiz współpracy, w tym jakości przepływu informacji w trakcie trwania współpracy jednostki z wybranymi zakładami ubezpieczeń, w szczególności informacji dotyczących oferowanych produktów ubezpieczeniowych;
2. w zakresie określenia roli jednostki w procesie oferowania produktów ubezpieczeniowych w obszarze bancassurance, opis wybranego modelu biznesowego;
3. w zakresie produktów oferowanych w ramach bancassurance w procesie oferowania produktu jednostki, określenie:
  - a. kryteriów przygotowania oferty produktu powiązanego – produktu ubezpieczeniowego i produktu jednostki;
  - b. zasad przygotowywania oferty marketingowej produktu ubezpieczeniowego powiązanego z produktem jednostki;
  - c. zasad przygotowania odrębnego dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym;
4. w zakresie produktów jednostki, przy których jednostka zamierza oferować klientom produkty ubezpieczeniowe, określenie:
  - a. kryteriów wyboru produktów jednostki, w przypadku których jednostka zamierza oferować klientom towarzyszące produkty ubezpieczeniowe;
  - b. kryteriów wyboru produktów ubezpieczeniowych, które będą oferowane klientom;
5. w zakresie zasad współpracy z zakładami ubezpieczeń w odniesieniu do produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez jednostkę, określenie:
  - a. oczekiwanego zakresu ochrony ubezpieczeniowej jako kryterium wyboru produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez jednostkę;
  - b. kryteriów uznania przez jednostkę produktów ubezpieczeniowych zakładów ubezpieczeń za spełniające standardy adekwatnej ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do ryzyka generowanego przez produkt jednostki;
  - c. kryteriów okresowej oceny i ewentualnej renegocjacji warunków współpracy;
6. w zakresie merytorycznego przygotowania pracowników jednostki zaangażowanych w oferowanie produktów w ramach bancassurance, określenie zasad odbywania szkoleń w zakresie oferowanych produktów i ich obsługi, w ramach:
  - a. wykonywania czynności agencyjnych;
  - b. oferowania przystąpienia do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przez jednostkę będącą ubezpieczającym oraz oferowania umowy o produkt jednostki, na podstawie której finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki;
7. w zakresie obowiązków informacyjnych w odniesieniu do pracowników jednostki zaangażowanych w oferowanie produktów w ramach bancassurance, określenie:
  - a. zasad udostępniania klientowi informacji na temat stosunku łączącego jednostkę z zakładem ubezpieczeń oraz rodzaju wynagrodzenia, jakie jednostka otrzymuje z tytułu dystrybucji ubezpieczeń;
  - b. zasad dotyczących informowania klienta o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporu;
  - c. zasad dotyczących przekazywania klientowi informacji o charakterze reklamowym i marketingowym;
  - d. zasad dokonywania badania wymagań i potrzeb klienta;
  - e. zasad przekazywania wymaganych przepisami prawa informacji o produkcie ubezpieczeniowym;
8. w zakresie dokumentowania wykonywanych przez jednostkę obowiązków w zakresie bancassurance, określenie zasad dotyczących sporządzania i przechowywania dokumentacji dotyczącej oferowania produktów ubezpieczeniowych;
9. w zakresie identyfikacji, pomiaru i oceny ryzyka, określenie:
  - a. założeń i kryteriów akceptacji ubezpieczeń dostarczanych przez klienta w miejsce ubezpieczeń oferowanych przez jednostkę;
  - b. zasad dotyczących pozyskiwania informacji niezbędnych do dokonania analizy i oceny efektywności działalności w zakresie bancassurance przez monitorowanie liczby odmów wypłat świadczeń, oraz liczby



- i przyczyn skarg i reklamacji składanych przez klientów. Przez informacje niezbędne na potrzeby niniejszej rekomendacji rozumie się, w zakresie informacji otrzymywanych od zakładu ubezpieczeń, dane zagregowane i zanonimizowane;
- c.zasad dotyczących weryfikacji ocen efektywności działalności;
10. w zakresie akceptacji oraz ograniczania ryzyka, określenie:
- a.zasad dotyczących uwzględniania w procesie zarządzania ryzykiem ryzyka wynikającego ze specyfiki produktu jednostki i rodzaju ochrony ubezpieczeniowej;
- b.apetytu na ryzyko związanego z oferowaniem poszczególnych grup produktów jednostki i przyjętego dla nich rodzaju ochrony ubezpieczeniowej;
- c.zasad dotyczących uwzględniania poziomu ryzyka w polityce cenowej jednostki;
- d.zasad dotyczących postępowania w przypadku odmów wypłat świadczeń z umów ubezpieczenia;
11. w zakresie sposobu ustalania należnego wynagrodzenia pobieranego przez jednostkę jako pośrednika ubezpieczeniowego oraz osoby, przy pomocy których jednostka wykonuje czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń, określenie:
- a.zasad dotyczących ustalania należnego wynagrodzenia przy uwzględnieniu ponoszonych kosztów;
- b.zasad dotyczących ustalania należnego wynagrodzenia przy uwzględnieniu charakteru i zakresu czynności wykonywanych przez jednostkę w dystrybucji ubezpieczeń;
- c.zasad dotyczących ustalania należnego wynagrodzenia w taki sposób, aby nie był sprzeczny z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów;
- d.zasad dotyczących wynagradzania, które będą wspierać prawidłowe i skuteczne zarządzanie ryzykiem i nie będą zachęcać do podejmowania nadmiernego ryzyka wykraczającego poza zatwierdzony przez radę nadzorczą apetyt na ryzyko;
12. w zakresie procedury wprowadzania do oferty jednostki nowych produktów ubezpieczeniowych, określenie:
- a.zasad dotyczących przeprowadzania analiz oczekiwanego wpływu nowych produktów na ryzyko ponoszone przez jednostkę;
- b.zasad dotyczących identyfikowania rodzajów ryzyka, które mogą wiązać się z nowymi produktami, ze szczególnym uwzględnieniem oceny ryzyka prawnego;
- c.zasad dotyczących analizy wpływu nowych produktów na działalność jednostki;
13. w zakresie sposobu uwzględniania w przychodach jednostki wynagrodzenia uzyskiwanego z tytułu świadczenia usług związanych z dystrybucją ubezpieczeń, w przyjętej przez jednostkę polityce rachunkowości, określanie zasad dotyczących szacowania kosztów ponoszonych przez jednostkę, przewidujących stosowanie adekwatnej do formy sprzedaży produktów oferowanych w ramach bancassurance metody rozliczania przychodów i kosztów.

*Rekomendacja 1.5. określa jakie kwestie powinny zostać uregulowane w polityce w zakresie bancassurance.*

*Treść tej Rekomendacji jest dość czytelna, ale niewątpliwie na uwagę zasługuje rekomendacja dotycząca sposobu ustalania należnego wynagrodzenia pobieranego przez Jednostkę jako pośrednika ubezpieczeniowego oraz osoby, przy pomocy których Jednostka wykonuje czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń.*

*Zgodnie z Rekomendacją 1.5. pkt 11 polityka w zakresie bancassurance powinna obejmować:*

- zasady dotyczące ustalania należnego wynagrodzenia przy uwzględnieniu ponoszonych kosztów;*
- zasady dotyczące ustalania należnego wynagrodzenia przy uwzględnieniu charakteru i zakresu czynności wykonywanych przez jednostkę w dystrybucji ubezpieczeń;*
- zasady dotyczące ustalania należnego wynagrodzenia w taki sposób, aby nie był sprzeczny z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów;*
- zasady dotyczące wynagradzania, które będą wspierać prawidłowe i skuteczne zarządzanie ryzykiem i nie będą zachęcać do podejmowania nadmiernego ryzyka wykraczającego poza zatwierdzony przez radę nadzorczą apetyt na ryzyko.*

*Rozbudowanie pkt 11 Rekomendacji 1.5. może być skutkiem ostrzeżenia EIOPA (Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych) skierowanego do ubezpieczycieli i banków. EIOPA, 30 września 2022 r. wydała ostrzeżenie, w którym wyraziła zaniepokojenie kwestią ochrony konsumentów związaną ze sprzedażą produktów ubezpieczenia ochrony kredytowej (CPI). EIOPA zwróciła uwagę m.in. na kwestię związaną z wysokim wynagrodzeniem banków. EIOPA zaznaczyła, że, co prawda ubezpieczenia sprzedawane do kredytów hipotecznych, kredytów konsumenckich i kart kredytowych są bardzo zyskownym produktem zarówno dla ubezpieczycieli, jak i dystrybuujących je banków, jednak znaczna część składki ubezpieczeniowej płaconej przez klientów trafia do powyższych instytucji, podczas gdy konsumenci otrzymują niewielkie świadczenia. Tym samym zdaniem EIOPA wysokie prowizje mogą prowadzić do poważnych konfliktów interesów oraz do niewłaściwych praktyk biznesowych nakierowanych na maksymalizację zysków.*

*EIOPA wyraziła nadzieję, że wszyscy ubezpieczyciele i banki działające jako dystrybutorzy ubezpieczeń będą podejmować działania w celu rozwiązywania kwestii związanych z wysokim wynagrodzeniem i zapobiegania szkodliwym konfliktom interesów.*

*Organ nadzoru wprowadził też nową treść Rekomendacji 20, o której będzie mowa w dalszej części Komentarza, która określa w jaki sposób powinno zostać ukształtowane wynagrodzenie jednostki otrzymywane z tytułu pośrednictwa ubezpieczeniowego. W toku prac nad nową Rekomendacją U pojawiły się głosy, aby w jej treści znalazła się rekomendacja określająca maksymalną wysokość prowizji należnej Jednostce w związku z oferowaniem produktów ubezpieczeniowych (postulowano, aby wynagrodzenie za pośrednictwo nie przekraczało 50% wartości zakładanych kosztów odszkodowań i świadczeń), jednak ostatecznie nowa Rekomendacja U nie zawiera takiej regulacji. Ostatecznie Organ nadzoru wyraził nadzieję, że sektor bankowy i ubezpieczeniowy wspólnie wypracują określone standardy, za pomocą tzw. dobrych praktyk. Wskazujemy, że w chwili obecnej trwają prace nad „Rekomendacją dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń spłaty kredytu i pożyczki (CPI)”, która ma stanowić uzupełnienie nowej Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance i będzie regulowała m.in. obszar związany z wynagrodzeniem dystrybutora.*

*W polityce w zakresie bancassurance powinny znaleźć się m.in. zasady dotyczące ustalania należnego wynagrodzenia w taki sposób, aby nie był sprzeczny z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów. Organ nadzoru nie wskazuje w jaki sposób należy rozumieć „obowiązek działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów”. W tym zakresie pomocna okazuje się Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń, która w art. 7 ust. 2 wskazuje, że sposób wynagradzania dystrybutora ubezpieczeń oraz osób, przy pomocy których wykonywane są czynności agencyjne lub czynności brokerskie w zakresie ubezpieczeń, oraz osób, przez które wykonywane są czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń, nie może być sprzeczny z obowiązkiem działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów, w szczególności dystrybutor ubezpieczeń nie może dokonywać ustaleń dotyczących wynagrodzeń, celów sprzedaży lub innych ustaleń, które mogłyby stanowić zachętę do proponowania klientowi określonej umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, w sytuacji gdy dystrybutor ubezpieczeń mógłby zaproponować inną umowę, która lepiej odpowiadałaby potrzebom klienta. Powyższe oznacza, że zakład ubezpieczeń wraz z dystrybutorem ubezpieczeń zobowiązani są ustalić system wynagrodzeń w taki sposób, aby dystrybutor jak i osoby, przy pomocy których dystrybutor wykonuje swoje czynności (tj. OFWCA), oferujący dany produkt ubezpieczeniowy, proponowały go klientowi, ponieważ po przeprowadzeniu analizy potrzeb produkt ten obiektywnie jest dla klienta najlepszy, a nie dlatego, że pośrednik otrzymuje za jego sprzedaż najwyższą prowizję.*

## 1.6

Zasady prowadzenia działalności w obszarze związanym z zawarciem umowy o produkt jednostki i umowy ubezpieczenia powinny wynikać z opracowanych w formie pisemnej lub elektronicznej i wprowadzonych przez jednostkę procedur dotyczących zarządzania ryzykiem związanym z oferowanymi produktami jednostki. Procedury wewnętrzne powinny:

- a. być zdefiniowane zgodnie ze standardami wewnętrznymi jednostki;
- b. odpowiadać charakterowi i profilowi działalności prowadzonej przez jednostkę;
- c. opierać się na kompleksowych informacjach uzyskanych na podstawie identyfikacji, oceny, kontroli i monitorowania ryzyka w jednostce;
- d. uwzględniać m.in. skalę, obszar działalności oraz zaawansowanie techniczne i organizacyjne jednostki.

*Rekomendacja 1.6. nakazuje sformułowanie pisemnych lub elektronicznych procedur wewnętrznych dotyczących zarządzania ryzykiem związanym z oferowanymi produktami jednostki. W porównaniu do Rekomendacji z U 2014 r. Organ nadzoru zrezygnował z wprowadzenia obowiązku zapewnienia, aby procedury wewnętrzne jednostki były zgodne z przepisami prawa, co wydaje się oczywiste i wprowadził obowiązek zagwarantowania, aby procedury wewnętrzne jednostki opierały się na kompleksowych informacjach uzyskanych na podstawie identyfikacji, oceny, kontroli i monitorowania ryzyka w jednostce.*

## 1.7

Jednostka powinna posiadać procedury w zakresie stosowania ochrony ubezpieczeniowej w celu zabezpieczenia ekspozycji kredytowych. W szczególności jednostka powinna określić: w jakich przypadkach ochrona ubezpieczeniowa jest wymagana jako zabezpieczenie, rodzaj tej ochrony i kryteria pozwalające na rezygnację z zabezpieczenia w postaci ochrony ubezpieczeniowej.

*Rekomendacja 1.7. nakłada na jednostkę obowiązek przygotowania procedury w zakresie stosowania ochrony ubezpieczeniowej w celu zabezpieczenia ekspozycji kredytowych. Z całą pewnością jest to jeden z kluczowych obszarów w działalności bankowej, którego uregulowanie w dokumentacji wewnętrznej jednostki wydaje się dość oczywiste. Warto jedynie zastanowić się nad tym, co poza określeniem: kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest wymagana jako zabezpieczenie kredytu, rodzaju tej ochrony i kryteriów pozwalające na rezygnację z zabezpieczenia w postaci ochrony ubezpieczeniowej, powinno znaleźć się w takich procedurach. Wydaje się, że dodatkowym elementem takich procedur powinno być również określenie alternatywnych sposobów zabezpieczenia ekspozycji kredytowych, w sytuacji gdy klient nie jest zainteresowany ubezpieczeniem.*

## 1.8

Jednostka, przy dokonywaniu analiz i tworzeniu procedur wewnętrznych, a także ich weryfikacji, powinna mieć na uwadze zapewnienie świadczenia usług wysokiej jakości. W tym celu jednostka powinna wykorzystywać informacje od instytucji zewnętrznych, np. zakładów ubezpieczeń, instytucji ochrony konsumentów, które na podstawie przepisów prawa upoważnione zostały do gromadzenia, przetwarzania i udostępniania informacji m.in. w zakresie liczby, przyczyn i rodzaju skarg i reklamacji składanych przez klientów, szczególnie w kontekście skarg i reklamacji na jednostkę działającą jako pośrednik ubezpieczeniowy. Informacje te powinny być wykorzystywane przez jednostkę do sporządzania analiz w zakresie pozycji jednostki na tle całego sektora właściwego dla jednostki oraz badania jakości procesu dystrybucji ubezpieczeń oraz uwzględniania interesu klienta w umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek i finansującego ubezpieczenie.

*Rekomendacja 1.8. rozszerza zakres wykorzystywania przez jednostkę informacji od instytucji zewnętrznych, np. zakładów ubezpieczeń i instytucji ochrony konsumentów, które uprawnione są do gromadzenia, przetwarzania i udostępniania informacji m.in. w zakresie liczby i rodzaju skarg, w szczególności w kontekście skarg i reklamacji na Jednostkę działającą jako pośrednik ubezpieczeniowy. Organ nadzoru oczekuje, że powyższe informacje będą wykorzystywane przez jednostkę nie tylko do sporządzania odpowiednich, ale także do badania jakości procesu dystrybucji ubezpieczeń oraz uwzględniania interesu klienta w umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek i finansującego ubezpieczenie. W dalszym ciągu Organ nadzoru nie wyjaśnia w jaki sposób jednostka ma pozyskiwać informacje oraz jaka jednostka ma spełnić nałożony obowiązek, w sytuacji gdy instytucja zewnętrzna odmówi udostępnienia żądanych informacji takich informacji. Jednocześnie omawiana Rekomendacja nie zwalnia jednostki z konieczności prowadzenie własnych analiz w zakresie jakości obsługi klienta.*

## REKOMENDACJA 2

Zarząd jednostki powinien wyznaczyć osobę lub osoby odpowiedzialne za wdrożenie i realizację polityki jednostki w zakresie bancassurance oraz zasad (polityki) rachunkowości w tym zakresie.

### 2.1

Zarząd jednostki powinien zapewnić, aby osoba lub osoby odpowiedzialne za wdrażanie, realizację i kontrolę polityki jednostki w zakresie bancassurance, zasad (polityki) rachunkowości oraz zarządzanie ryzykiem w zakresie bancassurance posiadały i pogłębiały wiedzę w zakresie bancassurance oraz umiejętności niezbędne do wykonywania swoich obowiązków.

*Odnosząc się do Rekomendacji 2.1. w pierwszej kolejności należy zastanowić się nad relacją Rekomendacji 2.1. do Rekomendacji 1.4. Zgodnie z Rekomendacją 1.4. obowiązkiem zarządu jest określenie osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych kluczowych obszarów polityki bancassurance spośród członków zarządu. Tymczasem w świetle Rekomendacji 2.1. zarząd ma obowiązek wyznaczyć osobę lub osoby odpowiedzialne za wdrożenie i realizację polityki w zakresie bancassurance oraz zasad (polityki) rachunkowości w tym zakresie, przy czym nie jest sprecyzowane o jakie osoby chodzi. W związku z czym nasuwa się wątpliwość czy Rekomendację 2.1. należy czytać łącznie z Rekomendacją 1.4., tym samym odpowiedzialność za realizację poszczególnych obszarów polityki bancassurance powinna być przypisana członkom zarządu, czy może Rekomendacja 2.1. stanowi wyjątek od Rekomendacji 1.4. i odpowiedzialność za realizację poszczególnych obszarów polityki bancassurance może być przypisana także osobom spośród członków zarządu.*

*W drugiej kolejności należy zwrócić uwagę na związek Rekomendacji 2.1. z Rekomendacją 2.2. Rekomendacja 2.2. stanowi o „członkach zarządu jednostki” oraz o „osobie lub osobach, o których mowa w rekomendacji 2.1.”. W związku z czym wydaje się, że Organ nadzoru przewiduje możliwość, aby za realizację polityki jednostki w zakresie bancassurance, zasad (polityki) rachunkowości oraz zarządzanie ryzykiem w zakresie bancassurance, były odpowiedzialne nie tylko osoby będące członkami zarządu, ale także osoby spoza tego grona.*

***Warto też zwrócić uwagę na to, że osoby, o których mowa w Rekomendacji 2.1. powinny posiadać i pogłębiać wiedzę w zakresie bancassurance oraz umiejętności niezbędne do wykonywania swoich obowiązków. Inaczej mówiąc, osobom takim należy zapewnić dostęp do odpowiednich szkoleń pozwalających na aktualizowanie i poszerzanie wiedzy zakresu bancassurance. Organ nadzoru nie precyzuje przy tym jak w praktyce miałyby wyglądać realizowanie tego obowiązku.***

### 2.2

Członkowie zarządu jednostki oraz osoba lub osoby, o których mowa w rekomendacji 2.1, odpowiadają za właściwe i przejrzyste delegowanie zadań w zakresie bancassurance na niższe poziomy organizacji oraz nadzór nad realizacją tych zadań, w tym właściwe zarządzanie i stosowanie mechanizmów kontroli.

*Rekomendacja 2.2. stanowi novum w porównaniu do Rekomendacji U z 2014 r. Została w niej przewidziana możliwość delegowania zadań w zakresie bancassurance na niższe poziomy organizacji. Zarówno członkowie zarządu, jak i osoby odpowiedzialne za wdrażanie, realizację i kontrolę polityki jednostki w zakresie bancassurance, zasad (polityki) rachunkowości oraz zarządzanie ryzykiem w zakresie bancassurance mają obowiązek właściwego i przejrzystego delegowania powyższych zadań oraz zobowiązane są nadzorować ich wykonywanie.*



## 2.3

Do podstawowych zadań osoby lub osób delegowanych przez zarząd jednostki, wymienionych w Rekomendacji 2.1 powinno należeć co najmniej:

- a. zapewnienie zgodności procedur wewnętrznych z przyjętą przez zarząd polityką w zakresie obszaru bancassurance, określenie zakresu zadań, obowiązków i odpowiedzialności oraz kontroli poszczególnych pracowników;
- b. ustalenie procedur wewnętrznych dotyczących przepływu, ochrony informacji oraz obiegu dokumentów w zakresie bancassurance;
- c. zapewnienie okresowej, niezależnej kontroli przyjętych procedur wewnętrznych oraz sposobu ich stosowania;
- d. zapewnienie okresowej weryfikacji procedur wewnętrznych, strategii oraz kryteriów wprowadzania zmian, przeprowadzania weryfikacji i odstąpienia od weryfikacji związanych z realizacją zadań wskazanych w rekomendacji 2.1;
- e. opracowanie, wdrożenie i prawidłowe stosowanie procedur wewnętrznych związanych z zarządzaniem ryzykiem w zakresie bancassurance;
- f. zapewnienie zgodności stosowanych mechanizmów kontroli ryzyka związanego z bancassurance z apetytem na ryzyko;
- g. monitorowanie czy jednostka nie podejmuje nadmiernego ryzyka.

*Rekomendacja 2.3. wskazuje jakie obowiązki spoczywają na osobie lub osobach odpowiedzialnych za wdrażanie, realizację i kontrolę polityki jednostki w zakresie bancassurance, zasad (polityki) rachunkowości oraz zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance. Należy zwrócić uwagę, że nie jest to zamknięty katalog obowiązków, a jedynie przykładowe wyliczenie. W związku z czym wydaje się, że na wyznaczonych osobach powinny spoczywać wszystkie zadania, które służą wprowadzeniu w życie i realizację polityki jednostki w zakresie bancassurance oraz zasad (polityki) rachunkowości i zarządzania ryzykiem w tym zakresie. Biorąc też pod uwagę zakres czynności/obszarów jakie powinny być realizowane w ramach zadań powierzonych wskazanym osobom, zwłaszcza w przypadku większych organizacji, gdzie zadania te mogą być realizowane w ramach kilkuosobowych zespołów, celowe wydaje się opracowanie stosownych procedur pozwalających na pełne realizowanie tych zadań.*

## 2.4

Przyjęte procedury dotyczące zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance powinny być przedstawione właściwym pracownikom jednostki, w trybie i terminie określonym przez jednostkę. Osoba lub osoby wyznaczone przez zarząd jednostki powinny zapewnić zapoznanie się i zrozumienie przez pracowników stosowanych procedur oraz zapewnić kontrolę prawidłowości ich realizacji. Termin przedstawienia procedur właściwym pracownikom powinien być możliwie najszybszy – przed rozpoczęciem wykonywania obowiązków w zakresie bancassurance przez osobę lub osoby, o których mowa w Rekomendacji 2.1, a w przypadku zmiany procedur – niezwłocznie po ich zatwierdzeniu przez uprawniony organ jednostki.

*Rekomendacja 2.4. jest dość przejrzysta. Pracownicy jednostki zaangażowani w obsługę programów bancassurance, wykonujący obowiązki związane z wdrażaniem, realizacją i kontrolą polityki jednostki w zakresie bancassurance, zasad (polityki) rachunkowości oraz zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance, powinni zostać zaznajomieni z procedurami dotyczącymi zarządzania ryzykiem w zakresie bancassurance. Rekomendacja wskazuje, że przedstawienie powyższym pracownikom przyjętych procedur powinno mieć miejsce w jak najszybszym terminie, najpóźniej przed rozpoczęciem wykonywania obowiązków w zakresie bancassurance, z kolei w przypadku zmiany procedur niezwłocznie po ich zatwierdzeniu. Pewne wątpliwości może budzić konieczność zapewnienia, że pracownicy rozumieją stosowane procedury. To może oznaczać konieczność wdrożenia odpowiednich procedur szkoleniowych, pozwalających na weryfikację poziomu „przyswojonej” wiedzy (np. w drodze testów).*

## REKOMENDACJA 3

Zarząd jednostki powinien okresowo dokonywać oceny realizacji polityki w zakresie bancassurance oraz ewentualnej konieczności wprowadzenia zmian. Zarząd jednostki powinien informować radę nadzorczą o wynikach przeprowadzonej oceny oraz o wszelkich istotnych zdarzeniach mogących mieć wpływ na funkcjonowanie bancassurance w jednostce. Częstotliwość oceny realizacji polityki w zakresie bancassurance powinna być uzależniona od indywidualnej specyfiki i profilu działalności w obszarze bancassurance, przy czym powinna być dokonywana co najmniej raz w roku.

### 3.1

Zarząd jednostki powinien zapewnić, aby ocena przyjętej polityki w zakresie bancassurance obejmowała w szczególności weryfikację prawidłowości realizacji polityki zarządzania ryzykiem prowadzonej działalności oraz badanie rzetelności, terminowości i jakości informacji zarządczych.

### 3.2

Zarząd jednostki powinien zapewnić, aby ocena przyjętej polityki w zakresie bancassurance obejmowała ustalanie ewentualnych nieprawidłowości. Zarząd jednostki powinien zapewnić, aby na podstawie oceny były wyciągane wnioski praktyczne dla dalszej działalności jednostki w zakresie bancassurance oraz aby polityka w zakresie bancassurance była dostosowywana do zmieniającej się sytuacji wewnętrznej i otoczenia zewnętrznego jednostki.

### 3.3

Zarząd jednostki powinien zapewnić, aby ocena przyjętej polityki w zakresie bancassurance była przekazywana radzie nadzorczej co najmniej raz w roku, a w razie potrzeby niezwłocznie.

*Rekomendacje 3.1., 3.2. i 3.3. przewidują obowiązki zarządu związane z realizacją polityki w zakresie bancassurance. Przede wszystkim zarząd jednostki jest zobowiązany do dokonywania okresowej oceny realizacji polityki w zakresie bancassurance. Rekomendacja nie precyzuje jakie narzędzia powinny być w tym obszarze stosowane przez jednostkę, ale z całą pewnością mogą to być audyty (wewnętrzne, jak i realizowane przez zewnętrzne, wyspecjalizowane podmioty), bieżąca analiza reklamacji i skarg wpływających do jednostki lub do ubezpieczycieli współpracujących z jednostką.*

*Co prawda Organ nadzoru nie wskazuje z jaką częstotliwością taka ocena ma się odbywać, jednak mając na uwadze Rekomendację 3.3., zgodnie z którą zarząd powinien przekazywać radzie nadzorczej ocenę przyjętej polityki w zakresie bancassurance co najmniej raz w roku, należy uznać, że ocena polityki powinna obejmować badanie rzetelności, terminowości i jakości informacji zarządczych także co najmniej raz w roku. Zarząd dokonując oceny polityki w zakresie bancassurance powinien ustalać wychodzące na jaw nieprawidłowości oraz wyciągać wnioski praktyczne związane z dalszą działalnością jednostki w zakresie sprzedaży produktów ubezpieczeniowych. Ponadto zarząd ma obowiązek zadbać, aby polityka w zakresie bancassurance była zawsze dostosowana do sytuacji wewnętrznej i otoczenia zewnętrznego jednostki, to z kolei oznacza konieczność bieżącego monitorowania otoczenia prawno-biznesowego w jakim działa jednostka.*

## REKOMENDACJA 4

Rada nadzorcza jednostki, w ramach wypełniania swoich funkcji i odpowiedzialności za system zarządzania ryzykiem w jednostce, powinna nadzorować realizację polityki jednostki w zakresie bancassurance oraz zasad (polityki) rachunkowości w tym obszarze. Częstotliwość przekazywania radzie nadzorczej raportów w tym zakresie powinna umożliwiać dostarczenie informacji o zmianie profilu ryzyka jednostki, z zachowaniem zasady proporcjonalności.

### 4.1

Rada nadzorcza powinna otrzymywać od zarządu jednostki, w okresach co najmniej kwartalnych, informacje o charakterze, skali i złożoności ryzyka ponoszonego przez jednostkę oraz działaniach podejmowanych w ramach zarządzania tym ryzykiem, w tym wykorzystaniu limitów wewnętrznych, o ile zostały ustalone, oraz jakości i skuteczności stosowanych zasad zabezpieczania ekspozycji kredytowych w formie ubezpieczenia. Informacje powinny dotyczyć przypadków odmowy wypłaty świadczeń przez zakład ubezpieczeń, przypadków odstąpienia przez jednostkę od wystąpienia z wnioskiem o wypłatę świadczenia oraz o przyczynach wystąpienia tych zdarzeń.

### 4.2

Rada nadzorcza powinna otrzymywać od zarządu jednostki, w okresach co najmniej kwartalnych, informacje pozwalające na stwierdzenie, czy zasady (polityka) rachunkowości w zakresie bancassurance są odpowiednio stosowane.

### 4.3

Rada nadzorcza powinna otrzymywać od zarządu jednostki, w okresach co najmniej półrocznych, informacje dotyczące realizacji polityki zarządzania ryzykiem zabezpieczania ekspozycji kredytowych, w tym w formie umowy ubezpieczenia wraz z wnioskami, propozycjami i uzasadnieniem wprowadzenia zmian w obowiązującej polityce.

### 4.4

Rada nadzorcza powinna otrzymywać od zarządu jednostki, co najmniej raz w roku, informacje dotyczące obowiązujących procedur i standardów obsługi sprzedażowej i posprzedażowej klienta w zakresie bancassurance, zasad dystrybucji ubezpieczeń, zasad zawierania umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, zasad zawierania umów, na podstawie których finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki oraz zasad monitorowania przestrzegania obowiązujących zasad, procedur i standardów w zakresie bancassurance. Informacja powinna obejmować wnioski i propozycje wprowadzenia zmian, wraz z ich uzasadnieniem.

### 4.5

Rada nadzorcza powinna otrzymywać od zarządu jednostki informacje pozwalające na weryfikację polityki jednostki w zakresie oferowania ubezpieczeniowych produktów o charakterze inwestycyjnym, przy czym częstotliwość raportowania do rady nadzorczej powinna być uzależniona od skali i charakteru działalności jednostki w obszarze bancassurance.

Rekomendacje 4.1., 4.2., 4.3., 4.4. i 4.5. mają na celu umożliwienie radzie nadzorczej należyte wykonywanie obowiązku w postaci nadzoru nad realizacją polityki jednostki w zakresie bancassurance oraz zasad (polityki) rachunkowości w tym obszarze. W tym celu rada nadzorcza powinna współpracować z zarządem jednostki i otrzymywać od zarządu:

- 1.informacje o charakterze, skali i złożoności ryzyka ponoszonego przez jednostkę oraz działaniach podejmowanych w ramach zarządzania tym ryzykiem oraz jakości i skuteczności stosowanych zasad zabezpieczania ekspozycji kredytowych w formie ubezpieczenia;
- 2.informacje pozwalające na stwierdzenie, czy zasady (polityka) rachunkowości w zakresie bancassurance są odpowiednio stosowane;
- 3.informacje dotyczące realizacji polityki zarządzania ryzykiem zabezpieczania ekspozycji kredytowych, w tym w formie umowy ubezpieczenia wraz z wnioskami, propozycjami i uzasadnieniem wprowadzenia zmian w obowiązującej polityce;
- 4.informacje dotyczące obowiązujących procedur i standardów obsługi sprzedażowej i posprzedażowej klienta w zakresie bancassurance, zasad dystrybucji ubezpieczeń, zasad zawierania umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, zasad zawierania umów, na podstawie których finansujący ubezpieczenie zobowiązuje się do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej jednostki oraz zasad monitorowania przestrzegania obowiązujących zasad, procedur i standardów w zakresie bancassurance;
- 5.informacje pozwalające na weryfikację polityki jednostki w zakresie oferowania ubezpieczeniowych produktów o charakterze inwestycyjnym.

Rada nadzorcza powinna otrzymywać powyższe informacje od zarządu jednostki w okresach, wskazanych przez Organ nadzorczy w treści Rekomendacji 4. Jednak co do zasady częstotliwość przekazywania radzie nadzorczej raportów w tym zakresie powinna umożliwiać dostarczenie informacji o zmianie profilu ryzyka jednostki, z zachowaniem zasady proporcjonalności. Jednak praktyka wskazuje (tego najprawdopodobniej będzie oczekiwać KNF), że informacje, o których mowa w omawianej Rekomendacji, powinny być przekazywane radzie nadzorczej z częstotliwością nie mniejszą niż wskazana w treści tej Rekomendacji, przy czym zawsze niezwłocznie po zmianie profilu ryzyka jednostki.

Należy zauważyć, że w pewnych przypadkach ustalenie jakie konkretnie informacje powinny być przekazywane radzie nadzorczej jednostki może budzić wątpliwości. Przykładowo w jaki sposób określić, które informacje pozwolą na stwierdzenie czy zasady (polityka) rachunkowości w zakresie bancassurance jest odpowiednio stosowana (Rekomendacja 4.3.) oraz jak ustalić, które informacje pozwolą na weryfikację polityki jednostki w zakresie oferowania ubezpieczeniowych produktów o charakterze inwestycyjnym (Rekomendacja 4.5.). Z jednej strony to zarząd jednostki odpowiada za przekazanie odpowiednich raportów w tym zakresie, niemniej powyższe informacje powinny posłużyć radzie nadzorczej do wypełnienia konkretnych zaleceń Organu nadzorczego. Z tego też względu to rada nadzorcza powinna określić (np. uchwalając odpowiednią procedurę) jakich informacji będzie wymagać do zarządu, aby móc prawidłowo wypełnić omawiane obowiązki.

## REKOMENDACJA 5

Zarząd jednostki powinien zapewnić odpowiednie rozdzielenie funkcji oferowania produktów w obszarze bancassurance, akceptacji ryzyka oraz monitorowania i kontroli ryzyka w strukturze organizacyjnej w zakresie prowadzonej działalności bancassurance.

### 5.1

Struktura organizacyjna jednostki powinna być uzależniona od indywidualnej specyfiki i profilu działalności w obszarze bancassurance oraz powinna zapewniać rozdzielenie funkcji:

- a. oferowania produktów w ramach bancassurance,
- b. akceptacji ryzyka,
- c. monitorowania i kontroli ryzyka,

związanych z pełnioną przez jednostkę rolą w procesie oferowania produktów ubezpieczeniowych: pośrednika ubezpieczeniowego albo ubezpieczającego. Rozdzielenie funkcji powinno zapobiegać nakładaniu się kompetencji oraz konfliktom interesów.



## 5.2

Podległość służbowa, zadania oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności w zakresie bancassurance powinny być wyraźnie przypisane i odpowiednio podzielone. Struktura organizacyjna powinna obejmować i odzwierciedlać cały obszar działalności jednostki, z wyraźnym wyodrębnieniem każdej kluczowej funkcji w ramach wykonywanych zadań związanych z polityką bancassurance.

## 5.3

Rozdzielenie funkcji określone w Rekomendacji 5.1 powinno być zachowane na wszystkich szczeblach struktury organizacyjnej jednostki, z wyjątkiem zarządu jednostki, na poziomie którego jedynie funkcja oferowania produktów ubezpieczeniowych w ramach bancassurance powinna być rozdzielona od funkcji akceptacji oraz monitorowania i kontroli ryzyka.

*Rekomendacje 5.1., 5.2. i 5.3. nakładają na jednostkę obowiązek ukształtowania struktury organizacyjnej, w sposób który zapewni rozdział funkcji oferowania produktów w ramach bancassurance, akceptacji ryzyka oraz monitorowania i kontroli ryzyka na każdym szczeblu organizacyjnym. Powyższa zasada nie dotyczy jednak zarządu jednostki, w którym osoby odpowiedzialne za oferowanie produktów w ramach bancassurance nie powinny być jednocześnie odpowiedzialne za akceptację ryzyka oraz jego monitorowanie i kontrolę. Organ nadzoru wskazuje, że takie obszary jak podległość służbowa, zadania oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności w zakresie bancassurance powinny być wyraźnie przypisane i odpowiednio podzielone. Niewątpliwie Rekomendacja 5 rodzi konieczność weryfikacji dotychczasowej struktury organizacyjnej jednostki oraz ewentualnego odpowiedniego dostosowania tej struktury i wprowadzenia odpowiednich zmian dokumentacji wewnętrznej. Na uwagę zasługuje też konieczność odpowiedniego dostosowania struktur wewnętrznych jednostki w zależności od tego czy działa jako pośrednik ubezpieczeniowy, czy też jako ubezpieczający. Rozdzielenie funkcji powinno też zapobiegać konfliktom interesów, przy czym trudno w tym przypadku ocenić o jaki rodzaj konfliktu interesów tutaj chodzi? Czy o ewentualne konflikty interesów wewnątrz organizacji jednostki z uwagi na różne zadania i związane z nimi odpowiedzialność, czy też o możliwy konflikt interesów w relacji do klientów jednostki. Biorąc jednak pod uwagę usytuowanie tych postanowień w treści Rekomendacji 5 najprawdopodobniej chodzi o pierwszą ze wskazanych sytuacji. W efekcie osoby odpowiedzialne za proces oferowania produktów w ramach bancassurance, nie powinny jednocześnie być angażowane w proces akceptacji ryzyka lub monitorowania i kontroli ryzyka.*

**Czublun** KANCELARIA  
PRAWNA

Bądź z nami na bieżąco  
i zaobserwuj nasz profil na LinkedIn



# Zarządzanie ryzykami związanymi z działalnością w obszarze bancassurance

## REKOMENDACJA 6

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

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

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

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

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

## 6.1

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

a. specyfiki produktu jednostki, w podziale na:

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

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

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

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

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

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

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

## 6.2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rekomendacja 6.3 lit. h) w zakresie monitorowania ryzyka nakłada na jednostkę obowiązek kontrolowania wymogu doskonalenia zawodowego osób zaangażowanych w dystrybucję produktów w ramach bancassurance, czyli spełniania obowiązków wynikających wprost z art. 12 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Obowiązek doskonalenia zawodowego poprzez odbywanie co najmniej 15 godzin rocznie szkolenia zawodowego z wybranych tematów określonych w załączniku do Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń obejmuje zarówno agentów ubezpieczeniowych będących osobami fizycznymi jak i osoby fizyczne wykonujące czynności agencyjne. W przypadku agentów będących spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej lub będących osobami prawnymi wymóg ten dotyczy wspólników tych spółek, bądź członków zarządu. Jednostka będąca dystrybutorem ubezpieczeń odpowiada zatem za zapewnienie szkoleń osobom wykonującym w jej imieniu czynności agencyjne. Szkolenia powinny odpowiadać stopniowi złożoności dystrybuowanych produktów ubezpieczeniowych i być odpowiednie do charakteru umów proponowanych klientom. Innymi słowy powinny być jak najbardziej praktyczne i powiązane z zakresem wykonywanych przez OFWCA czynności. Istotne jest aby szkolenia były prowadzone przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, wykształcenie lub doświadczenie, co ma zagwarantować ich wysoki poziom merytoryczny.

Kolejny wymóg w zakresie analizy i oceny ryzyka wynikający z Rekomendacji 6.3 lit. i) dotyczy bieżącego monitorowania sytuacji rynkowej, która ma niewątpliwą wpływ na potencjalne zwiększenie poziomu już zidentyfikowanych ryzyk lub też rozpoznanie nowych. To nic innego jak wymóg bieżącego reagowania na dynamiczną i zmieniającą się sytuację rynkową. Bieżąca analiza zjawisk rynkowych pozwala z wyprzedzeniem zidentyfikować takie obszary i opracować sposób działania, wstępne założenia czy strategię pozwalające na zmniejszenie negatywnych skutków takich zdarzeń dla jednostki jak i jej klientów. Jednostka powinna zatem w ramach struktury wyznaczyć osoby odpowiedzialne za taką analizę i zobowiązać je do cyklicznego raportowania jej wyników.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń uwzględniają w szczególności następujące kryteria:

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

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

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



## 6.4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Rola jednostki

## REKOMENDACJA 7

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

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

### 7.1

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

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

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

## 7.2

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

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

## 7.3

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

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

# RAPORT PRAWNY

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

zeskanuj kod QR  
i dowiedz się więcej



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



# Polityka rachunkowości

## REKOMENDACJA 8

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## **8.1**

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

## **8.2**

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

## **8.3**

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

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

## 8.4

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

## 8.5

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

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

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

## 8.6

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

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

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

## 8.7

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

## 8.8

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

## 8.9

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

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

## 8.10

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

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

## 8.11

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

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

lub

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

## 8.12

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

## 8.13

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

## 8.14

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

## 8.15

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

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



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

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

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

## 8.16

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

## REKOMENDACJA 9

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

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

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

## 9.1

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

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

## 9.2

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

## 9.3

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

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

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

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

# 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.*

## 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 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 ustalaniem 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.

