



**Rzecznik
Finansowy**

www.rf.gov.pl

**UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM**

RAPORT RZECZNIKA FINANSOWEGO

CZĘŚĆ II

Warszawa, marzec 2016 r.

Spis treści

Wstęp	3
Rozdział I. Problematyka postępowań sądowych w sprawach umów ubezpieczeni na życie z UFK	11
1. Abuzywność postanowienia umowy jako przesłanka jego bezskuteczności	12
1.1. Rozszerzona prawomocność orzeczeń SOKiK	15
1.2. Zasadność pobierania opłat likwidacyjnych <i>in genere</i> oraz zaliczania w ich poczet kosztów związanych z zawarciem, obsługą i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia na życie z UFK	24
1.3. Opłata likwidacyjna i wartość wykupu jako świadczenia główne w umowie ubezpieczenia na życie z UFK	38
2. Nieważność umowy ubezpieczenia jako przesłanka zwrotu środków uiszczonych tytułem składek	48
3. Nieważność względna (wzruszalność) oświadczeń woli związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (wyrażeniem zgody na zastrzeżenie ochrony ubezpieczeniowej)	54
4. Zagadnienia procesowe	58
4.1. Postępowania indywidualne i grupowe	61
4.2. Aktywność Rzecznika Ubezpieczonych oraz Rzecznika Finansowego w postępowaniach sądowych	63
5. Podsumowanie	67
Rozdział II. Koszty początkowe w ujęciu produktowym i prawnym	68
1. Okres referencyjny	69
2. Długoterminowy charakter umowy ubezpieczenia na życie z UFK	71
3. Prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie z UFK	73
4. Prawo do wykupu umowy ubezpieczenia na życie z UFK	75
5. Metoda opłaty likwidacyjnej	76
6. Metoda zniżenia wartości wykupu i ukrytej opłaty likwidacyjnej	82
7. Metoda opłaty dystrybucyjnej	86
8. Metoda opłaty warunkowej (kaucji)	89
9. Modele mieszane	91
10. Pozaumowne metody obciążania ubezpieczających (ubezpieczonych) kosztami początkowymi	92

Rozdział III. Doświadczenia brytyjskiego rynku finansowego oraz Financial Ombudsman Service (FOS) w dziedzinie ubezpieczeń inwestycyjnych	103
1. Najczęstsze problemy diagnozowane przez FOS	105
2. Przykłady decyzji wydanych przez FOS	107
3. Regulacje nadzorcze i próby przeciwdziałania nieuczciwym praktykom – ustawa, listy pisane do konsumentów, zalecenia i <i>soft law</i>	113
4. Kary nakładane przez organ nadzoru na ubezpieczycieli	117
5. Polisy inwestycyjne w świetle orzecznictwa sądów niemieckich oraz włoskich	119
6. Funkcjonowanie umów ubezpieczenia z UFK w innych krajach świata	131
7. Podsumowanie	134
Rozdział IV. Rekomendacje branżowe, wytyczne nadzoru, decyzje Prezesa UOKiK. Próby naprawy sytuacji związanej z niewłaściwym funkcjonowaniem ubezpieczeń na życie z UFK	135
1. <i>III Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym PIU i ZBP</i>	140
2. <i>Rekomendacja dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi PIU</i>	144
3. Rekomendacje i wytyczne KNF	148
3.1. Rekomendacja U	149
3.2. Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń	153
3.3. Rekomendacja dotycząca badania adekwatności produktu oraz Rekomendacje dotyczące systemu zarządzania produktem	154
4. Decyzje Prezesa UOKiK	158
4.1. Naruszenie zbiorowych interesów konsumentów	158
4.2. Uprawdopodobnienie naruszenia zakazu z art. 24 u.o.k.k.	160
4.3. Czyn nieuczciwej konkurencji	164
4.4. Przeciętny konsument	165
4.5. Naruszenie dobrych obyczajów	166
4.6. Zobowiązanie do usunięcia skutków naruszenia	174
4.7. Weryfikacja wykonania zobowiązania	177
4.8. Decyzje zobowiązujące	178
5. Podsumowanie	183
Rozdział V. Działania oddolne poszkodowanych. Działalność Stowarzyszenia „Przywiązani do polisy”	188
Zakończenie	207
Załączniki	214

“If you want to sell insurance to India, you must sell simple products and must make it absolutely clear to agents and other officers that they should not mis-sell”¹.
(P. Chidambaram, New Delhi, dnia 11 lutego 2013 r.)

Wstęp

Raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r. *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym* uwidocznił szereg problemów związanych z umowami ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (dalej: UFK), z którymi borykali się klienci zakładów ubezpieczeń, a także liczbę skarg i interwencji podjętych wobec ubezpieczycieli dopuszczających się nieprawidłowości. W pierwszym Raporcie Rzecznik Ubezpieczonych dokonał m.in. wnikliwej analizy prawnej umów UFK, w kontekście zgodności takiej konstrukcji z prawem ubezpieczeniowym, oraz wskazał negatywne konsekwencje ubezpieczenia w formie grupowej, która jest dużo mniej korzystna dla konsumenta niż forma ubezpieczenia indywidualnego. Następnie Rzecznik opisał naganne praktyki stosowane przez banki, doradców oraz ubezpieczycieli, przeprowadził także analizę ekonomiczną UFK pod względem opłacalności i efektywności tego rodzaju inwestycji. Rzecznik Ubezpieczonych już wtedy wskazywał, że tzw. zła sprzedaż tych produktów stanowi tylko wierzchołek góry lodowej, zaś dla zrozumienia istoty problemu o wiele większe znaczenie ma treść samej umowy ubezpieczenia inwestycyjnego, w szczególności stosowanie w tych umowach postanowień niedozwolonych. W swoim opracowaniu informował również, jakie środki prawne przysługują konsumentom w odniesieniu do nieuczciwych praktyk, jak również w sytuacji, gdy wzorce zawartych przez nich umów zawierają klauzule abuzywne. Nie dokonał jednak analizy orzecznictwa sądów powszechnych, pozostawiając sobie ów temat na okoliczność następnego opracowania dotyczącego ubezpieczeń inwestycyjnych. Taki stan rzeczy podyktowany był też ówczesnymi realiami, gdyż w okresie gdy powstał Raport praktyka

¹ „Jeśli chcecie sprzedawać ubezpieczenie w Indiach, musicie do sprzedaży przeznaczyć proste produkty oraz poinstruować agentów o konieczności wykluczenia nadużyć przy ich sprzedaży” – słowa skierowane do ubezpieczycieli podczas publicznej przemowy indyjskiego ministra finansów Palaniappana Chidambarama w kwestii nieuczciwej sprzedaży ubezpieczeń inwestycyjnych, New Delhi, dnia 11 lutego 2013 r.

sądowa była jednak jeszcze nie dość bogata i nie charakteryzowała się tak wyraźną tendencją w orzecznictwie jak obecnie ma to miejsce.

Raport Rzecznika Ubezpieczonych był pierwszym tak obszernym opracowaniem opisującym nieprawidłowości w funkcjonowaniu ubezpieczeń inwestycyjnych, inicjującym dyskusję i zawierającym propozycje zmian oraz wskazującym organom państwowym, a także instytucjom finansowym sposoby zaradzenia sytuacji. W ciągu trzech lat, jakie upłynęły od publikacji I Raportu, zaszły na tyle istotne zmiany w praktyce instytucji finansowych i w regulacjach ustawowych oraz tak istotnie zwiększył się dorobek judykatury, że temat zasługiwał na kolejne opracowanie, tym razem ze strony kontynuatora prac Rzecznika Ubezpieczonych – Rzecznika Finansowego. Jako że przedmiotem troski Rzecznika Finansowego jest pomoc osobom poszkodowanym przez postępowanie ubezpieczycieli, a w szczególności poprawa ich sytuacji, Rzecznik postanowił przygotować i przekazać konsumentom II część Raportu, która jest nie tylko ostrzeżeniem przed zagrożeniem związanym z ubezpieczeniami inwestycyjnymi, lecz także – a może przede wszystkim – ma stanowić merytoryczną pomoc w zrozumieniu i rozwiązaniu problemów, z którymi konsumenci mogą się zetknąć w trakcie postępowań sądowych.

W dniu 21 października 2014 r. Prezes UOKiK wydał cztery decyzje nakładające kary finansowe w łącznej wysokości **50 414 411 zł** za naruszenie zbiorowych interesów konsumentów w związku z dystrybucją ubezpieczeń na życie z UFK. Jednym **spośród czterech ukaranych** przedsiębiorców było **TU na Życie Aegon S.A. (kara finansowa 23 446 206 zł)**, które zamiast zaprzestać pobierania opłat zakazanych przez SOKiK, jednostronnie zmieniło sposób ich obliczania, dokonując tym samym niezgodnej z prawem, niekorzystnej dla klientów, modyfikacji umowy ubezpieczenia. Za powyższe naruszenie Aegon otrzymał jedną z najwyższych kar finansowych w historii działalności UOKiK. Kara po roku batalii sądowej została podtrzymana przez **Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów**, który w wyroku z dnia 14 grudnia 2015 r. w sprawie **XVII Ama 165/14** przychylił się do decyzji Prezesa UOKiK stwierdzającej naruszenie zbiorowych interesów konsumentów przez Aegon.

Decyzja Prezesa UOKiK miała doniosłe znaczenie – nie tyle ze względu na wysokość kary, co przede wszystkim z uwagi na to, że stała się wyraźnym sygnałem dla pozostałych

ubezpieczycieli, iż czas pobłażania dla nieuczciwych praktyk się skończył, zaś kopiowanie złych rozwiązań rynkowych będzie skutkować dalszymi karami. Przede wszystkim jednak decyzja ta była ogromnie ważna dla wszystkich konsumentów poszkodowanych w wyniku nieuczciwych praktyk ubezpieczycieli, bowiem daje nadzieję na rozwiązanie problemów poprzez zdecydowane działania instytucji państwowych, ukierunkowane na szybkie wykrycie nieprawidłowości i w konsekwencji ich ogłoszenie oraz ukaranie nieuczciwych przedsiębiorców.

Niewątpliwie decyzja Prezesa UOKiK zdemaskowała rynek ubezpieczeniowy i wpłynęła na jego dotychczasowe postrzeganie jako ostoji bezpieczeństwa, albowiem potwierdziła słuszność doniesień prasowych, zarzutów szeregu klientów oraz stanowiska Rzecznika Ubezpieczonych co do nieetycznego postępowania ubezpieczycieli i ich kooperatorów w zakresie dystrybucji ubezpieczeń inwestycyjnych, a także samej treści oferowanych umów ubezpieczenia z UFK. Decyzja ta stała się więc początkiem drogi ku ucywilizowaniu ubezpieczeń inwestycyjnych w Polsce i jednocześnie ostrzeżeniem dla konsumentów oraz ubezpieczycieli, że ubezpieczenie inwestycyjne to produkt wysokiego ryzyka w zakresie nie tylko inwestycyjnym, lecz także prawnym.

Warto dodać, iż Aegon poniekąd przyjął na siebie całe odium i zapłacił za działania innych ubezpieczycieli, których postępowanie znacznie wcześniej zwróciło uwagę Rzecznika Ubezpieczonych i zostało szerzej opisane w Raporcie z dnia 7 grudnia 2012 r., tj. **Europa Życie TU S.A.** oraz **Open Life Życie TU S.A.** Nie ulega bowiem wątpliwości, iż to ci ubezpieczyciele, szukając pomysłu na działalność, wybrali najbardziej ryzykowne rozwiązania spośród ubezpieczeń inwestycyjnych oraz przyjęli agresywną politykę dystrybucyjną, przyczynili się swoim postępowaniem do wyjątkowo trudnej sytuacji wizerunkowej i prawnej całego rynku ubezpieczeniowego. Aegon samotnie zapłacił wysoką cenę za strategię rozwoju rynku ubezpieczeń życiowych, polegającą na zmniejszaniu ryzyka ubezpieczeniowego i przerwaniu jego ciężaru na klientów, do czego doskonale nadawały się ubezpieczenia inwestycyjne. Nie dostrzeżono przy tym, że w ten sposób rynek ubezpieczeniowy zaczął oddalać się od idei działalności ubezpieczeniowej, której podstawą była i jest ochrona ubezpieczeniowa. Poprzez tworzenie rozwiązań hybrydowych, polegających na łączeniu rozwiązań inwestycyjnych z umową ubezpieczenia, w rezultacie doprowadzono do zatarcia ochronnego charakteru umowy

ubezpieczenia i utracono wizerunek ubezpieczyciela jako bezpiecznej instytucji zawierającej umowy najwyższego zaufania.

Nie można także pominąć zarówno istotnej roli, jaką odegrały banki, jak i wypracowanej przez nie praktyki missellingu. Banki w tym procederze były niejako akceleratorem procesu poszukiwania klientów. Stosowano tutaj wymyślne metody, od traktowania umowy ubezpieczenia na życie z UFK jako zabezpieczenia kredytu hipotecznego, kredytowania składki po nakręcanie spirali długu. Niechlubną kartę w tym przypadku zapisał jeden z banków – Getin Noble Bank S.A., którego naganne postępowanie zostało opisane w decyzji Prezesa UOKiK nr RKT-55/2013 z dnia 31 grudnia 2013 r. Bank ten w systemie dystrybucji ubezpieczeń inwestycyjnych wykorzystał ogromne zaufanie społeczne, jakim Polacy darzą instytucje bankowe, i pod hasłem oszczędzania, kojarzącego się z bezpieczeństwem, prowadził sprzedaż ryzykownych ubezpieczeń – wysoce dochodowych nie tylko dla niego samego, lecz także dla grupy kapitałowej, w skład której wchodził również ubezpieczyciel odpowiedzialny za produkt ubezpieczeniowy. Stworzono więc swoisty mechanizm zarabiania pieniędzy kosztem klienta, na którego przerzucono całe ryzyko inwestycyjne.

Kolejne decyzje² Prezesa UOKiK z 2015 r. i początku 2016 r. stanowią kontynuację dotychczasowych działań Urzędu i jednocześnie następny etap normalizacji sytuacji na rynku ubezpieczeń inwestycyjnych. Liczba prowadzonych postępowań wobec ubezpieczycieli (17 spraw) dowodzi, że znaczna część rynku ubezpieczycieli życiowych – w różnym stopniu – kopiowała złe rozwiązania dotyczące konstrukcji umów, w szczególności w kwestii kosztów i opłat obciążających klientów. Ponadto decyzje te unaocniają skalę problemu, gdyż ukazują, że znaczna część ubezpieczycieli życiowych poszła w złym kierunku, stosując mechanizmy ubezpieczeń inwestycyjnych jako zasadnicze modele w swoich biznesowych strategiach.

Choć czar prysł, to instytucje rynku ubezpieczeniowego, Polska Izba Ubezpieczeń, a także nadzór ubezpieczeniowy, pomimo wyraźnych sygnałów ostrzegawczych pochodzących od klientów i Rzecznika Ubezpieczonych oraz wbrew doświadczeniom płynącym z krajów Europy Zachodniej nie były w stanie zareagować na czas i przeciwdziałać negatywnym skutkom wywołanym dystrybucją ubezpieczeń inwestycyjnych.

² https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12132&news_page=2.

Umowa ubezpieczenia w formie inwestycyjnej została odarta z atrybutów gwarancji i bezpieczeństwa przynależnych umowie ubezpieczenia. Produkt inwestycyjny opakowany w umowę ubezpieczenia w istocie ma z bezpieczeństwem niewiele wspólnego, o ile element ubezpieczeniowy wiążący się z ochroną ubezpieczeniową jest marginalny, a tak niestety było i jest w przypadku znacznej części umów. Umowa ubezpieczenia nie może być produktem wysokiego ryzyka, w którym ukryte są niebezpieczeństwo straty ekonomicznej i ryzyko prawne dla obu stron umowy. Takie podejście dalekie jest od idei społeczno-gospodarczej roli kompensacyjnej ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia nie może być kojarzona z brakiem bezpieczeństwa, wręcz przeciwnie, ma je symbolizować, gdyż w przeciwnym wypadku będzie zaprzeczeniem ubezpieczenia.

II część Raportu jest więc po części również głosem oskarżenia rynku ubezpieczeniowego reprezentowanego przez ubezpieczycieli życiowych, o sprzeniewierzenie się idei umowy ubezpieczenia, rozumianej jako instrument prawno-ekonomiczny, niosący przede wszystkim stabilizację, ukojenie, kompensatę skutków zdarzeń losowych, a także mogący stanowić wsparcie finansowe na starość. Raport uwidacznia także brak szybkiej i adekwatnej reakcji organów państwa, które pomimo istnienia powołanych do tego instytucji nie potrafiło zareagować na czas i uchronić obywateli przed nieuczciwymi praktykami rynku finansowego. Warto w tym miejscu wspomnieć o działaniach Rzecznika Ubezpieczonych, mających na celu zainicjowanie prac Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego nad wprowadzeniem regulacji ustawowych opisujących umowę ubezpieczenia na życie oraz ubezpieczenie grupowe. Niestety, początkowe zainteresowanie sprawą wkrótce zakończyło się i temat zarzucono. Komisja po wyborach do parlamentu w 2015 r. została rozwiązana, zaś temat ubezpieczeń inwestycyjnych wciąż nie został dogłębnie przepracowany, poza niewystarczającym „retuszem”, związanym z nowelizacją ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Niewątpliwie głównej przyczyny patologii w ubezpieczeniach inwestycyjnych upatrywać należy w sposobie i wysokości wynagrodzenia pośredników. Z analiz i obserwacji Rzecznika Ubezpieczonych, kontynuowanych przez Rzecznika Finansowego, wynika, że umowy te były szyte na miarę potrzeb sieci dystrybucji ubezpieczeń i oczekiwań finansowych jej przedstawicieli, w mniejszym zaś stopniu były odpowiedzią na popyt ze strony konsumentów. To bowiem wysokie prowizje napędzały sprzedaż,

odzierając ją z zasad przyzwoitości – doszło do patologicznej sytuacji, w której konsumentom niemal na siłę sprzedawano nieadekwatne do ich potrzeb polisy inwestycyjne. Z drugiej strony ubezpieczyciele kamuflowali koszt prowizji, stosując kreatywne zabiegi prawne pozwalające ukryć i przerzucić na konsumenta występujący na początku obowiązywania umowy koszt jej dystrybucji. Świadczy o tym swoista gra nazewnictwem dotycząca opłat stosowanych przez ubezpieczycieli. Opłaty te, początkowo zwane likwidacyjnymi – wraz z upływem czasu, po niekorzystnych wyrokach sądów powszechnych – zaczęły przybierać nazwę świadczenia wykupu, opłaty za wykup, za dystrybucję czy też dystrybucyjnej. Pod tymi nazwami ukryty został mechanizm produktu ubezpieczeniowego stworzonego dla samego produktu, finansującego wysokie prowizje pośredników oraz gwarantującego ubezpieczycielom stały nieprzerwany dochód, bez względu na wynik działania funduszu kapitałowego. Ubezpieczenie inwestycyjne w tej formie zapewnia ubezpieczycielom pokrycie ich kosztów działalności gospodarczej, niezwiązanych bezpośrednio z umową, na które to koszty klienci nie mają wpływu, chociaż są nimi obarczani.

Raport *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – część II* zawiera opis aktualnej linii orzeczniczej, w której poruszono zasadnicze problemy procesowe i dowodowe. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż Rzecznik Finansowy –dążąc do zagwarantowania jak najszerszego obiektywizmu opracowania – wystąpił do kancelarii prawnych reprezentujących obie strony sporów sądowych związanych z ubezpieczeniami inwestycyjnymi (konsumentów i ubezpieczycieli), prowadzących postępowania zarówno w sprawach indywidualnych, jak i grupowych, o pomoc w przedstawieniu najczęstszych problemów natury procesowej. Pomoc w tym zakresie została udzielona jedynie ze strony konsumentów, gdyż mocodawcy kancelarii reprezentujących ubezpieczycieli nie wyrazili zgody na włączenie się do procesu wzajemnych konsultacji. Stąd też szczególne podziękowania należą się prawnikom reprezentującym konsumentów, którzy zwrócili uwagę na wiele istotnych problemów natury procesowej, warty omówienia w Raporcie. Niewątpliwie więc pod tym względem II część Raportu będzie dużą pomocą dla konsumentów i ich pełnomocników, stanowiąc swoistego rodzaju mapę nawigacyjną wśród raf prawnych występujących w postępowaniu sądowym.

Raport ostrzega także przed kolejnymi zmodyfikowanymi formami ubezpieczeń inwestycyjnych, które w sposób umiejętny kamuflują występującą w dalszym ciągu w tego

rodzaju umowach tendencję do przerzucania na klientów kosztów dystrybucji ubezpieczeń, a więc kosztów zależnych jedynie od ubezpieczycieli, na których wysokość konsumenci nie mają żadnego wpływu.

W kolejnej odsłonie Raport zadaje też kłam twierdzeniom o najlepszych rozwiązaniach stosowanych w umowach związanych z ubezpieczeniami inwestycyjnymi, wzorowanych na doświadczeniach państw Europy Zachodniej i przeniesionych na nasz rodzimy rynek ubezpieczeniowy. Jak dowodzi Raport, nie dość, że porównanie z rozwiązaniami zachodnioeuropejskim (które też dalekie są od ideału) wykazuje znaczące różnice na niekorzyść tych występujących obecnie w Polsce, to jeszcze zainicjowany w Europie znacznie wcześniej proces naprawczy nasuwa przykrą dla konsumentów konkluzję, iż wielu wypaczeniom i nieprawidłowościom można było zapobiec znacznie wcześniej, zanim rzeczywiste skutki działania toksycznych umów doprowadziły wielu konsumentów do utraty oszczędności bądź wpędziły w kłopoty finansowe.

Dodatkowo Rzecznik Finansowy – chcąc docenić wkład indywidualnych osób i stowarzyszeń zaangażowanych w walkę z nieuczciwym procederem ubezpieczeniowym i tym samym oddać im należyty szacunek – opisał działania oddolne konsumentów, które stanowiły jeden z czynników składających się na całość zdarzeń potęgujących potrzebę zmiany niekorzystnego dla klientów ubezpieczycieli stanu rzeczy. Na tym tle wskazano także mizerne efekty rekomendacji samoregulacyjnych, wytycznych nadzorczych, które *de facto* nie doprowadziły do poprawy sytuacji.

Przygotowana przez **Rzecznika Finansowego II część Raportu *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*** ma na celu ukazanie nie tylko tego, na jaki los skazani zostali klienci ubezpieczycieli, którzy wobec braku wystarczających działań prewencyjnych ze strony instytucji nadzorczych, zmuszeni byli – i niestety dalej są – dochodzić swoich spraw w długoletnich procesach sądowych, lecz także że obrona przed nieuczciwymi praktykami korporacji ubezpieczeniowych była i jest jak najbardziej możliwa. Przy czym problem ten można było rozwiązać znacznie wcześniej, lecz pomimo zaobserwowanych nieprawidłowości nie wdrożono w porę działań zapobiegawczych, wzorowanych chociażby na rozwiązaniach brytyjskich. Klientom ubezpieczycieli pozostało tym samym, jako jedyne rozwiązanie, wstępowanie na drogę sądową i prowadzenie

długoletniej batalii o sprawiedliwość i zwrot utraconych oszczędności, czasami stanowiących dorobek całego życia.

Jak już wyżej powiedziano, niniejszy Raport jest kontynuacją **Raportu Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r.**, a jednocześnie niejako jego epilogiem. Przede wszystkim adresowany jest do konsumentów i ma służyć jako pomoc w rozwiązaniu ich problemów na drodze sądowej oraz ostrzeżenie przed nieuczciwymi praktykami stosowanymi przez ubezpieczycieli życiowych. Wyrażamy też nadzieję, że Raport będzie pomocnym i pogładowym materiałem dla sądów powszechnych rozstrzygających obecnie dziesiątki tysięcy postępowań o zwrot utraconych przez konsumentów środków.

Czytelnikom Raportu życzymy wyciągnięcia wniosków i właściwego spożytkowania wiedzy w sytuacjach spornych związanych z problemami wynikłymi na tle funkcjonowania umów ubezpieczeń inwestycyjnych.

Rozdział I.

Problematyka postępowań sądowych w sprawach umów ubezpieczenia na życie z UFK

Rozwój orzecznictwa Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, prowadzący do wpisania do rejestru niedozwolonych postanowień umownych kolejnych klauzul odnoszących się w przeważającej większości do stosowania oraz sposobu ustalania opłat likwidacyjnych w umowach ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK, jak również zwiększona świadomość konsumentów usług ubezpieczeniowych doprowadziły nie tylko do wzrostu liczby postępowań sądowych wszczynanych przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a mających na celu abstrakcyjną kontrolę wzorców umowy, lecz także – a może nawet przede wszystkim – postępowań mających za przedmiot roszczenia o zapłatę nienależnie potrąconych opłat likwidacyjnych, kwot zatrzymanych w związku z wykupem ubezpieczenia, jak również składek uiszczonych na poczet umów obarczonych wadami oświadczenia woli, względnie nieważnych czynności prawnych.

Niezależnie od przedmiotu roszczeń postępowania sądowe prowadzone są zarówno w drodze powództw indywidualnych, jak i w postępowaniach grupowych.

Celem tej części opracowania jest przedstawienie zagadnień prawnych, które najczęściej przewijają się w prowadzonych postępowaniach oraz stanowiska Rzecznika Finansowego w tym zakresie, problemów napotykanym przez konsumentów dochodzących swoich roszczeń, stosowanych środków dowodowych, a także uchwycenie tendencji orzeczniczej w poszczególnych rodzajach spraw.

Głównym źródłem wiedzy dla tworzących niniejsze opracowanie była dokumentacja postępowań, w których Rzecznik Ubezpieczonych – obecnie Rzecznik Finansowy – przedstawiał pogląd istotny dla sprawy (w trybie art. 26 ust. 7 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych [t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 290 z późn. zm.; dalej: ustawa o Rzeczniku Ubezpieczonych] w zw. z art. 63 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego [Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.; dalej: k.p.c.], a obecnie w trybie art. 28 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym [Dz. U. z 2015 r., poz. 1348; dalej: ustawa o Rzeczniku Finansowym] w zw. z art. 63 k.p.c.), orzeczenia sądów powszechnych zapadłe w sprawach dotyczących umów ubezpieczenia z UFK, a także informacje udzielane przez

konsumentów dochodzących roszczeń w powyższych postępowaniach oraz pełnomocników procesowych.

Z uwagi na konstrukcję poszczególnych umów ubezpieczenia, a także charakter zarzutów podnoszonych przez konsumentów jako najczęstsze (choć nie wyłączone) podstawy prawne żądań powództw kierowanych w sprawach związanych z rozwiązaniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym można wyróżnić:

1. abuzywność postanowień umownych,
2. bezwzględną nieważność umowy,
3. nieważność względną.

1. Abuzywność postanowienia umowy jako przesłanka jego bezskuteczności

Z uwagi na wspomniany już na wstępie rozwój orzecznictwa Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w zakresie abuzywności postanowień umów ubezpieczenia z UFK przytłaczająca większość postępowań toczących się w związku ze sporami wynikającymi na tle ww. umów ubezpieczenia dotyczy abuzywności postanowień określających uprawnienia ubezpieczycieli do pobierania opłat likwidacyjnych w związku z rozwiązaniem umów ubezpieczenia w początkowym okresie ich obowiązywania (długość okresu, w którym pobierana jest opłata likwidacyjna, w przeważającej części umów ubezpieczenia wynosi od roku do 10 lat, choć można również doszukać się wzorców umów, w których redukcja środków zgromadzonych przez ubezpieczających ma miejsce nawet do 30. roku obowiązywania umowy³), a także tożsamej w skutkach konstrukcji, polegającej na ustaleniu wartości wykupu jedynie jako określonego ułamka zgromadzonych środków⁴, co *de facto* pozwala ubezpieczycielowi stosującemu tego rodzaju mechanizm na zatrzymanie określonej pozostałej części środków zapisanych na

³ Por. Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną Multiportfel Złoty Wiek (OW-R-ZWK-111220), zatwierdzone uchwałą Nr 177/2011 Zarządu Skandia Życie TU S.A. z dnia 30 listopada 2011 r., które weszły w życie z dniem 20 grudnia 2011 r., wraz z załącznikiem nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną Multiportfel Złoty Wiek (ZA-111220-R-ZWK-111220), zatwierdzonym uchwałą Nr 178/2011 Zarządu Skandia Życie TU S.A. z dnia 30 listopada 2011 r., który wszedł w życie z dniem 20 grudnia 2011 r.

⁴ *Ibidem*.

rachunku jednostek danego ubezpieczonego.

Jak wskazuje analiza pism procesowych składanych w toku powyższych postępowań, w szczególności zaś pozwów i odpowiedzi na nie, argumentacja prezentowana przez powodów sprowadza się do następujących zagadnień:

1. tożsamości postanowień, stanowiących podstawę do zastosowania potrąceń przy ustalaniu wartości wykupu, z dotychczas wpisanymi do rejestru postanowień wzorców uznanych za niedozwolone,
2. braku powiązania potrącanych wartości z kosztami realnie ponoszonymi przez ubezpieczycieli,
3. braku podstaw do obciążania ubezpieczających (ubezpieczonych) kosztami związanymi z zawarciem, obsługą i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia i potrącania ich przy okazji rozwiązania umowy i związanej z nim wypłaty świadczenia wykupu.

Odpowiedzią na powyżej stosowaną argumentację są z kolei formułowane przez zakłady ubezpieczeń zarzuty sprowadzające się do twierdzenia, iż:

1. Brak jest podstaw do stosowania rygoru rozszerzonej prawomocności orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawach między innymi stronami, dotyczących innych, nawet zbieżnych literalnie, wzorców, jak również w sprawach, gdzie dokonywana jest indywidualna, nie zaś abstrakcyjna ocena postanowień wzorca umowy.
2. Samo uznanie za niedozwolone postanowień określających wartości procentowe opłat likwidacyjnych nie niweczy uprawnień do pobierania opłat jako takich, a co za tym idzie, nie stanowi podstawy do odstąpienia od pobierania tych opłat jako odszkodowania za koszty poniesione w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy.
3. Podstawą obciążania konsumentów opłatami likwidacyjnymi, tudzież stosowania współczynników wartości wykupu uwzględniających prawo do zatrzymania określonej części zgromadzonych środków jest art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz.

1206 z późn. zm.; dalej: u.d.u.)⁵, jak również przepisy rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji (Dz.U. Nr 226, poz. 1825 z późn. zm.) .

4. Wartość potrąconych środków jest adekwatna do kosztów poniesionych w związku z zawarciem umowy oraz obsługą i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie dokonane potrącenie ma swe źródło w zobowiązaniu ubezpieczającego do zwrotu tych kosztów na rzecz ubezpieczyciela (bądź na podstawie przepisów o umowie zlecenia, bądź też na zasadzie regulacji dotyczącej obowiązku naprawienia szkody), co z kolei pozbawia postanowienia uprawniające do pobierania opłat likwidacyjnych cech sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesów konsumentów.
5. Wartość wykupu jest świadczeniem głównym w umowie ubezpieczenia na życie z UFK, a co za tym idzie uchyla się spod oceny w trybie art. 385¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 121 z późn. zm; dalej: k.c.).

Powyższa lista prezentowanych argumentów nie jest w sposób oczywisty zamknięta, albowiem ze względu na indywidualny charakter spraw również argumentacja stosowana przez strony jest odmienna, jednakże z uwagi na częstotliwość pojawiania się zaprezentowanej argumentacji poniżej przedstawione zostaną jej szczegóły, a także stanowisko Rzecznika Finansowego w powyższym zakresie oraz wnioski płynące z uzasadnień sądów.

⁵ Zgodnie z art. 18 ust. 2 u.d.u. składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Odpowiednikiem tego przepisu w obowiązującej od 1 stycznia 2016 r. ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej jest art. 33 ust. 2. Z uwagi na datę sporządzenia Raportu, jak również krótki okres obowiązywania ustawy z dnia 11 września 2015 r. stany faktyczne będące przedmiotem postępowań omawianych w Raporcie odnoszą się do umów ubezpieczenia zawartych przed jej wejściem w życie, a więc tych, do których przepisy nowej ustawy stosuje się w ograniczonym zakresie (w szczególności z wyłączeniem art. 26).

1.1. Rozszerzona prawomocność orzeczeń SOKiK

Postępowania toczące się w indywidualnych sprawach stały się polem ścierania się różnych koncepcji dotyczących rozszerzonej prawomocności orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, do czego asumpt dawało rozbieżne orzecznictwo Sądu Najwyższego w tej mierze. Kwestia ta jest przy tym o tyle istotna, że mimo wciąż rosnącej liczby klauzul wpisywanych do rejestru prowadzonego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w obrocie z konsumentami nadal funkcjonują wzorce umów, które regulują kwestię pobierania opłat likwidacyjnych nie tylko w sposób zbliżony, czy to w warstwie literalnej, czy też funkcjonalnej, ale wręcz w sposób identyczny literalnie co klauzule wpisane do rejestru (co często zdarza się w przypadku kolejnych wersji wzorców umowy dla tych samych czy też zbliżonych do siebie konstrukcyjnie umów ubezpieczenia oferowanych przez te same zakłady ubezpieczeń).

O ile walor procesowy tego zagadnienia jest mniej istotny w przypadku spraw, których przedmiotem jest kontrola incydentalna wzorców mających zastosowanie do spornych umów, gdzie jak wskazuje analiza uzasadnień zapadających wyroków, sądy w przeważającej liczbie przypadków dokonują własnej oceny wzorców, jedynie posiłkując się orzecznictwem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (co zresztą należy uznać za słuszne z uwagi na istotne odmienności w zakresie kontroli incydentalnej i abstrakcyjnej), o tyle w przypadku postępowań, w których konsumenci występują do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o dokonanie kontroli abstrakcyjnej wzorców umowy, od sposobu interpretacji art. 479⁴³ k.p.c. uzależniony jest niekiedy wynik postępowania; przyjęcie bowiem przez sąd jednej z koncepcji rozszerzonej prawomocności może skutkować negatywnymi skutkami procesowymi w postaci odrzucenia pozwu. Mając na uwadze powyższe, poniżej Rzecznik Finansowy przedstawia najistotniejsze i jednocześnie najbardziej reprezentatywne stanowiska Sądu Najwyższego, a także sądów powszechnych, odnoszące się do powyższego zagadnienia, koncentrując się przy tym na orzecznictwie, które zapadło już po publikacji Raportu.

W powyższym zakresie na szczególne uwzględnienie zasługuje stanowisko wyrażone w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2013 r. (III CZP 73/13), w której Sąd przychylił się do poglądów doktryny i orzecznictwa opowiadających się za wąskim rozumieniem pojęcia rozszerzonej prawomocności wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i

Konsumentów. Wedle tych poglądów „takie rozumienie »skutku wobec osób trzecich«, o którym mowa w art. 479⁴³ KPC, prowadzi do nadania mu charakteru normy abstrakcyjnej i generalnej, czyli zrównania go z normą prawną, skoro może być on skuteczny wobec każdego przedsiębiorcy i każdego konsumenta. Sąd, szczególnie w świetle zamkniętego w art. 87 Konstytucji katalogu źródeł prawa oraz określenia organów, którym przysługuje władza ustawodawcza (art. 95), nie ma zaś kompetencji do stanowienia norm prawnych. Taka wykładnia art. 479⁴³ KPC prowadziłyby do uznania, że jest to przepis sprzeczny z Konstytucją. Zwraca się także uwagę, że taka wykładnia tego przepisu prowadziłyby do ingerencji w interesy tych przedsiębiorców, którzy nie brali udziału w postępowaniu sądowym i nie mieli możliwości obrony swoich praw. Oderwanie, podczas kontroli abstrakcyjnej wzorca umownego, od konkretnych umów mogłoby także prowadzić do wyeliminowania niektórych klauzul z obrotu prawnego, nawet w przypadku, gdy ich postanowienia są zgodne z dobrymi obyczajami i nie naruszają interesów konsumenta”⁶.

Według oceny Sądu Najwyższego „to, że sąd dokonuje tzw. abstrakcyjnej kontroli postanowienia wzorca umownego, nie oznacza, że kontrola ta może być dokonywana w zupełnym oderwaniu od konkretnych stosunków prawnych z udziałem przedsiębiorcy, który ten wzorzec stosuje w umowach z konsumentami. Przepis art. 479⁴³ KPC nie może także być wykładany w taki sposób, aby stał się podstawą dla sądu kreowania norm generalnych i abstrakcyjnych, gdyż godzi to wprost w postanowienia Konstytucji normujące kompetencje do stanowienia norm prawnych”⁷.

Zdaniem ubezpieczycieli, wielokrotnie prezentowanym w postępowaniach sądowych, w których przedmiotem procedowania jest incydentalna kontrola umów ubezpieczenia, we wskazanej uchwale Sąd Najwyższy ostatecznie przesądził o braku możliwości stosowania rozszerzonej prawomocności orzeczeń uznających określone postanowienia umowne za niedozwolone. O ile istotnie mogło się wydawać, że wspomniana uchwała uporządkowała dotychczas prezentowane poglądy, to już po zapadnięciu powyższej uchwały Sąd Najwyższy – choćby w postanowieniach z dnia 6 lipca 2014 r. (I CSK 653/13, opubl. Legalis) oraz z dnia 19 marca 2014 (I CSK 20/14) – opowiedział się za koncepcją mocy wiążącej orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów także wobec tych podmiotów, które nie były stronami postępowania o uznanie postanowienia

⁶ Uchwała SN z dnia 13 września 2013 r. (III CZP 73/13, opubl. OSNC 2014, nr 10, poz. 97, s. 1).

⁷ *Ibidem*.

wzorca umowy za niedozwolony. Zdaniem Sądu „to, że sąd dokonuje tzw. abstrakcyjnej kontroli postanowienia wzorca umownego, a prawomocny wyrok stwierdzający uznanie za niedozwolone postanowienia wzorca umowy jest skuteczny wobec osób trzecich, w żadnym razie nie oznacza, iż postanowienie uznane za niedozwolone, po wpisaniu go do rejestru prowadzonego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, ma charakter normy generalnej i abstrakcyjnej. Jest oczywiste, że takie ujęcie godziłoby bezpośrednio i wprost w postanowienia Konstytucji normujące kompetencje do stanowienia norm prawnych. W rozważanym wypadku nie mamy jednak do czynienia z prawotwórczą działalnością sądu, lecz z klasycznym stosowaniem prawa. Natomiast z woli samego ustawodawcy prawomocny wyrok stwierdzający uznanie za niedozwolone postanowienia wzorca umowy ma, po wpisaniu go do właściwego rejestru, skutek wobec osób trzecich. W konsekwencji rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone (art. 479⁴³ KPC) uzasadnia odrzucenie pozwu w razie wytoczenia powództwa przez inną stronę powodową przeciwko innej stronie pozwanej, jeżeli przedmiotem sporu są takie same postanowienia wzorca jak wpisane do rejestru prowadzonego przez Prezesa UOKiK”⁸.

Również w postanowieniu z dnia 14 stycznia 2015 r. (I CSK 124/14) Sąd Najwyższy wyraził opinię, „[...] że – wbrew odmiennym poglądom – sąd dokonuje tzw. abstrakcyjnej kontroli postanowienia wzorca umownego, a prawomocny wyrok stwierdzający uznanie za niedozwolone postanowienia wzorca umowy jest skuteczny wobec osób trzecich, co w żadnym razie nie oznacza, iż postanowienie uznane za niedozwolone, po wpisaniu go do rejestru prowadzonego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, ma charakter normy generalnej i abstrakcyjnej. Jest oczywiste, że takie ujęcie godziłoby bezpośrednio i wprost w postanowienia Konstytucji normujące kompetencje do stanowienia norm prawnych. W rozważanym wypadku nie mamy jednak do czynienia z prawotwórczą działalnością sądu, lecz z klasycznym stosowaniem prawa. Natomiast z woli samego ustawodawcy prawomocny wyrok stwierdzający uznanie za niedozwolone postanowienia wzorca umowy ma, po wpisaniu do właściwego rejestru, skutek wobec osób trzecich.

W następstwie powyższego poglądu rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone

⁸ Postanowienie SN z dnia 19 marca 2014 r. (I CSK 20/14, opubl. www.sn.pl).

(art. 479⁴³ KPC) uzasadnia odrzucenie pozwu w razie wytoczenia powództwa przez inną stronę powodową przeciwko innej stronie pozwanej, jeżeli przedmiotem sporu są takie same postanowienia wzorca, jak wpisane do rejestru prowadzonego przez Prezesa UOKiK, w razie zaś gdy do wpisania klauzuli doszło w toku toczącego się postępowania, uzasadnia to umorzenie postępowania”⁹.

Powyższa tendencja orzecznicza była dotychczas prezentowana również przez sądy powszechne. Dla przykładu można tu wskazać postanowienie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 9 października 2014 r. (VI ACa 1908/13), którym Sąd ten stwierdził, że „celem podstawowym postępowania w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone jest usunięcie postanowień wzorca uznanych za abuzywne z obrotu ze skutkiem nie tylko dla stron procesu, lecz także wobec osób trzecich (*erga omnes*). Powaga rzeczy osądzonej wynikająca z rozszerzonej mocy wiążącej, o jakiej mowa w art. 479[43] KPC, obejmuje również po stronie pozwanej innych przedsiębiorców, którzy posługują się wzorcem umowy zawierającym postanowienie wpisane do rejestru prowadzonego przez Prezesa UOKiK”¹⁰.

Wydaje się, że ostatecznie rozbieżności w stanowiskach prezentowanych w orzecznictwie w przedmiocie rozszerzonej prawomocności wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zostały rozstrzygnięte w uchwale składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2015 r. (III CZP 17/15), który w odpowiedzi na pytanie Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego „Czy wpis uznany za niedozwolone postanowienia wzorca umowy do rejestru, o którym mowa w art. 479[45] § 2 k.p.c., powoduje, że przewidziana w art. 479[43] k.p.c. rozszerzona skuteczność prawomocnego wyroku będącego podstawą tego wpisu stoi na przeszkodzie postępowaniu w przedmiocie kontroli postanowienia tej samej treści, zawartego w innym wzorcu umowy, stosowanemu przez przedsiębiorcę, przeciwko któremu został wydany ten wyrok, bądź przez innego przedsiębiorcę?”¹¹ orzekł, że:

„1. Prawomocność materialna wyroku uznającego postanowienie wzorca umowy za niedozwolone wyłącza powództwo o uznanie za niedozwolone postanowienia tej samej treści normatywnej, stosowanego przez przedsiębiorcę pozwanego w sprawie, w której

⁹ Postanowienie SN z dnia 14 stycznia 2015 r. (I CSK 124/14, opubl. www.sn.pl).

¹⁰ Postanowienie SA w Warszawie z dnia 9 października 2014 r. (VI ACa 1908/13, opubl. www.orzeczenia.ms.gov.pl).

¹¹ Wniosek Pierwszego Prezesa SN z dnia 16 lutego 2015 r. (opubl. www.sn.pl).

wydano ten wyrok (art. 365 i 366 k.p.c.).

2. Prawomocność materialna wyroku uznającego postanowienie wzorca umowy za niedozwolone – także po wpisaniu tego postanowienia do rejestru (art. 479[45] § 2 k.p.c.) – nie wyłącza powództwa o uznanie za niedozwolone postanowienia tej samej treści normatywnej, stosowanego przez przedsiębiorcę niebędącego pozwanym w sprawie, w której wydano ten wyrok (art. 365 i 366 w związku z art. 479[43] k.p.c.)¹².

W uzasadnieniu stanowiska, zgodnie z którym granice podmiotowe prawomocności materialnej wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów winny odnosić się wyłącznie do podmiotów mogących występować po stronie powodowej Sąd Najwyższy wskazał, że „Motywem, który legł u podstaw ustanowienia w art. 479⁴³ k.p.c. rozszerzonej podmiotowo prawomocności materialnej wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone, było to, aby skutki ochrony prawnej udzielonej w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone były adekwatne do celu i charakteru tego postępowania, a tym samym, aby przeprowadzana w jego ramach abstrakcyjna kontrola abuzywnych klauzul umownych była stosowna i skuteczna. Postępowanie w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone służy ochronie zbiorowego interesu konsumentów jako elementu interesu publicznego; pośrednio ze skutków tej ochrony korzystają indywidualne podmioty. Wobec tego wykładnia art. 479⁴³ k.p.c. w zakresie, w którym przepis ten rozszerza podmiotową skuteczność prawomocności materialnej wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone, powinna być taka, aby z jednej strony cel tego postępowania był skutecznie realizowany, a z drugiej strony, aby następowało to w sposób niewykraczający poza ten cel. Spojrzenie na kształt normatywny rozwiązań przyjętych w postępowaniu uregulowanym w art. 479³⁶–479⁴⁵ k.p.c. pozwala na wniosek, że zbiorowy interes konsumentów jest reprezentowany i realizowany po jego stronie czynnej, podczas gdy po stronie biernej reprezentowany i realizowany jest interes indywidualny pozwanego przedsiębiorcy. Wskazuje na to jednoznacznie regulacja dotycząca legitymacji czynnej w omawianym postępowaniu. W świetle art. 479³⁸ k.p.c. określenie podmiotów, którym taka legitymacja przysługuje, nastąpiło na podstawie konstrukcji powództwa powszechnego (*actio popularis*), samoistnego powództwa organizacji pozarządowej i powództwa organu publicznego

¹² Uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 20 listopada 2015 r. (III CZP 17/15, opubl. www.sn.pl).

(rzecznik konsumentów, Prezes). Uzupełniające znaczenia ma ewentualnie legitymacja prokuratora oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Żaden z legitymowanych czynnie podmiotów nie dochodzi ochrony swych praw, lecz zbiorowego interesu konsumentów jako postaci interesu publicznego. Inaczej rzecz się przedstawia po stronie pozwanej. Przepisy kodeksu postępowania cywilnego nie zawierają regulacji będących choćby odpowiednikami regulacji zastosowanych po stronie czynnej. Obowiązuje założenie, że legitymacja bierna przysługuje konkretnemu przedsiębiorcy, który stosował lub stosuje kwestionowane postanowienie. Przedsiębiorca ten, broniąc się przed żądaniem pozwu, reprezentuje i realizuje własny interes, jak w wypadku pozwanego w zwykłym, klasycznym procesie, podporządkowanym regułom właściwym sporom o charakterze indywidualnym. Ustawodawca nie przewidział możliwości pozwania organizacji przedsiębiorców, która w celu ochrony ich zbiorowego interesu może sprzeciwiać się uznaniu określonego postanowienia wzorca umowy za niedozwolone. Założeniu, że podmioty występujące po stronie czynnej działają jako reprezentanci zbiorowego interesu konsumentów, podczas gdy pozwany przedsiębiorca realizuje i reprezentuje własny, indywidualny interes, odpowiada to, że według art. 479⁴³ k.p.c. z rozszerzonej podmiotowo prawomocności materialnej korzysta wyłącznie wyrok uwzględniający powództwo, tj. taki, do którego zmierzają wskazane podmioty, nie przysługuje ona natomiast wyrokowi oddalającemu powództwo, tj. takiemu, który zaspokaja interes pozwanego przedsiębiorcy. Odmienność interesów reprezentowanych po stronie czynnej i biernej postępowania w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone daje podstawę do stanowiska, że - jakkolwiek brzmienie art. 479⁴³ k.p.c. nie przewiduje odpowiedniego zróżnicowania - trzeba w ramach wykładni dokonać jego teleologicznej redukcji. Powinna ona skutkować przyjęciem, że przewidziana w tym przepisie rozszerzona podmiotowo prawomocność materialna wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone działa jednokierunkowo, tj. na rzecz wszystkich osób trzecich, ale wyłącznie przeciwko pozwanemu przedsiębiorcy, przeciwko któremu ten wyrok został wydany. W efekcie omawiany wyrok działa na rzecz wszystkich (strony powodowej i wszystkich osób trzecich), ale tylko przeciwko konkretnemu pozwanemu przedsiębiorcy. W tych ramach należy lokować regulacje przewidujące, że wyrok uwzględniający powództwo korzysta z rozszerzonej podmiotowo prawomocności materialnej dopiero od chwili wpisania uznanego za niedozwolone postanowienia wzorca umowy do rejestru

prowadzonego przez Prezesa, że przedmiotowy rejestr jest jawny, jak również że każdy prawomocny wyrok wydany w sprawie o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone podlega ogłoszeniu w Monitorze Sądowym i Gospodarczym (art. 479⁴³, art. 479⁴⁴ § 2 i art. 479⁴⁵ § 3 k.p.c.).”¹³

Na tle zapadłej uchwały, warte szczególnej uwagi jest również to, że zarówno w treści samej uchwały, jak i jej uzasadnieniu Sąd Najwyższy wskazał, że prawomocność materialna wyroku uznającego postanowienie wzorca umowy za niedozwolone odnosi się do postanowień o tej samej treści normatywnej, co w ocenie Rzecznika Finansowego stanowi istotną wskazówkę dla interpretacji art. 479⁴³ k.p.c., jak również pośrednio art. 24 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 184 z późn. zm.; dalej: u.o.k.k.). Jak bowiem można przeczytać w uzasadnieniu omawianej uchwały „Postanowienie wzorca jest konkretyzowane przez swoją treść normatywną, ustalaną na podstawie jego brzmienia, ewentualnie w powiązaniu z innymi postanowieniami wzorca, a nie przez samo to brzmienie i jego językowy kontekst w ramach wzorca. Chociaż ta treść normatywna odzwierciedlona jest w żądaniu i sentencji wyroku za pomocą konkretnego sformułowania, to jednak pozostaje ono tylko jej nośnikiem, natomiast w sensie materialnym stwierdzenie niedozwolonego charakteru i zakaz wykorzystywania mają za przedmiot właśnie tę treść. Przedmiotem uznania za niedozwolone i zakazu wykorzystywania jest więc postanowienie w ujęciu materialnym, a nie formalnym. Nie chodzi o postanowienie o określonym brzmieniu, łącznie z językowym kontekstem wzorca, ale o wystawioną w nim, przy uwzględnieniu normatywnego kontekstu wzorca umowy, skonkretyzowaną treść normatywną, tj. normę lub jej element, określające prawa lub obowiązki stron. Oznacza to, że pod względem przedmiotowym sąd rozstrzyga o niedozwolonym charakterze postanowienia, które ma daną treść normatywną, wynikającą z przytoczonego jego brzmienia i językowego kontekstu wzorca, w związku z czym ewentualne zmiany tego brzmienia i kontekstu nie wymykają się spod zakresu działania wyroku dopóty, dopóki nie mają wpływu na tę normatywną treść, gdyż zachowuje ona swoją tożsamość. Tożsamość ta jest zachowana, gdy zmiany językowe brzmienia postanowienia nie mają znaczenia normatywnego albo jest ono pomijalne. Podobnie jest ze zmianą pozostałych części wzorca. W razie zmiany wzorca, z którego pochodzi postanowienie uznane za niedozwolone, postanowienie

¹³ *Ibidem.*

umieszczone w zmienionym wzorcu jest tożsame z postanowieniem uznanym za niedozwolone tylko wtedy, gdy zmiany wzorca nie wpłynęły lub wpłynęły wyłącznie pomijalnie na treść normatywną postanowienia. O zachowaniu tożsamości nie można jednak mówić, gdy zmiany brzmienia postanowienia lub językowego kontekstu wzorca pociągają za sobą zmianę treści normatywnej postanowienia, w szczególności prowadzą do tego, że jest ona jedynie podobna do treści normatywnej postanowienia uznanego za niedozwolone. Przyjęcie zapatrywania, że przedmiotowe granice prawomocności materialnej wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone obejmują postanowienie o konkretnej normatywnej treści, wyrażonej za pomocą określonego lub tożsamego treściowo sformułowania w tym samym lub innym wzorcu, powoduje, iż w praktyce, w ramach różnych postępowań, w tym postępowań indywidualnych między podmiotami objętymi podmiotowymi granicami prawomocności materialnej takiego wyroku lub postępowań przed Prezesem w sprawach dotyczących zakazu praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumenta określonej w art. 24 ust. 2 pkt 1 u.o.k.k, może zachodzić potrzeba oceny tożsamości normatywnej postanowienia uznanego za niedozwolone i postanowienia ocenianego w danym postępowaniu. [...] łączenie przedmiotowych granic prawomocności materialnej wyroku, który stwierdza abuzywność postanowienia wzorca umowy, z jego treścią normatywną, a nie jego brzmieniem, należy racjonalizuje działanie skuteczności takiego wyroku i pozwala na uniknięcie sytuacji, w których konieczne byłoby wszczynanie – nawet w tym samym układzie podmiotowym – kolejnych postępowań o uznanie za niedozwolone postanowień wzorca umowy mających wprowadzić nieco odmienne brzmienie, ale w tym samym lub zmienionym kontekście wzorca wyrażających tożsamą treść normatywną, w związku z czym można przyjąć, że wynik ich kontroli w tychże kolejnych postępowaniach musiałby być identyczny”.¹⁴

W ocenie Rzecznika powyższe zapatrywanie Sądu Najwyższego powinno więc zniechęcać podmioty rynku finansowego do stosowania często jedynie pozornych zabiegów, które poprzez wprowadzenie jedynie kosmetycznych zmian postanowień umowy, mają na celu wywołanie wrażenia zaprzestania stosowania niedozwolonych postanowień, a przez to uchylenie się od odpowiedzialności za stosowanie postanowień wpisanych do rejestru. Z drugiej strony przedstawiona argumentacja stanowi istotną

¹⁴ *Ibidem.*

wskazówkę interpretacyjną dla oceny postanowień zawartych we wzorcach kształtujących warunki umów opartych wielokrotnie na identycznej konstrukcji jak umowy, których postanowienia stały się przedmiotem oceny Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Jak już wyżej powiedziano uchwała z dnia 20 listopada 2015 r. rozstrzyga wątpliwości co do zakresu wyinterpretowanej przez Sąd Najwyższy materialnej prawomocności wyroków uznających postanowienia wzorców umów za niedozwolone. Przy czym, tak jak już również wyżej wskazano, kwestia ta ma zasadnicze znaczenie dla spraw, w których konsumenci decydują się na poddanie sporu z ubezpieczycielem kontroli Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów; natomiast w sprawach, w których przedmiotem ustaleń jest kontrola incydentalna, orzecznictwo Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów ma charakter niejako posiłkowy, którego to charakteru powyższe rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego z pewnością go nie pozbawia.

Warto jednak zwrócić uwagę, że wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1634), a więc z dniem 17 kwietnia 2016 r., przepisy kodeksu postępowania cywilnego dotyczące uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone utracą moc. Rola Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów ograniczy się do rozpatrywania odwołań od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w którego to kompetencji – na mocy wchodzącego w życie również z dniem 17 kwietnia 2016 r. art. 23b ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów – będzie wydawanie decyzji o uznaniu postanowienia wzorca umowy za niedozwolone i zakazujących jego wykorzystywania, co będzie mogło mieć miejsce w przypadkach naruszenia zakazu określonego w art. 23a ww. ustawy. Będzie on z kolei przewidywał, że: „Zakazane jest stosowanie we wzorcach umów zawieranych z konsumentami niedozwolonych postanowień umownych, o których mowa w art. 385¹ § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny”. Na podstawie przepisów dotychczasowych kontynuowane będą natomiast postępowania, w których powództwa wytoczone zostaną przed dniem wejścia w życie omawianej nowelizacji, jednakże wprowadzono tu dziesięcioletnie ograniczenie. Przez okres 10 lat od dnia wejścia w życie nowelizacji utrzymany zostanie również na dotychczasowych zasadach rejestr postanowień wzorców umów uznanych za niedozwolone.

Nowelizowana ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów wprost reguluje

również zakres decyzji o uznaniu postanowień wzorca umowy za niedozwolony, statuując w art. 23d, że: „Prawomocna decyzja o uznaniu postanowienia wzorca umowy za niedozwolone ma skutek wobec przedsiębiorcy, co do którego stwierdzono stosowanie niedozwolonego postanowienia umownego oraz wobec wszystkich konsumentów, którzy zawarli z nim umowę na podstawie wzorca wskazanego w decyzji”.

1.2. Zasadność pobierania opłat likwidacyjnych *in genere* oraz zaliczania w ich poczet kosztów związanych z zawarciem, obsługą i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia na życie z UFK

Pobieranie opłat likwidacyjnych, czy też odpowiednio zatrzymywanie określonej części zgromadzonych środków, jest wielokrotnie uzasadniane przez zakłady ubezpieczeń wysokimi kosztami wstępnymi związanymi z zawarciem umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności kosztami akwizycji, wdrożenia produktu lub też innymi szeroko pojętymi kosztami prowadzonej przez ubezpieczyciela działalności gospodarczej. Jak była już o tym mowa powyżej, uzasadnień dla takiego właśnie kwalifikowania opłat likwidacyjnych pozwane towarzystwa upatrują bądź to w przepisach prawa ubezpieczeń – do jakich należą art. 18 ust. 2 u.d.u., jak również przepisy rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji – bądź to w przepisach prawa cywilnego; tu wymiennie można zauważyć tendencję do podnoszenia dwojakiej argumentacji.

Pierwsza sprowadza się do kwalifikowania umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi jako umowy mieszanej, do której w części inwestycyjnej, na mocy art. 750 k.c.¹⁵ należy stosować przepisy o zleceniu, w szczególności zaś art. 742 k.c., zgodnie z którym dający zlecenie powinien zwrócić przyjmującemu zlecenie wydatki, które ten poczynił w celu należytego wykonania zlecenia, wraz z odsetkami ustawowymi; powinien również zwolnić przyjmującego zlecenie od zobowiązań, które ten w powyższym celu zaciągnął w imieniu własnym.

Na gruncie powyższej regulacji zakłady ubezpieczeń wywodzą, że koszty ponoszone przez nie w związku z zawarciem umowy (w tym też koszty prowizji pośredników), czy też nawet opracowaniem samych założeń danej umowy oraz wdrożeniem jej do oferty,

¹⁵ Zgodnie z art. 750 k.c. do umów o świadczenie usług, które nie są uregulowane innymi przepisami, stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu.

stanowią wydatki poczynione w celu należytego wykonania zlecenia.

W odniesieniu do powyższej kwestii Rzecznik Finansowy prezentuje jednak stanowisko, któremu wielokrotnie daje wyraz również w składanych przez siebie oświadczeniach zawierających istotny pogląd dla sprawy, a które sprowadza się do następujących tez¹⁶:

W odniesieniu do art. 742 k.c., podobnie zresztą jak do art. 746 § 1 zd. 2 k.c., w ocenie Rzecznika Finansowego należy wziąć pod uwagę fakt, że jako podlegające zwrotowi na rzecz zleceniobiorcy ustawodawca wskazuje jedynie wydatki poczynione w celu należytego wykonywania zlecenia, co w odniesieniu do umów ubezpieczenia z UFK, a w zasadzie do tej ich części, która ma charakter inwestycyjny, sprowadza się do czynności związanych z tworzeniem i zarządzaniem ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, lokowaniem w nich środków pochodzących ze składek, a także ich umarzaniem, wypłatą na rzecz uprawnionych środków pochodzących z tego umorzenia itp., przy czym wydatki te – co przyznają zresztą również ubezpieczyciele, i co nie budzi wątpliwości zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie – winny mieć charakter konieczny i użyteczny dla realizacji przedmiotu umowy. W tym kontekście jako kluczowe należy postawić pytanie, czy wydatki związane z opracowaniem koncepcji produktu, jego wdrożeniem na rynek, wynagrodzeniem pośredników ubezpieczeniowych lub też utrzymaniem własnej sieci sprzedaży, których działalność w przeważającej mierze sprowadza się do czynności podejmowanych przed zawarciem umowy i zmierzających do jej zawarcia, czyli – upraszczając – do pozyskania klienta, można uznać za wydatki związane z wykonywaniem umowy i, co istotne, za wydatki konieczne i celowe w celu wykonania zobowiązań ubezpieczyciela wynikających z umowy. Wydaje się, że odpowiedź na powyższe pytanie powinna być negatywna.

Przede wszystkim bowiem, jak już powiedziano powyżej i co wynika również z analizy modeli działalności dystrybucyjnej stosowanych przez większość ubezpieczycieli, czynności wykonywane przez pośredników ubezpieczeniowych sprowadzają się do działań mających miejsce jeszcze przed zawarciem umowy, zaś otrzymywane przez nich wynagrodzenie jest ekwiwalentem osiągniętego rezultatu tych działań, tj. doprowadzenia do zawarcia umowy (o ścisłym powiązaniu wynagrodzenia z rezultatem w postaci zawarcia umowy świadczy w szczególności powszechność stosowania w umowach z pośrednikami

¹⁶ Por. poglądy Rzecznika Ubezpieczonych w sprawach: RU/POG/10/AG/14 oraz RU/POG/66/AG/14.

ubezpieczeniowymi rozwiązań przewidujących, że w przypadku odstąpienia od umowy wynagrodzenie pośrednika podlega zwrotowi w całości). Czynności tych nie można jednak uznać za czynności związane z wykonywaniem umowy. Przeciwnie, dopiero po samym zawarciu umowy w sposób naturalny dochodzi do jej wykonywania, a zatem dopiero czynności podejmowane w konsekwencji zawarcia umowy mogą mieć ekwiwalent w zobowiązaniu do zwrotu wydatków poniesionych na ich należyte wykonanie. To zaś, w jaki sposób i czym staraniem doszło do zawarcia umowy, jest okolicznością niemającą żadnego wpływu na wykonywanie umowy i rozkład praw i obowiązków z niej wynikających. Również to, w jaki sposób ubezpieczyciel pozyskuje swoich klientów i w jaki sposób gratyfikuje swoich pośredników, jest okolicznością, na którą druga strona umowy nie ma wpływu, jak również – co bardziej istotne – okolicznością, której druga strona nie jest w stanie zweryfikować.

Tym samym, w ocenie Rzecznika Finansowego, za niezasadne należy uznać klasyfikowanie kosztów akwizycji umowy jako stanowiących wydatki poczynione w celu należytego wykonania zlecenia. W przeciwnym razie należałoby uznać, że ubezpieczający byłby zobowiązany do zapłaty na rzecz ubezpieczyciela swoistego wynagrodzenia za samo zawarcie z nim umowy. Co więcej, koszty związane z wynagrodzeniem pośrednika ubezpieczeniowego, są w istocie kosztami ponoszonymi nie w związku z umową zawartą z ubezpieczającym, a umową agencyjną zawartą z pośrednikiem ubezpieczeniowym i w tej właśnie umowie należy upatrywać podstawy prawnej do poniesienia tych kosztów przez ubezpieczyciela.

Powyższe rozważania należy tym bardziej odnieść do kosztów związanych bezpośrednio z prowadzoną przez ubezpieczycieli działalnością gospodarczą.

Jako uzasadnienie dla wysokości opłat likwidacyjnych, czy też – mówiąc szerzej – potrąceń związanych z wykupem, w postępowaniach sądowych często jako koszty konieczne w celu należytego wykonania umowy wskazywane są przez zakłady ubezpieczeń również koszty związane z bieżącą obsługą umów, takie jak koszty wystawienia polis, korespondencji, zarządzania ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, a także badań lekarskich (co należy uznać za kuriozalne zwłaszcza w przypadku ubezpieczeń grupowych, gdzie ocena ryzyka bądź to zupełnie nie występuje, bądź też sprowadza się do złożenia przez osobę ubezpieczoną oświadczenia, iż pozostaje w dobrym stanie zdrowia i nie wymaga regularnego leczenia). W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę, że

konstrukcja omawianych umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zakłada pobieranie przez zakłady ubezpieczeń w całym okresie ubezpieczenia szeregu opłat¹⁷, przybierających różne nazwy (np. opłata administracyjna, transakcyjna, za zarządzanie, za transfer, za alokację, za ryzyko). Uprawnienie do pobierania tych opłat nadawał zresztą w sposób pośredni art. 13 ust. 4 pkt 5 u.d.u., zgodnie z którym w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia [...] zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Odpowiednikiem tego przepisu w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1844; dalej: u.d.u.r.) jest art. 23 ust. 1 pkt 5, zgodnie z którym w umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń określa: [...] tytuły i wysokość opłat pobieranych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub przez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Tym samym w ocenie Rzecznika Finansowego to właśnie te opłaty – rzecz jasna odpowiednio skalkulowane przez ubezpieczyciela – winny stanowić ekwiwalent wydatków ponoszonych przez zakład ubezpieczeń w związku z obsługą umowy. Powoływanie się więc na etapie rozwiązania umowy na art. 742 k.c. czy też 746 § 1 zd. 2 k.c. jako podstawę do żądania zwrotu wydatków poniesionych w celu należytego wykonania umowy wydaje się być przejawem braku należytej staranności na etapie projektowania umowy, i to zarówno w warstwie normatywnej, jak i ekonomicznej. Jeśli bowiem ubezpieczyciel, już po rozwiązaniu umowy, domaga się ustalenia wartości wydatków poniesionych w związku z wykonywaniem umowy na zasadach ogólnych, to należy uznać, że na etapie projektowania umowy oparł się on na błędnych założeniach (w ramach których powinien

¹⁷ Opłaty te określane są różną terminologią, a ich ilość często jest zróżnicowana – od jednej opłaty administracyjnej w umowach typu „Pareto”, choć w istocie zawiera ona w sobie również opłatę za ryzyko, do nawet kilkunastu. Dla przykładu można tu wskazać Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym MULTI PIN AEGON 2008 oznaczone symbolem IFU-OWU-0208, gdzie w § 18 wymienia się aż 11 rodzajów opłat, tj. 1) opłatę wstępną, 2) opłatę za zarządzanie, 3) opłatę administracyjną, 4) opłatę transakcyjną, 5) opłatę likwidacyjną, 6) opłatę od wykupu, 7) opłatę za przewalutowanie, 8) opłatę za ryzyko, 9) opłatę za wznowienie umowy ubezpieczenia, 10) opłatę za cesję, 11) opłatę za obniżenie składki regularnej.

brać również pod uwagę możliwość, że umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała krócej niż okres wskazany w umowie) bądź też że swoim prawidłowym założeniami nie potrafił dać należytego wyrazu.

Reasumując, należy więc stwierdzić, iż nawet gdyby przyjąć, że art. 742 k.c. znajduje zastosowanie do omawianego segmentu umów ubezpieczenia na zasadzie art. 750 k.c. – co jednak w ocenie Rzecznika Finansowego, z uwagi na dyspozycję art. 13 ust. 4 pkt 5 u.d.u. (a obecnie art. 23 ust. 1 pkt 5 u.d.u.r.), należy oceniać z daleko idącą ostrożnością – to kwestia zwrotu wydatków poniesionych przez zakład ubezpieczeń w związku z należyтым wykonywaniem umowy winna być wyczerpująco uregulowana w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Z tej przyczyny odwoływanie się na etapie sądowego dochodzenia roszczeń do norm natury ogólnej w celu rozszerzenia zakresu świadczeń, do jakich zobowiązane mają być rzekomo osoby ubezpieczające, należy uznać nie tylko za nieuzasadnione w świetle obowiązujących przepisów prawa, lecz także budzące wątpliwości z punktu widzenia zasad współżycia społecznego, w tym w szczególności zasady uczciwości kontraktowej.

Odnosząc się jeszcze do art. 746 k.c. jako podstawy domagania się przez zakład ubezpieczeń nie tylko zwrotu wydatków poniesionych w związku z wykonywaniem umowy, ale również wynagrodzenia czy nawet odszkodowania, to pomijając już fakt częściowego krzyżowania się normy § 1 zd. 2 tego przepisu z normą art. 742 k.c., w ocenie Rzecznika Finansowego uznawanie zasadności stosowania tego artykułu w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia (a to właśnie wypowiedzenie przez ubezpieczającego jest najczęstszą przyczyną rozwiązania umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przed upływem terminu, na jaki została zawarta) należy uznać za wątpliwe.

Przede wszystkim bowiem należy zwrócić uwagę, że mimo podnoszonych w doktrynie wątpliwości co do charakteru umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, to nawet jeśli założyć, iż jest to umowa mieszana, nie można w sposób kategoriyczny przyjmować, że nie mają do niej zastosowania przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia, zwłaszcza zaś te, które określają tryb i konsekwencje zawarcia i rozwiązania umowy. Trzeba mieć bowiem na uwadze, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową wymienioną w działach I załączników zarówno do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak i ustawy o

działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej jako typ umowy ubezpieczenia na życie, co tym samym w ocenie Rzecznika powoduje, że w sferze tych praw i obowiązków stron umowy, które są stypizowane w przepisach regulujących umowę ubezpieczenia, winna być ona traktowana jak umowa ubezpieczenia, a jedynie w kwestiach nieuregulowanych – jako inna umowa nazwana bądź też umowa nienazwana. W przeciwnym razie można by bowiem powziąć wątpliwość, czy umowa taka pozostaje jeszcze umową ubezpieczenia, a w konsekwencji, czy zakład ubezpieczeń, oferując taką umowę, nie dopuszcza się naruszenia prawa (obawa taka jawi się jako realna zwłaszcza w kontekście sposobu określania w takich umowach sumy ubezpieczenia, z którego wynika, że główną funkcją umów będących przedmiotem sporu jest właśnie funkcja inwestycyjna, co jest w ocenie Rzecznika nie do pogodzenia z celem i naturą stosunku ubezpieczenia, o czym szerzej była mowa w I części Raportu).

Wśród norm regulujących stosunek ubezpieczenia można znaleźć kompleksową regulację dotyczącą kwestii rozwiązania umowy ubezpieczenia. W odniesieniu do ubezpieczeń na życie jest to art. 830 k.c., którego § 1 stanowi, iż „przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym”. W przywołanej regulacji brak jednocześnie zastrzeżenia co do obowiązku zwrotu wydatków, które druga strona umowy poniosła w związku z należyтым wykonywaniem umowy. Tym samym więc, mając na uwadze zasadę racjonalności ustawodawcy, należy przyjmować, że brak zastrzeżenia obowiązku zwrotu wydatków jest celowy i zamierzony, albowiem jedynym wynagrodzeniem, którego ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego, jest składka z tytułu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej (art. 805 § 1 k.c.), względnie opłaty szczegółowo określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Tym samym ustawodawca nie przewidział uprawnienia ubezpieczyciela do domagania się od ubezpieczającego wynagrodzenia (ponad uzasadnioną marżę wkalkulowaną w składkę ubezpieczeniową), czy też – co więcej – odszkodowania za wypowiedzenie umowy przed założonym przez ubezpieczyciela okresem jej obowiązywania.

Reasumując, w ocenie Rzecznika Finansowego wszelkie obciążenia finansowe, jakie ciążą na ubezpieczającym, czy to w części ochronnej, czy też w części inwestycyjnej umowy ubezpieczenia, winny wynikać nie tylko z przepisów prawa, lecz także mieć

odzwierciedlenie w ogólnych warunkach ubezpieczenia, co w prosty sposób prowadzi do wniosku, że jeżeli określone obciążenie nie wynika z ogólnych warunków, tudzież jeżeli postanowienie wzorca, z którego to obciążenie wynika, okazało się bezskuteczne w stosunku do ubezpieczającego, to obciążenie to nie spoczywa na nim.

Wśród argumentów podnoszonych przez ubezpieczycieli dla uzasadnienia stosowania dyspozycji art. 746 § 1 zd. 2 k.c. w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym można spotkać też taki, że dyspozycja art. 830 k.c. ma zastosowanie jedynie do wypowiedzenia części ochronnej umowy ubezpieczenia, natomiast w części inwestycyjnej do wypowiedzenia umowy zastosowanie winny mieć właśnie przepisy o umowie zlecenia.

Odnosząc się do tej argumentacji, przede wszystkim należy wskazać, że mając na uwadze powszechnie stosowaną konstrukcję umowy ubezpieczenia z UFK, a także wyniki prowadzonych przez Rzecznika Finansowego analiz wzorców umów, warunki żadnej z analizowanych umów nie przewidują możliwości wypowiedzenia ich jedynie w zakresie dotyczącym części inwestycyjnej. Nawet bowiem sam wykup częściowy, który jest przewidziany w większości przypadków, ogranicza się do umorzenia tylko określonej części jednostek zgromadzonych na rachunku jednostek danego ubezpieczającego, co skutkuje zmniejszeniem wartości tego rachunku, nie zaś jego całkowitą likwidacją. Zupełna likwidacja jest natomiast możliwa wyłącznie w przypadku tzw. wykupu całkowitego, co jednak jest równoznaczne z wygaśnięciem całej umowy ubezpieczenia, zarówno w jej warstwie ochronnej, jak i inwestycyjnej.

Ponadto w ocenie Rzecznika Finansowego sam fakt, że w umowie ubezpieczenia z UFK można doszukać się cech umowy świadczenia usług, nie może przesądzać o tym, że uprawnienia prawokształtujące w odniesieniu do bytu prawnego tej umowy (a więc czynności związane z jej zawarciem czy też rozwiązaniem) ubezpieczający – a w konsekwencji również ubezpieczyciel – może, a nawet powinien, wykonywać osobno, w odniesieniu do każdego z elementów umowy. Tak bowiem jak samo zawarcie umowy odnosi skutek zarówno do części ochronnej, jak i inwestycyjnej, tak też i wypowiedzenie umowy jako takiej, przy braku odmiennego zastrzeżenia umownego, winno odnosić się do całego stosunku umownego, jak również powinno podlegać jednemu reżimowi prawnemu. Wprowadzenie swoistego dualizmu reżimów prawnych, jakim podlegać powinno wypowiedzenie umowy (innego dla części inwestycyjnej, a innego dla części

ochronnej), w ocenie Rzecznika Finansowego poddawałoby zresztą również w wątpliwość samą integralność umowy jako takiej. Skoro bowiem rozwiązanie umowy miałyby podlegać normom charakterystycznym dla dwóch odmiennych instytucji prawnych, które dodatkowo wprowadzają daleko idące różnice pomiędzy uprawnieniami skorzystania z prawa wypowiedzenia umowy, a także w zależności od przyczyn wypowiedzenia wprowadzają istotne różnice w zakresie praw i obowiązków stron, to powstaje wątpliwość, czy w istocie mamy do czynienia z jedną umową, czy może z dwiema, z których jedna nie jest jednak w żadnej mierze umową ubezpieczenia.

Abstrahując od powyższego, w odniesieniu do prezentowanej przez zakłady ubezpieczeń argumentacji w zakresie stosowania przepisów o zleceniu do tej części umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która określa prawa i obowiązki związane z inwestowaniem składek w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, nie przesądzając powyższej kwestii, Rzecznik Finansowy pragnie również zwrócić uwagę, że art. 750 k.c. stanowi, iż przepisy o zleceniu znajdują jedynie odpowiednie zastosowanie do umów świadczenia usług, które nie zostały uregulowane innymi przepisami. Zasada odpowiedniego stosowania zakłada jednak uwzględnienie specyfiki stosunku prawnego, do którego zastosowanie mają znaleźć określone przepisy, co sprowadza się do tego, że konieczna może być ich modyfikacja, a niekiedy nawet ich stosowanie nie będzie w ogóle możliwe¹⁸. Powyższa konstatacja znajduje również potwierdzenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego, który w wyroku z dnia 23 stycznia 2008 r. (V CSK 377/07, opubl. Legalis) orzekł, iż: „odpowiednie stosowanie przepisów o zleceniu do umowy o świadczenie usług oznacza konieczność uwzględnienia specyfiki konkretnej sytuacji. Może więc wchodzić w grę stosowanie określonych przepisów wprost, z dostosowywaniem do okoliczności modyfikacjami, a nawet wyłączenie stosowania pewnych przepisów z uwagi na odmienne cechy danego przypadku, wynikające ze swobodnego ukształtowania przez strony stosunku prawnego (art. 353[1] KC)”.

Na podstawie analizy orzeczeń sądowych można poczynić konstatację, że powyższe stanowisko Rzecznika Finansowego nie jest odosobnione i prezentowane jest również przez sądy powszechne orzekające w indywidualnych sprawach konsumentów.

Dla przykładu można przywołać wywód zawarty w uzasadnieniu prawomocnego

¹⁸ Por. L. Ogiegło, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny*, t. 2, *Komentarz do art. 450–1088. Przepisy wprowadzające*, C.H. Beck, Warszawa 2015.

wyroku Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu z dnia 9 grudnia 2014 r. (I C 1493/14, niepubl.), w którym Sąd wskazał: „Ponadto za niezasługującą na aprobatę uznał sąd również argumentację strony pozwanej, polegającą na twierdzeniu, że zwrot kosztów objętych opłatą likwidacyjną należał się stronie pozwanej z racji tego, że łącząca ją z powódką umowa ubezpieczenia składała się z części ubezpieczeniowej a zatem ochronnej i z części lokacyjnej, z których ta ostatnia miała charakter mieszany, stanowiąc umowę o świadczenie usług, do której zastosowanie znajdują przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.). Zdaniem sądu przepisy te nie miały zastosowania w stosunku do strony pozwanej. Zgodnie z art. 750 k.c. przepisy te znajdują zastosowanie do umów o świadczenie usług nieuregulowanych innymi przepisami. Tymczasem umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym uregulowana została w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2014.768 t.j.), w przepisie art. 13 ust. 4, w którym wskazano, że w umowie należy wprost określić m.in. zasady ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. *Ratio legis* wprowadzenia przywołanej regulacji ustawowej miało na celu uniemożliwienie obciążenia ubezpieczającego kosztami niewymienionymi w umowie”.

W wyroku z dnia 27 października 2014 r. (I C 1318/14, niepubl.) Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu stwierdził z kolei, że: „Chybiona jest argumentacja strony pozwanej, jakoby opłata likwidacyjna powinna pokrywać poniesione przez nią już wcześniej koszty akwizycji (prowizji pośrednika). Pomijając już fakt, że z OWU ani innych dokumentów związanych z zawarciem umowy w ogóle nie wynika, aby opłata likwidacyjna miała na celu skompensowanie stronie pozwanej wszystkich kosztów związanych z umową, a nie tylko kosztów likwidacji polisy, wskazać należy, że koszty związane z działalnością marketingową i aktywnym poszukiwaniem klientów nie są kosztami ponoszonymi bezpośrednio w związku z umową i nie mogą być traktowane jako konieczny ekwiwalentny składnik świadczeń ubezpieczonego. Są to ogólne koszty działalności strony pozwanej, objęte jej ryzykiem gospodarczym; »odzyskanie« ich od klientów następuje poprzez pobieranie od nich określonych świadczeń o charakterze marży, wynagrodzenia, prowizji czy opłat za zarządzanie (czyli upraszczając, jest uwzględniana w »cenie« oferowanego produktu), nie zaś za pomocą »kar« czy »odszkodowań« za rozwiązanie umowy. Dążenie strony pozwanej do zapewnienia sobie zysków i zredukowania ryzyka

związanego z negatywną oceną oferty strony pozwanej przez jej klientów nie może prowadzić do obciążania tymże ryzykiem oraz wszelkimi ponoszonymi przez nią kosztami drugiej strony umowy ubezpieczenia. [...] Na marginesie tylko należy wyrazić zdziwienie, że strona pozwana interpretuje koszty »zwerbowania« klienta (koszty akwizycji swych produktów) jako koszty »wykonywania« umowy zawartej z klientem, czy też jako swą szkodę wywołaną przez klienta. Jak już wcześniej wyjaśniono, koszty te nie są związane w żaden sposób z wykonywaniem umowy (a jedynie z pozyskaniem klienta) i są objęte zwykłym ryzykiem gospodarczym strony pozwanej”.

Jak więc wynika z powyższego również orzecznictwo sądowe skłania się ku koncepcji pierwszeństwa przepisów prawa ubezpieczeń przed przepisami natury ogólnej wszędzie tam, gdzie mimo szczątkowej regulacji umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, można doszukać się norm, które choćby pośrednio odnoszą się do tego typu umowy.

Powyższe stwierdzenie dotyka zresztą również kwestii prawidłowości wypełniania przez zakłady ubezpieczeń, w odniesieniu do postanowień dotyczących opłat likwidacyjnych, względnie określających wysokość wartości wykupu, dyspozycji art. 13 ust. 4 u.d.u.¹⁹, zgodnie z którą w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia: zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia (pkt 2), a także zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 5). W ocenie Rzecznika nie ulega wątpliwości, że pod pojęciem „zasad ustalania” należy rozumieć takie określenie sposobu pobierania opłat i dokonywania potrąceń, który w sposób precyzyjny i niebudzący wątpliwości pozwala nie tylko na określenie wysokości obciążeń wynikających z umowy ubezpieczenia, lecz także ich *causae*. Norma ta, podobnie zresztą jak pozostałe postanowienia art. 13 u.d.u., służy bowiem jak

¹⁹ Z uwagi na datę sporządzenia niniejszego opracowania realizacja obowiązków zakładów ubezpieczeń w odniesieniu do sposobu konstruowania treści ogólnych warunków ubezpieczenia podlegała ocenie jedynie na podstawie stanu prawnego regulowanego ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, choć z uwagi na zbieżność regulacji art. 13 tej ustawy z art. 23 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej można stwierdzić, że zarówno uwagi poczynione w odniesieniu do nieobowiązującego już stanu prawnego jak i orzecznictwo odnoszące się do niego, nie tracą na aktualności również w obecnym stanie prawnym.

najpełniejszemu zabezpieczeniu prawa osób ubezpieczonych i ubezpieczających do informacji na temat ich praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia, a także zachowaniu jak największej transparentności w zarządzaniu przez zakłady ubezpieczeń powierzonymi im środkami.

Na tym gruncie powstaje jednak pytanie, czy samo wskazanie w ogólnych warunkach ubezpieczenia uprawnienia do pobrania opłaty likwidacyjnej, jak również wskazanie wartości procentowych tej opłaty, względnie wzoru matematycznego na jej obliczenie, czyni zadość wymogom art. 13 ust. 4 u.d.u. Odpowiedź na to pytanie wydaje się być kluczowa dla powodzenia, względnie niepowodzenia argumentacji o ekwiwalentności pobieranych opłat likwidacyjnych w stosunku do kosztów ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń – jako okoliczności wyłączającej abuzywność postanowień przewidujących uprawnienie do pobrania opłat likwidacyjnych czy też odnoszących się do sposobu ustalania ich wysokości. Problem ten jest w szczególności widoczny w przypadku uznania niedozwolonego charakteru postanowień odnoszących się do samej tylko wysokości opłat likwidacyjnych, przy jednoczesnym braku zakwestionowania uprawnienia do pobierania tych opłat jako takich, co skutkuje pozbawieniem mocy wiążącej postanowień określających wartość opłaty, przy zachowaniu w mocy postanowień określających uprawnienie do pobrania opłaty. W ocenie Rzecznika Finansowego samo zawarowanie w ogólnych warunkach ubezpieczenia postanowienia uprawniającego do pobrania opłaty likwidacyjnej, tudzież zatrzymania określonej kwoty w związku z wykupem ubezpieczenia, bez jednoczesnego wskazania, jakie czynniki mają wpływ na wysokość dokonywanych potrąceń, a także wskazania powiązania z kosztami ponoszonymi przez ubezpieczyciela w związku z rozwiązaniem umowy – nawet przy utrzymaniu w mocy takiego postanowienia – czyni ustalenie wartości opłaty należnej ubezpieczycielowi niemożliwym, a co za tym idzie, należy uznać, że takie postanowienie nie skutkuje powstaniem dla ubezpieczyciela żadnych uprawnień.

W powyższym tonie wypowiedział się również Sąd Okręgowy w Poznaniu Wydział XV Cywilny Odwoławczy w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 maja 2014 r. (XV Ca 249/14, niepubl.), wydanego w wyniku rozpoznania apelacji od wyroku Sądu Rejonowego Poznań-Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu z dnia 7 listopada 2013 r. (I C 77/13, niepubl.). Sąd stwierdził, że: „Niezależnie od powyższego nie można zaaprobować twierdzeń pozwanego jakoby na podstawie OWU pozwanemu przysługiwały względem powódki jakiejkolwiek roszczenia pieniężne z tytułu wydatków poniesionych w związku z realizacją umowy, a w szczególności

kosztów prowizji uiszczonej agencji ubezpieczeniowej oraz kosztów likwidacji polis ubezpieczeniowych. Jak już wykazano uznanie *in concreto* postanowienia § 18 ust. 6 wzorca OWU za klauzulę niedozwoloną (abuzywną) w rozumieniu art. 385¹ k.c. skutkuje tym, że w stosunkach między powódką i pozwanym postanowienie to nie obowiązuje. Oznacza to, że w umowie strona pozwana nie wskazała nie tylko podstawy naliczania opłat likwidacyjnych, ale również co wchodzi w skład tych opłat, a także sposobu ich wyliczenia i wysokości. W szczególności w OWU brak postanowienia, z którego wynikałoby, że pozwanemu należy się zwrot wydatków poniesionych w związku z opłaceniem prowizji od zawarcia umowy ubezpieczenia, a także zwrot kosztów likwidacji polisy. W istocie więc pozwany formułuje swoje roszczenia bez żadnej podstawy umownej, opierając się na bliżej niesprecyzowanych kosztach, które rzekomo poniósł przy zawarciu z powódką umowy, a także po jej zakończeniu. [...] Brak podstaw do obciążania konsumenta tymi wydatkami, gdyż nie zostały one zastrzeżone w umowie ani w OWU w chwili podpisywania przez niego umowy, a zatem ich uwzględnienie doprowadziłoby do sytuacji, że ubezpieczający zostałby obciążony kosztami, na wysokość których nie miałby żadnego wpływu, gdyż są one uzależnione od umowy wiążącej ubezpieczyciela z pośrednikiem (agentem) i to pomimo że mają one decydujące znaczenie dla jego interesów majątkowych w razie wygaśnięcia umowy (por. wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 r. ICSK 149/13, Biul. SN 2014/2/14). Z tych względów za bezzasadne należało uznać również zarzuty naruszenia art. 742 i 746 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, skoro przedstawione przez pozwanego do potrącenia wydatki nie wynikały z postanowień umowy oraz OWU, zatem nie było podstaw do obciążania nimi powódki. Nietrafnie przy tym apelujący [...] wywodził, że podstawę naliczenia opłat likwidacyjnych, które stanowią równowartość prowizji wypłaconej przy zawarciu umowy agentowi oraz kosztów likwidacji polisy, stanowi § 18 ust. 1 pkt 5 OWU, w którym stwierdzono, że Towarzystwo pobiera opłatę likwidacyjną. Przepis ten ma charakter blankietowy i nie wypływa z niego żadna norma, na podstawie której pozwany mógłby dochodzić od powódki zwrotu równowartości prowizji oraz wydatków związanych z likwidacją polis ubezpieczeniowych”.

Jak już wyżej wspomniano, w postępowaniach wytaczanych przez konsumentów często można się spotkać z prezentowaną przez zakłady ubezpieczeń argumentacją, zgodnie z którą kwota zatrzymywana w związku z wykupem ubezpieczenia, czy to w formie opłaty likwidacyjnej, czy też zastosowania procentowego współczynnika wykupu, stanowi rodzaj odszkodowania za wcześniejsze, niż założył to zakład ubezpieczeń, rozwiązanie umowy

ubezpieczenia, a które to odszkodowanie w myśl art. 361 § 2 k.c. powinno obejmować zarówno szkodę w postaci kosztów poniesionych w związku z zawarciem i obsługą umowy, jak i utracone korzyści w postaci założonego zysku.

W kontekście tak budowanej argumentacji Rzecznik Finansowy pragnie jednak zwrócić uwagę, że zobowiązanie do naprawienia szkody winno mieć swoje źródło w samej odpowiedzialności za szkodę. Może tu wchodzić w grę odpowiedzialność *ex contractu* albo *ex delicto*. U podstaw każdego z tych rodzajów odpowiedzialności leży jednak działanie naruszające prawo. W przypadku odpowiedzialności kontraktowej, która mogłaby teoretycznie wchodzić w rachubę na gruncie zarzutów formułowanych przez ubezpieczycieli, szkoda musiałaby więc mieć związek z zawinionym niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania przez jedną ze stron umowy (art. 471 k.c.). Trudno jednak jako naruszenie prawa traktować realizację przez ubezpieczającego przysługującego mu z mocy bezwzględnie obowiązującego art. 830 § 1 k.c., a także wielokrotnie z samych warunków ubezpieczeń, prawa podmiotowego w postaci uprawnienia do wypowiedzenia umowy w każdym czasie i bez wskazania przyczyny, czy też równoznacznego z wypowiedzeniem wykupu całkowitego. Stąd też w ocenie Rzecznika Finansowego, niezależnie od tego, na jaki okres został pierwotnie zakontraktowany stosunek ubezpieczenia i po jakim czasie dojdzie do jego rozwiązania, nieosiągnięcie przez zakład ubezpieczeń ekonomicznej efektywności zawartej umowy na założonym pierwotnie poziomie nie może być utożsamiane z wyrządzeniem przez ubezpieczającego szkody, a tym samym nie skutkuje obowiązkiem jej naprawienia²⁰.

W podobnym tonie wypowiedział się również Sąd Rejonowy w Brzegu, który w uzasadnieniu wyroku z dnia 16 października 2013 r. (I C 440/13, niepubl.) stwierdził, iż: „Trudno również mówić o szkodzie w postaci utraty planowanych korzyści, kosztów prowizyjnych za czynności agencyjne, czy też poniesienia innych kosztów związanych z obsługą umowy ubezpieczenia w sytuacji, gdy w OWU mających zastosowanie do umowy powoda, przewidziano możliwość wypowiedzenia w każdym czasie i to nawet bez uzasadnienia”.

Również w cytowanym już wyroku z dnia 23 maja 2014 r. (XV Ca 249/14, niepubl.) Sąd Okręgowy w Poznaniu stwierdził, że: „[...] w okolicznościach sprawy nie skonkretyzowały się przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej powódki, gdyż wygaśnięcie umowy nie nastąpiło na skutek niewykonania lub nienależytego wykonania przez nią umowy (art. 471 k.c.). Stosownie do § 23 ust. 2 pkt 2 OWU powódka mogła bowiem w każdej chwili zaprzestać

²⁰ Por. pogląd Rzecznika Ubezpieczonych w sprawie RU/POG/57/AG/14.

uiszczania składek, czego skutkiem było wygaśnięcie umowy i powstanie po stronie ubezpieczonej prawa do żądania dokonania całkowitej wypłaty zgromadzonych w Funduszu środków pieniężnych. Zaprzestanie uiszczania przez powódkę składek było prawnie dopuszczalne w umowie, a zatem nie można aktualnie z tego powodu czynić powódce zarzutu i traktować jej zachowania, które stanowiło realizację uprawnienia zastrzeżonego w umowie, jako nienależytego wykonania zobowiązania”.

Co więcej, w uzasadnieniu wyroku Sądu Rejonowego w Częstochowie z dnia 6 grudnia 2013 r. (I C 1758/13upr, niepubl.), utrzymanego w mocy wyrokiem Sądu Okręgowego w Częstochowie z dnia 6 marca 2014 r. (VI Ca 102/14, niepubl.), Sąd *meriti* stwierdził, że nawet gdyby ewentualne roszczenie odszkodowawcze powstało, „to z wyłącznej winy pozwanego, który próbował wprowadzić do umowy postanowienia stanowiące klauzule niedozwolone. Jeżeli więc wyrządzona została szkoda, to podmiotowi, który za powstanie tej szkody odpowiada”.

Na brak powiązania opłat z uzasadnionymi kosztami zwraca uwagę również Sąd Okręgowy w Warszawie w nieprawomocnym wyroku z dnia 27 marca 2015 r. (III C 1453/13, opubl. www.orzeczenia.warszawa.so.ov.pl), twierdząc, że: „w istocie więc Ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy – bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, przy czym zastrzeżenie to ma charakter uniwersalny, tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela ogromnej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarcza tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter”.

1.3. Opłata likwidacyjna i wartość wykupu jako świadczenia główne w umowie ubezpieczenia na życie z UFK

Wielokrotnie i coraz częściej podnoszonym przez ubezpieczycieli argumentem przeciwko zasadności powództw konsumentów opartych o abuzywność postanowień umownych, na podstawie których są dokonywane potrącenia z przypadających im świadczeń wykupu, jest zarzut, że zarówno opłaty likwidacyjne, jak i świadczenia wykupu stanowią główne świadczenia w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Cel podejmowania powyższej argumentacji jest oczywisty, albowiem zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. spod kontroli pod kontem abuzywności uchylają się postanowienia określające w sposób jednoznaczny główne świadczenia stron. Tym samym więc wykazanie już na wstępie, że opłata likwidacyjna, tudzież świadczenie wykupu stanowią główne świadczenie w umowie ubezpieczenia, w istocie czyni bezprzedmiotowym dalsze badanie przesłanek abuzywności postanowienia umownego, a więc w szczególności przesłanki sprzeczności z dobrymi obyczajami, jak również przesłanki rażącego naruszenia interesów konsumenta.

Jako uzasadnienie dla uznania opłaty likwidacyjnej za świadczenie główne w pismach procesowych towarzystw ubezpieczeń można spotkać twierdzenia, iż opłata likwidacyjna jest niejako emanacją zobowiązania ubezpieczającego do zwrotu na rzecz ubezpieczyciela poniesionych kosztów, źródłem którego to zobowiązania miałyby być szerzej komentowane powyżej przepisy o umowie zlecenia. Można również spotkać się ze stwierdzeniem, że wszystkie opłaty wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia to obok składki ubezpieczeniowej główne świadczenia ubezpieczającego.

W odniesieniu do tej argumentacji orzecznictwo sądowe jest jednak dość jednoznaczne. Dla przykładu można tu wskazać choćby wyrok Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu z dnia 20 listopada 2014 r. (I C 1366/14, niepubl.), w którego uzasadnieniu wskazano, że: „Nie ma podstaw, ażeby traktować opłatę likwidacyjną jako świadczenie główne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., co wyłączałoby kontrolę klauzuli w trybie tego przepisu. Z istoty stosunku ubezpieczenia wynika, że świadczeniem głównym należnym zakładowi ubezpieczeń jest składka (art. 805 § 1 k.c.). Świadczenie określone poza składką będzie w tej sytuacji świadczeniem ubocznym. Takim świadczeniem jest w szczególności każde świadczenie związane z przedwczesnym rozwiązaniem umowy”. Również w wyroku z dnia 16 października 2014 r. (I C 1064/14, niepubl.) ten sam Sąd

stwierdził, że „Przeciwko uznaniu opłaty likwidacyjnej za główne świadczenie umowne przemawia chociażby sam fakt, że naliczana miała być jedynie w wyjątkowym przypadku – a mianowicie w razie przedterminowego rozwiązania lub wygaśnięcia umowy. Była zatem świadczeniem ubocznym, zastrzeżonym na wypadek zakończenia stosunku ubezpieczenia przed uzgodnionym terminem. Wbrew temu, co wywodzi strona pozwana, nie było również podstaw do uznania opłaty likwidacyjnej za świadczenie główne tylko z tego względu, że była potrącana ze świadczenia głównego strony pozwanej”.

Jako uzasadnienie dla twierdzenia, że również świadczenie wykupu stanowi świadczenie główne, wskazuje się z kolei m.in. na to, że świadczenie zakładu ubezpieczeń polegające na realizacji wykupu jest świadczeniem typowym dla umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, co przejawia się w tym, że skoro ustawodawca dopuścił możliwość oferowania umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, to jednocześnie zaakceptował to, że wszelkie wypłaty inwestowanych środków uznawane będą za główne świadczenia stron. Jako uzasadnienie dla uznawania wartości wykupu za główne świadczenie z umowy ubezpieczenia w pismach procesowych ubezpieczycieli można również spotkać powoływanie się na art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u., zgodnie z którym w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia. Jak można wnioskować z argumentacji prezentowanej przez zakłady ubezpieczeń, fakt, że w ww. regulacji wskazano zasady ustalania wartości wykupu, przesądza niejako o tym, że ustawodawca zrównał obowiązek wypłaty wykupu ze świadczeniem głównym.

Zdaniem Rzecznika Finansowego powyższa argumentacja jest jednak nieuzasadniona. Co więcej, fakt, że w art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u. ustawodawca wyraźnie wskazuje na zasady ustalania świadczeń i na zasady ustalania wartości wykupu, w ocenie Rzecznika świadczy o tym, że ustawodawca rozróżnia pojęcia świadczeń oraz wartości wykupu, a co za tym idzie ich utożsamianie jest nieprawidłowe i bezpodstawne.

Warto również zwrócić uwagę na pogląd, zgodnie z którym wykup ubezpieczenia nie jest nawet świadczeniem ubocznym, a nade wszystko nie jest w ogóle świadczeniem w

rozumieniu art. 353 k.c.²¹

Nie wdając się w rozważania natury teoretyczno-prawnej, Rzecznik Finansowy wyraża pogląd, że powyższa klasyfikacja świadczeń jako głównych i ubocznych winna być poprzedzona analizą całokształtu stosunku ubezpieczenia, do którego nawiązania dochodzi poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w szczególności zaś celu społeczno-gospodarczego samej umowy ubezpieczenia.

W tym kontekście oczywiste jest, że zasadniczym i głównym celem umowy ubezpieczenia na życie, czy to w czystej postaci, czy też połączonej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jest uzyskanie ochrony na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej lub też dożycia przez nią określonego wieku. Istnienie po stronie ubezpieczyciela zobowiązania do takiego właśnie świadczenia (przy jednoczesnym zobowiązaniu ubezpieczającego do opłacania składki), jest więc jedynym elementem koniecznym do zawązania stosunku ubezpieczenia. Opcja gromadzenia środków w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych jest natomiast wariantem dodatkowym, który w danej umowie ubezpieczenia może się skonkretyzować, ale nie musi (choć w praktyce jest to element występujący zawsze). Nie musi również skonkretyzować się zobowiązanie ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia w postaci realizacji wartości wykupu, albowiem do spełnienia tego świadczenia wcale nie musi dojść, aby zrealizował się cel społeczno-gospodarczy umowy. Co więcej, mając na uwadze fakt, że umowa ubezpieczenia, w której przedmiotem ochrony jest życie osoby ubezpieczonej, czy też tym bardziej dożycie przez nią określonego wieku, zawsze przybiera postać umowy zawartej na czas oznaczony, można stwierdzić, że sytuacje, w których dochodzi do realizacji wartości wykupu, są przypadkami rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, a zatem wyjątkowymi. Tym samym nie można zdaniem Rzecznika Finansowego przyjmować założenia, że świadczenie, do którego spełnienia wcale nie musi dojść w wyniku realizacji *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia i które nie prowadzi do realizacji społeczno-gospodarczego celu umowy ubezpieczenia, a nawet przeciwnie – co wielokrotnie akcentowane jest przez zakłady

²¹ Por. W. Kamieński, *Główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia na życie z u.f.k.*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 17 (2/2014). Zdaniem autora w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel zobowiązuje się do następujących świadczeń głównych: świadczenia na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej (art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c.) oraz świadczenia polegającego na zarządzaniu na zlecenie, lecz nie na rachunek ubezpieczającego, środkami pieniężnymi pochodzącymi z wpłaconych składek, stanowiącymi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, tj. rezerwę ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający (art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c. oraz art. 2 ust. 1 pkt 13 i art. 151 ust. 2 pkt 6 u.d.u.).

ubezpieczeń w pismach procesowych – jego realizacja w pierwszych latach obowiązywania umowy nawet ten cel niweczy, jest świadczeniem głównym²².

W tym miejscu należy również zwrócić uwagę na sposób rozumienia pojęcia „świadczenie główne” w kontekście normy art. 385¹ § 1 k.c. prezentowany przez Sąd Najwyższy. Otóż w postanowieniu Izby Cywilnej z dnia 6 stycznia 2005 r. (III CZP 76/04, opubl. „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 11, poz. 40, s. 40) Sąd Najwyższy stwierdził, że „cel przepisu art. 385¹ KC nie pozwala na ograniczanie ochrony partnera umowy w wyniku szerokiej interpretacji formuły »postanowień określających główne świadczenia stron«. Z kolei w uchwale Izby Cywilnej z dnia 29 czerwca 2007 r. (III CZP 62/07, opubl. OSNC 2008, nr 7-8, poz. 87, s. 115) Sąd Najwyższy wyraził stanowisko, zgodnie z którym „w piśmiennictwie formułowany jest ogólny postulat, by pojęcie postanowień określających główne świadczenia stron rozumieć wąsko, jako obejmujący jedynie klauzule wprost odnoszące się do obowiązku głównego realizowanego w ramach umowy, przez określenie jego zakresu, a wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną”.

O ile w orzecznictwie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów pogląd o tym, że świadczenie wykupu nie stanowi świadczenia głównego jest raczej ugruntowany²³, to już analiza orzecznictwa w indywidualnych sprawach, w których przedmiotem jest incydentalna kontrola wzorców umów, wskazuje, że kwestia ta nie jest rozstrzygana jednoznacznie zwłaszcza w przypadkach, gdzie we wzorcu umowy literalnie nie przewiduje się uprawnienia ubezpieczyciela do pobrania opłaty likwidacyjnej czy też opłaty za wykup, natomiast sama wartość wykupu definiowana jest jako określony ułamek wartości rachunku²⁴. W wyroku z dnia 3 marca 2015 r. (V Ca 751/14, opubl. www.orzeczenia.ms.gov.pl) Sąd Okręgowy w Warszawie, działający jako sąd drugiej instancji, stwierdził, że: „Z będącej przedmiotem do rozpoznania sprawy umowy ubezpieczenia oraz stanowiącym jej integralną częścią »ogólnych warunków ubezpieczenia

²² Powyższe stanowisko Rzecznik Ubezpieczonych wyraził m.in. w sprawie RU/POG/14/AG/15.

²³ Por. wyrok SA w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r. (ACa 87/12, opubl. www.orzeczenia.waw.sa.gov.pl) oddalający apelację pozwanego od wyroku SOKiK z dnia 7 października 2011 r. (XVII Amc 1704/09).

²⁴ Por. Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną Multiportfel Złoty Wiek (OW-R-ZWK-111220), zatwierdzone uchwałą Nr 177/2011 Zarządu Skandia Życie TU S.A. z dnia 30 listopada 2011 r., które weszły w życie z dniem 20 grudnia 2011 r., wraz z załącznikiem nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną Multiportfel Złoty Wiek (ZA-111220-R-ZWK-111220), zatwierdzonym uchwałą Nr 178/2011 Zarządu Skandia Życie TU S.A. z dnia 30 listopada 2011 r., który wszedł w życie z dniem 20 grudnia 2011 r.

na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną multiportfel (...)» jednoznacznie wynika, że świadczeniem głównym stron jest po stronie ubezpieczającego/ubezpieczonego (w niniejszym wypadku jest to ta sama osoba – powód) obowiązek płacenia miesięcznej składki przez cały okres trwania umowy, a po stronie ubezpieczyciela (pozwanego) obowiązek realizacji jednego z trzech świadczeń, w zależności od okoliczności i wystąpienia zdarzeń szczegółowo w OWU określonych. Świadczenia te są szczegółowo określone w OWU. Wynika z nich że są to: Świadczenie Wykupu, Świadczenie z tytułu Dożycia i Świadczenia z tytułu Śmierci, przy czym wystąpienie jednego z tych zdarzeń wyklucza obowiązek po stronie ubezpieczyciela realizacji pozostałych dwóch. [...] Świadczenie Wykupu jest niewątpliwie po stronie Ubezpieczyciela świadczeniem głównym, skoro jest najważniejszym dla ubezpieczającego celem umowy. Cel umowy przedmiotowej to bowiem inwestowanie składek ubezpieczającego w »Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy« w sposób wskazany przez płacącego składki i w dalszej kolejności ubezpieczyciel jest związany albo zdarzeniem w postaci śmierci ubezpieczonego i wynikającego z niego obowiązkiem wypłacenia Świadczenia z tytułu Śmierci lub w przypadku jego niewystąpienia zdarzeniem w postaci zakończenia umowy i wypłaceniem Świadczenia z tytułu Dożycia albo też wcześniejszego przed końcem umowy żądania ubezpieczającego jej rozwiązania i związanym z tym obowiązkiem wypłacenia Świadczenia Wykupu.

Tym samym Świadczenie Wykupu i reguły je określające, w tym również to, że polega ono na wypłaceniu wyłącznie, w przypadku, gdy wypowiedzenie umowy i żądanie wypłacenia Świadczenia Wykupu nastąpi w czasie trwania Okresu Bazowego, części składek znajdujących się na Części Bazowej Rachunku, określonej w załączniku, nie może jako postanowienie umowy określające główne świadczenia stron w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.p.c. być przedmiotem oceny w ramach incydentalnej kontroli wzorca umowy dokonywanej przez Sąd”.

W podobnym tonie ten sam Sąd wypowiedział się w wyroku z dnia 5 marca 2015 r. (V Ca 996/14, opubl. www.orzeczenia.ms.gov.pl)²⁵.

²⁵ Również w nieprawomocnym wyroku z dnia 8 września 2015 r. (II C 150/15, opubl. [www.orzeczenia.ms.gov.pl/content/\\$N/152510000001003_II_C_000150_2015_Uz_2015-09-22_002](http://www.orzeczenia.ms.gov.pl/content/$N/152510000001003_II_C_000150_2015_Uz_2015-09-22_002)) SO w Łodzi, w odniesieniu do wzorca umownego, w którym wartość wykupu została określona jako ułamek wartości części bazowej rachunku, przyjął koncepcję, iż świadczenie wykupu jest świadczeniem głównym, argumentując, że: „Przewidziane łączącą strony umową świadczenie wykupu, jest bowiem jednym z trzech

Ustalenie charakteru świadczenia wykupu zostało w powyższych przypadkach poczynione w oparciu o literalną analizę ogólnych warunków ubezpieczenia, gdzie ubezpieczyciel zdefiniował świadczenie wykupu właśnie jako świadczenie podstawowe. Na gruncie powyższego orzecznictwa pojawiają się również głosy krytyczne, poddające w wątpliwość to, czy samo określenie świadczenia jako głównego przez autora wzorca umownego, a więc przez przedsiębiorcę zawierającego z konsumentem umowę ubezpieczenia, jest wystarczającym kryterium do takiego właśnie kwalifikowania tego świadczenia²⁶.

Warto również zwrócić uwagę, że w obu omawianych sprawach sądy pierwszej instancji odmówiły uznania świadczeń wykupu za główne świadczenia stron. Jak czytamy w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 3 marca 2015 r. (V Ca 751/14), „Sąd I instancji uznał za nieuzasadniony pogląd, wyrażony przez pozwanego, iż świadczenie wykupu jest głównym świadczeniem stron. Wprawdzie ustawodawca nie określił co należy rozumieć przez sformułowanie »główne świadczenia stron«, ale należałoby sądzić, że są to takie elementy konstrukcyjne umowy, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia. W niniejszym przypadku są to: ze strony pozwanego —

głównych świadczeń zawartej umowy. Każde z nich wypłacane jest w innych okolicznościach faktycznych i na rzecz różnych podmiotów. Są to: świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego (tj. osoby fizycznej, której życie jest przedmiotem umowy) – wypłacane uposażonemu; świadczenie z tytułu dożycia – wypłacane ubezpieczonemu i świadczenie wykupu – wypłacane ubezpieczającemu (tj. podmiotowi zawierającemu umowę i zobowiązanemu do zapłaty składki regularnej), na jego wniosek, przy czym całkowita wypłata świadczenia wykupu skutkuje rozwiązaniem umowy. Świadczenia te stanowią ekwiwalent składki wpłacanej przez ubezpieczającego, przy czym wypłacane jest – stosownie do okoliczności tylko jedno z nich (z tym zastrzeżeniem, że uprzednia częściowa wypłata świadczenia wykupu nie wyklucza wypłacenia jednego z pozostałych dwóch świadczeń z tym, że w odpowiednio mniejszym rozmiarze). Postanowienia dotyczące wymienionych świadczeń stanowią elementy przedmiotowo istotne zawartej umowy. Jeżeli zatem jednoznacznie określono, iż w kolejnych latach trwania umowy realizacja świadczenia wykupu oznacza wypłatę jednoznacznie określonej części środków zgromadzonych na rachunku, to oznacza, że konsument podpisując umowę złożył oświadczenie woli, obejmujące swą treścią takie postanowienie umowne”.

²⁶ Por. W. Kamieński, K. Lehmann, *Polisolokaty: wartość wykupu nie może być świadczeniem głównym*, „Dziennik Gazeta Prawna” z 19 maja 2015 r. Według autorów: „Wartość wykupu jest niemożliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia z ufk. Jej wartość jest określana na bieżąco w trakcie trwania ubezpieczenia. Podlega ona zmianie tak, jak zmienia się wycena nabytych aktywów. O wartości wykupu decyduje koniunktura na rynkach finansowych, a nie gwarantowana stopa techniczna. Ze względu na swoją nieokreśloność wartość wykupu nie jest możliwa do objęcia konsensusem stron. Z tego względu nie może stanowić przedmiotu świadczenia. Brak konsensusu co do tak pojętego »świadczenia« czyniłby umowę niezawartą. Oznacza to, że skoro wartość wykupu nie może być świadczeniem głównym w umowie ubezpieczenia z ufk, to jest nim innego rodzaju zachowanie ubezpieczyciela. Tym innym zachowaniem, a zarazem świadczeniem głównym jest zarządzanie środkami na zlecenie. To ten sposób zachowania ubezpieczyciela jest uzgodniony przez strony. Jest wystarczająco określony, a nade wszystko stanowi ekwiwalent świadczenia ubezpieczającego, jakim jest wynagrodzenie za inwestowanie środkami (tzw. opłata za zarządzanie). Wartość polisy jako »świadczenie« nie ma swojego ekwiwalentu, a niewątpliwie umową z elementem inwestowania na zlecenie jest umową wzajemną. [...] Wartość wykupu to efekt świadczenia ubezpieczyciela, polegającego na zarządzaniu aktywami na zlecenie”.

świadczenie usług ubezpieczeniowych na rzecz konsumentów, ze strony zaś konsumenta — zapłata składki oraz opłat, związanych z obsługą inwestowania składek w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe. Na podstawie umowy ubezpieczający zobowiązuje się terminowo opłacać składki, a pozwany zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu ubezpieczającego zdarzenia przewidzianego w umowie. Do wykupu polisy i pobrania opłaty z tego tytułu dochodzi dopiero po rozwiązaniu umowy, poza zakresem głównych świadczeń stron”.

Również Sąd Okręgowy w Krakowie, w uzasadnieniu wyroku z dnia 3 czerwca 2015 r. (II Ca 1040/15, niepubl.) stwierdził, że: „Sąd I instancji wbrew zarzutom strony apelującej prawidłowo uznał, iż przepisy zawartej z powodem umowy w zakresie kształtującym wysokość świadczenia wykupu podlegają kontroli przez pryzmat przesłanek określonych w art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. Postanowienia te nie dotyczą bowiem sformułowanego w sposób jednoznaczny świadczenia głównego z umowy i tym samym nie mieszczą się w wyłączeniu, o którym art. 385¹ § 1 k.c. stanowi w zdaniu drugim. Nie sposób zgodzić się z argumentacją strony skarżącej, iż świadczenie wykupu miałyby stanowić jedno z głównych świadczeń Towarzystwa Ubezpieczeń. Analiza treści art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 k.c. oraz zapisów samej umowy prowadzi do jednoznacznego wniosku, iż głównym świadczeniem ze strony ubezpieczonego jest zapłata składki, zaś zakładu ubezpieczeń wypłata określonych w umowie środków finansowych w przypadku zaistnienia jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych. W § 3 i § 4 OWU jednoznacznie wskazano, iż przedmiotem tej umowy jest życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zaś zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe w postaci dożycia przez ubezpieczonego »daty dożycia« lub jego śmierci w okresie ubezpieczenia. Przedmiotowa umowa została zawarta na okres 20 lat. Z racji tak długiego czasu, przez który ubezpieczony ma być zobowiązany do uiszczania składek, w niniejszej sprawie comiesięcznych, zapewnienie jej możliwości wcześniejszego rozwiązania z możliwością odzyskania przekazanych środków finansowych w praktyce staje się koniecznością, aby znaleźć osoby zainteresowane tak długoterminową ofertą finansową. W ramach będącego przedmiotem niniejszej sprawy stosunku prawnego przysługujące ubezpieczonemu prawo rozwiązania tej umowy przed upływem okresu, na który została zawarta, realizowane jest przez złożenie wniosku o wypłatę świadczenia wykupu. Taki charakter tego wniosku

proceedi zaś do konstatacji, iż nie może ono zostać uznane za świadczenie główne z umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, albowiem jest to w swej istocie jedynie rozliczenie wpłaconych przez ubezpieczonego środków finansowych z uwagi na wolę jej wcześniejszego rozwiązania przez ubezpieczonego. Taka zaś sytuacja w konstrukcji tej umowy stanowi sytuację nadzwyczajną”.

Jak wskazano powyżej, cytowane orzeczenia zapadły na gruncie wzorców umownych, w których uszczuplenie środków gromadzonych przez ubezpieczających w związku z wykupem następuje nie w wyniku potrącenia opłaty likwidacyjnej, a na skutek ukształtowania świadczenia wykupu, czy też wartości wykupu, jako określonego ułamka wartości środków zgromadzonych w ramach części inwestycyjnej umowy. W umowach tych, choć nie mamy do czynienia z opłatami likwidacyjnymi *sensu stricto*, zastosowanie konstrukcji procentowego współczynnika wartości wykupu prowadzi w istocie do tych samych rezultatów w sferze majątkowej ubezpieczających, albowiem dokonujące się uszczuplenie wartości środków zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek ma dokładnie ten sam wymiar. Analogicznie, również przysporzenie po stronie ubezpieczyciela jest takie samo (problematyka tego zagadnienia została szerzej opisana w rozdziale II Raportu). W związku z powyższym w ocenie Rzecznika Finansowego brak jest podstaw do różnicowania sytuacji prawnej i ekonomicznej związanej z wykupem konsumentów, którzy zawarli umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w zależności od tego, jaką koncepcję zatrzymania środków zastosowano w przypadku ich konkretnej umowy.

Wydawało się, że powyżej opisane rozbieżności w orzecznictwie zostaną chociaż częściowo rozstrzygnięte przez Sąd Najwyższy, któremu na podstawie postanowienia z dnia 24 lipca 2015 r. Sąd Okręgowy w Warszawie (V Ca 568/15), przedstawił w trybie art. 390 k.p.c. pytanie prawne o treści: „Czy świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie wraz z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest świadczeniem głównym, czy ubocznym?”. W nawiązaniu do powyższego pytania, działając w trybie art. 28 ustawy o Rzeczniku Finansowym w zw. z art. 63 k.p.c., Rzecznik Finansowy skierował oświadczenie zawierające istotny pogląd dla sprawy, w którym w odniesieniu do kwestii przedstawionej przez Sąd Okręgowy sformułował następujące tezy:

- 1) „Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową mieszaną, zawierającą elementy różnych umów, a w szczególności umowy o zarządzanie środkami na zlecenie (umowa typu *asset management*);
- 2) umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową z zobowiązaniem do świadczenia wzajemnego, jakim jest zarządzanie środkami na zlecenie;
- 3) w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel zobowiązuje się – w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego – spełnić świadczenie polegające na zapłacie określonej kwoty pieniężnej oraz spełnić świadczenie polegające na zarządzaniu środkami na zlecenie, a ubezpieczający zobowiązuje się spełnić świadczenie polegające na zapłacie składki i innego wynagrodzenia za zarządzanie środkami na zlecenie;
- 4) na gruncie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wartość wykupu stanowi odrębną kategorię prawną od świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- 5) świadczenie z tytułu dożycia jest świadczeniem głównym w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o ile jego wysokość jest uzależniona od czynnika aktuarialnego;
- 6) wartość wykupu nie stanowi głównego świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a w szczególności nie jest świadczeniem w rozumieniu art. 353 k.c.;
- 7) brak jest tytułu prawnego dla pomniejszenia środków zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym o jakiegokolwiek kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia, w szczególności w postaci opłaty likwidacyjnej;
- 8) na gruncie stosunków zobowiązaniowych opłata likwidacyjna nie jest dopuszczalna prawnie ze względu na brak ekwiwalentnego świadczenia po stronie ubezpieczyciela;

- 9) pomniejszenie procentowe wartości rachunku stanowi ukrytą opłatę likwidacyjną, co prowadzi do tożsamej konkluzji jak w przypadku orzecznictwa sądowego dotyczącego jawnej opłaty likwidacyjnej;
- 10) długotrwały charakter umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie należy do jej *essentialia negotii*, podobnie jak długotrwałe oszczędzanie środków pieniężnych nie stanowi normatywnego celu tej umowy²⁷.

Postanowieniem z dnia 3 grudnia 2015 r. (III CZP 87/15, opubl. <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia3/iii%20czp%2087-15-1.pdf>) Sąd Najwyższy odmówił jednak podjęcia uchwały. Z uzasadnienia cytowanego postanowienia można wnioskować, że pomijając kwestie dotyczące konkretnej sprawy, na kanwie której powstało przedstawione zagadnienie prawne, a które to kwestie w zasadniczej mierze uniemożliwiły Sądowi Najwyższemu podjęcie uchwały, w ocenie Sądu różnorodność umów ubezpieczenia na życie z UFK, jak również szczytkowość regulacji prawnej w tym zakresie, pozwala na zróżnicowane ukształtowanie struktury świadczeń z nich wynikających.

Z uwagi na powyższe stanowisko, w ocenie Rzecznika Finansowego trudno się spodziewać ujednolicenia orzecznictwa sądów powszechnych w tym zakresie²⁸. Co więcej, nietrudno przewidzieć, że zarzut braku zastosowania art. 385¹ § 1 k.c. z uwagi na charakter świadczenia wykupu zapewne będzie jednym z najczęściej podnoszonych przez zakłady ubezpieczeń w celu odparcia tych powództw konsumentów, w których roszczenia formułowane są w oparciu o bezskuteczność postanowień umownych z powodu ich abuzywności.

²⁷ Pismo Rzecznika Finansowego dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie nr RF/WUE/POG/21/WK/15, zawierające istotny pogląd dla sprawy (III CZP 87/15).

²⁸ Warto jednak wskazać, że w sprawie V Ca 568/15, na kanwie której zostało skierowane wyżej omawiane pytanie prawnej, dnia 11 marca 2016 r. zapadł wyrok, w którym SO w Warszawie zmienił wyrok Sądu I instancji i zasądził na rzecz powoda (ubezpieczającego) zwrot kwoty zatrzymanej przez zakład ubezpieczeń w związku z realizacją wykupu. Na dzień publikacji niniejszego Raportu nie jest jeszcze znane uzasadnienie zapadłego orzeczenia, a co za tym idzie nie jest również znana podstawa prawna rozstrzygnięcia, jak również to, czy to właśnie charakter świadczenia, którego domagał się powód był kluczowy dla sposobu rozstrzygnięcia sprawy.

2. Nieważność umowy ubezpieczenia jako przesłanka zwrotu środków uiszczonych tytułem składek

W sprawach wszczynanych przez konsumentów można również wyróżnić taką ich grupę, gdzie powództwa oparte są o zarzut nieważności umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym z uwagi na brak w nich elementu ochronnego, a konkretnie zaś pozorność tego elementu. Niezależnie od tych zarzutów kwestia ważności umowy ubezpieczenia jest również każdorazowo brana pod uwagę z urzędu przez sąd orzekający. Zagadnienie nieważności umowy ubezpieczenia na życie z uwagi na brak w niej elementu ochronnego jest również przedmiotem kierowanych do Rzecznika Finansowego (wcześniej Rzecznika Ubezpieczonych) wniosków o przedstawienie poglądów istotnych dla sprawy.

Kwestia oceny stosunku umownego pod kątem wypełniania *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia była przedmiotem szerokiej analizy w Raporcie. Już wówczas Rzecznik Ubezpieczonych zwracał uwagę na to, że wobec braku, tudzież iluzorycznej postaci funkcji ochronnej w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym umowa taka w istocie może być uznana za zawartą dla pozorów, a co za tym idzie nieważną²⁹.

Również w oświadczeniach zawierających istotny pogląd dla sprawy Rzecznik Finansowy prezentuje stanowisko³⁰, że choć ustawodawca – poprzez zamieszczenie w regulacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej postanowień odnoszących się do ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także zamieszczenie tego rodzaju ubezpieczenia w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – przesądził niejako o dopuszczalności zawierania umów ubezpieczenia na życie, których elementem jest inwestowanie określonej części składki, nie określając jednocześnie proporcji, w jakiej składka może być inwestowana, nie może to oznaczać, że swoboda w kształtowaniu tych proporcji przez strony jest niczym nieograniczona. Nie można bowiem pomijać faktu, że swoboda ta, w przypadku każdego stosunku prawnego o charakterze zobowiązaniowym, podlega ograniczeniu w zakresie wynikającym z art. 353¹ k.c. Tym samym, niezależnie od

²⁹ Zgodnie z art. 83 § 1 k.c. nieważne jest oświadczenie woli złożone drugiej stronie za jej zgodą dla pozorów. Jeżeli oświadczenie takie zostało złożone dla ukrycia innej czynności prawnej, ważność oświadczenia ocenia się według właściwości tej czynności.

³⁰ Por. pogląd Rzecznika Ubezpieczonych w sprawie RU/POG/56/AG/15.

sposobu ukształtowania stosunku zobowiązaniowego, jego treść nie może sprzeciwiać się jego właściwości (naturze), ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

Z tego względu Rzecznik Finansowy stoi na stanowisku, że sama możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym nie może uzasadniać praktyki, w której umowa zawierana pod nazwą ubezpieczenia na życie nie zawiera w sobie w praktyce żadnego elementu ochronnego, polegającego na gwarancji określonego przysporzenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, albowiem odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w razie zajścia określonego w umowie wypadku sprowadza się w praktyce jedynie do wypłaty wartości zgromadzonych środków bądź też zwrotu zainwestowanej składki. Takie ukształtowanie warunków umowy ubezpieczenia może prowadzić również do wniosku, że brak w niej przedmiotowo istotnego elementu umowy ubezpieczenia, jakim jest ryzyko ubezpieczeniowe ponoszone przez zakłady ubezpieczeń w związku z tym, że w zamian za określoną składkę będzie on zobowiązany do spełnienia określonego świadczenia w wypadku zajścia wskazanego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego. W tym miejscu należy bowiem zwrócić uwagę, że choć ryzyko ubezpieczeniowe nie zostało wprost zdefiniowane w art. 805 § 1 k.c. jako jeden z *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia, to jednak zarówno na gruncie art. 3 ust. 1 u.d.u., zgodnie z którym przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych, jak i tożsamym z nim art. 4 ust. 1 u.d.u.r., nie ulega wątpliwości, że również ryzyko jest elementem nieodzownym stosunku ubezpieczenia, albowiem to na jego występowaniu zasadza się istota (natura) stosunku ubezpieczenia. Ryzyko to przejawiać się powinno co do zasady w tym, że między wysokością składki a wysokością zastrzeżonego świadczenia występuje określona dysproporcja (równoważona wszakże tym, że składka jest świadczeniem pewnym, natomiast świadczenie ubezpieczeniowe jest świadczeniem niepewnym, przynajmniej co do terminu jego spełnienia), zaś sama wysokość składki kalkulowana jest na podstawie ściśle określonych czynników ryzyka, nie zaś w oparciu o zamierzoną wartość inwestycji.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że przypadki zwrotu sobie przez strony umowy wzajemnie uiszczonych świadczeń (a do tego w istocie sprowadza się wypłata świadczenia w kwocie stanowiącej równowartość wpłaconych składek czy też równowartość zgromadzonych środków) są ściśle limitowane przez bezwzględnie obowiązujące przepisy dotyczące zobowiązań umownych i dotyczą w zasadzie jedynie przypadków odstąpienia od umowy,

tudzież stwierdzenia jej nieważności *ex tunc*, a zatem sytuacji, gdy umowę uważa się za niezawartą. Przyjęcie takiego rozwiązania w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, a więc skonkretyzowania się po jednej ze stron umowy obowiązku świadczenia, jest zatem sytuacją niemożliwą do zaakceptowania.

Mając to na uwadze, można więc powziąć wątpliwość co do tego, czy umowa nazwana wprawdzie umową ubezpieczenia, pozbawiona jednak takich cech jak rzeczywiste świadczenie ochrony ubezpieczeniowej i ponoszenie ryzyka związanego z tą ochroną, spełnia *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia, określone w art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę, a także czy umowa taka pozostaje w zgodzie z naturą tego stosunku zobowiązaniowego i jego celem.

Podobnie zdaniem Rzecznika należałoby oceniać kwestię ewentualnego zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w celu obejścia przepisów regulujących wykonywanie działalności reglamentowanych (np. działalności maklerskiej). W doktrynie i orzecznictwie można bowiem doszukać się opinii, zgodnie z którymi zawarcie określonej umowy bez wymaganego prawem zezwolenia, stanowi o sprzeczności takiej umowy z prawem, a co za tym idzie, jej nieważności³¹.

Z uwagi na zdecydowanie mniejszą liczbę spraw, w których konsumenci powołują się bezpośrednio na nieważność zawartych przez nich umów, również orzecznictwo sądowe jest w tym zakresie dużo uboższe, jeśli porównywać to z orzecznictwem odnoszącym się do abuzywności poszczególnych postanowień umów ubezpieczenia.

W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę, że w wyroku z dnia 27 marca 2015 r. (III C 1453/13, opubl. www.orzeczenia.warszawa.so.ov.pl), Sąd Okręgowy w Warszawie, działający z urzędu, stwierdził nieważność umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym z uwagi na fakt jej sprzeczności z naturą stosunku (art. 353¹ k.c.). Ustalenie to odnosiło się do specyficznej postaci umowy, nazywanej powszechnie umową typu Pareto³², a więc umowy opartej o dużo bardziej skomplikowaną konstrukcję niż

³¹ Por. wyrok SN – Izba Cywilna z dnia 26 listopada 2002 r. (V CKN 1445/00, opubl. OSNC 2004, nr 3, poz. 47, s. 91).

³² Są to umowy strukturyzowane, oparte w swoich zasadniczych założeniach na metodzie Pareto (pochodnej od zasady Pareta), w których inwestowanie odbywa się przy wykorzystaniu opcji kupna na indeks, gdzie środki wpłacane przez ubezpieczonych (są to bowiem w przeważającej mierze umowy zawierane w formie

klasyczne umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Jako powód owej sprzeczności Sąd wskazał fakt arbitralnego ustalania wartości początkowej i bieżącej certyfikatów, w które inwestowane były środki wpłacane tytułem składek, jak również fakt braku powiązania wartości indeksu, według którego wyceniany jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, z bieżącą sytuacją na rynkach kapitałowych, mimo zapewnienia składanego ubezpieczonym o takim właśnie powiązaniu. Jak stwierdził Sąd: „Wartość aktywów netto Funduszy była arbitralnie – w nieznanym sposobie – ustalana przez Ubezpieczyciela prowadzącego te Fundusze. Wbrew zapisom w Regulaminach Funduszy, wartości te nie były wyliczane wedle wartości rynkowej, ponieważ jednostki uczestnictwa nie były oferowane na rynku i nie były przedmiotem obrotu. Powód jako ubezpieczony nie miał żadnego wpływu ani nawet żadnej wiedzy o tym, w jaki sposób Ubezpieczyciel tego dokonywał.

Wartość jednostek uczestnictwa w Funduszach nabywanych przy założeniu rachunku (składka pierwsza) była narzucona arbitralnie przez Ubezpieczyciela. Powód jako ubezpieczony znał tę wartość – była ona wskazana w regulaminach Funduszy – ale nie wiedział, z czego ona wynika. Tym bardziej nie wiedział i nie miał żadnego wpływu na to, w jaki sposób wyliczano wartość tych samych jednostek, począwszy od kolejnych składek bieżących. Pomiędzy wpłatą pierwszej składki i wpłatą składki bieżącej po upływie zaledwie miesiąca ubezpieczony tracił niemal połowę wartości rachunku. Polegało to na arbitralnym przeliczeniu wartości jednostek: najpierw przy założeniu sztywnej, odgórnie narzuconej ceny za jedną jednostkę przeliczano wpłaconą składkę pierwszą na liczbę jednostek, a po miesiącu przeliczano liczbę tych jednostek na złote (jako wartość rachunku), przyjmując arbitralnie inną, znacząco niższą cenę tych jednostek”.

W odniesieniu do sposobu ustalania wartości indeksu Sąd stwierdził natomiast, że: „wartość tych indeksów była publikowana tylko na płatnym anglojęzycznym internetowym serwisie finansowym B., zaś metoda wyliczania tego indeksu – była i pozostała dla ubezpieczonych tajna. W dodatku, jak ustalono, nie jest to indeks typu [...] czy [...] – to znaczy jego sposób wyliczenia nie jest wprost zależny od kursu akcji czy obligacji określonych firm, będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym. Jak ustalono, sposób wyliczenia tego indeksu nie był znany nawet przedstawicielowi. [...] Jedynie zatem pośrednio, wnioskując ze skutku o przyczynie, Sąd uznał, że indeks ów musiał być oparty o

grupowej) lokowane są w certyfikaty wyceniane w oparciu o indeksy dynamiczne, tworzone najczęściej dopiero na potrzeby konkretnego produktu.

instrumenty pochodne z opcją na spadki rynku. Nie ma bowiem innego logicznego wytłumaczenia (poza zwykłym penalizowanym oszustwem) dla zjawiska, gdy przy powszechnie notowanych stałych wzrostach rynku akcji i obligacji – wartość aktywów netto Funduszy malała, malała wartość jednostek tych Funduszy, i w konsekwencji pomimo kolejnych wpłat – malała wartość rachunku powoda. Im więcej pieniędzy powód wpłacał, tym bardziej malała wartość jego środków na rachunku”.

Reasumując, Sąd Okręgowy stwierdził więc, że „[...] każda z umów precyzyjnie i jasno określała świadczenie, do spełnienia którego zobowiązał się ubezpieczony. Natomiast świadczenie Ubezpieczyciela zostało w tych umowach określone w taki sposób, że nie tylko nieznanym był sposób jego wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji Ubezpieczyciela, na które Ubezpieczony nie miał wpływu ani nawet nie miał o nich wiedzy. [...] Wszystko to prowadzi do wniosku, że świadczenie Ubezpieczyciela, do którego był zobowiązany wobec powoda, nie było określone w umowie w sposób stanowczy i konkretny, ale w taki sposób, który umożliwiał kształtowanie wielkości tego świadczenia przez samego Ubezpieczyciela poprzez jego arbitralne decyzje, na które druga strona umowy – ubezpieczony – nie miała żadnego wpływu. Jest to sprzeczne z naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego. Niedopuszczalne jest, by dłużnik mógł zwolnić się z zobowiązania poprzez spełnienie świadczenia, którego kształt i wysokość sam arbitralnie określi”.

Jak więc wynika z powyższego, można stwierdzić, że Sąd Okręgowy poddał w wątpliwość taki sposób ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego, który nie zabezpiecza spełnienia gwarancyjnej funkcji umowy ubezpieczenia.

Orzeczenie to w chwili publikacji niniejszego Raportu jest nieprawomocne, jednakże w ocenie Rzecznika Finansowego stanowi ono ważny głos w dyskusji na temat istoty umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także sposobu konstruowania jej postanowień.

Na kwestię nieważności postanowień umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwrócił uwagę również Sąd Rejonowy w Gliwicach w wyroku z dnia 7 lipca 2014 r. (I C 1282/13, niepubl.) utrzymanym w mocy przez Sąd Okręgowy w Gliwicach w wyroku z dnia 27 marca 2015r. (III Ca 1739/14, opubl. www.orzeczenia.gliwice.so.gov.pl). W odniesieniu do sposobu ustalenia opłaty likwidacyjnej za realizację wykupu środków z rachunku podstawowego jako określonej

wartości procentowej tych środków Sąd stwierdził, że: „Zakwestionowane postanowienie umowne bez wątpienia sprzeciwia się zasadom współzycia społecznego i jako takie wywołuje sankcję nieważności na podstawie art. 58 k.c. Sprzeczność treści lub celu stosunku z ustawą, zasadami współzycia społecznego i naturą stosunku prowadzi do nieważności umowy (art. 58 k.c.). Zgodnie bowiem z art. 58 § 2 k.c. nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego. Nieważność, o której mowa w art. 58 § 2 k.c., jest nieważnością bezwzględną, co oznacza, że czynność prawna nie wywołuje żadnych skutków w sferze cywilnoprawnej. Stan nieważności z przyczyn wskazanych w komentowanym przepisie powstaje z mocy samego prawa (*ipso iure*) i datuje się od początku (*ab initio, ex tunc*), tzn. od chwili dokonania czynności, ma charakter pierwotny, a nie następczy. Konsekwencją wykonania nieważnej czynności jest w szczególności obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia”³³.

Odnosząc się do kwestii nieważności umowy jako podstawy dochodzenia roszczeń, warto wskazać, że może to być szczególnie skuteczne remedium dla tych ubezpieczających (ubezpieczonych), którzy zainwestowali swoje środki właśnie w umowy oparte o zasadę Pareto³⁴, albowiem w przypadku tych umów – w odróżnieniu od „klasycznych” umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w których środki inwestowane są w istniejące już fundusze kapitałowe wyceniane w oparciu o typowe instrumenty finansowe – strata ubezpieczonych, widoczna szczególnie w początkowym okresie ubezpieczenia, realizuje się nie tylko poprzez potrącenie opłaty likwidacyjnej czy też ustalenie wartości wykupu jako określonego ułamka wartości rachunku, ale też z uwagi na drastyczny spadek wartości certyfikatów³⁵. Tym samym więc nawet powodzenie w zakresie żądania ustalenia bezskuteczności postanowień określających wartość wykupu czy też opłaty likwidacyjnej nie realizuje podstawowego celu ubezpieczonych, jakim jest odzyskanie kwoty zainwestowanych środków, tudzież wartości oscylującej wokół tej kwoty. Trzeba bowiem pamiętać, że stwierdzenie bezskuteczności postanowień dotyczących opłat likwidacyjnych oznaczać może jedynie to, że ubezpieczyciel będzie zobowiązany do zwrotu

³³ W omawianej sprawie Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił istotny pogląd dla sprawy w postępowaniu o nr RU/POG/74/PA/13.

³⁴ Por. przypis 32.

³⁵ W najbardziej skrajnych przypadkach ich wartość w pewnych okresach spadała z początkowej ceny 200,00 zł nawet do kilkunastu czy kilku złotych. Przebieg notowań wartości jednostek w okresie obowiązywania umowy zawartej z okresem obowiązywania ochrony od dnia 8 lipca 2011 r. dla umowy, w której sprawie Rzecznik Ubezpieczonych prowadził interwencję nr RU/WSI/4847/AG/15. obrazuje załącznik nr 1.

zgromadzonych środków w ich wysokości aktualnej na dzień rozwiązania umowy, nie zaś na dzień jej zawarcia. Jeżeli więc w chwili rozwiązania umowy wartość certyfikatów czy też jednostek, w które inwestowane są składki, jest istotnie niższa od wartości aktualnej na dzień alokacji, to nawet zaniechanie pobrania opłaty likwidacyjnej nie niweczy negatywnych konsekwencji ekonomicznych po stronie ubezpieczonego.

3. Nieważność względna (wzruszalność) oświadczeń woli związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (wyrażeniem zgody na zastrzeżenie ochrony ubezpieczeniowej)

Rezultat podobny do stwierdzenia nieważności – w sferze bytu prawnego konkretnej umowy ubezpieczenia – może odnieść również powództwo oparte o zarzut działania pod wpływem istotnego błędu lub podstępny co do treści przedsięwziętej czynności prawnej. Oczywiście, ściśle rzecz ujmując, skutek ten odnosi już samo oświadczenie w przedmiocie uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu lub podstępny, jednakże w przypadku kwestionowania tego oświadczenia przez jego adresata jedyną drogą dla odzyskania wpłaconych środków jest w praktyce droga sądowa i roszczenie o zapłatę w oparciu o zarzut nieważności. W ocenie Rzecznika Finansowego dochodzenie roszczeń jest w tym przypadku niezwykle trudne, zwłaszcza w sferze dowodowej. Analiza skarg napływających do Rzecznika Ubezpieczonych (a obecnie Rzecznika Finansowego) wskazuje bowiem, że w większości przypadków do zawarcia umowy, względnie do wyrażenia zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego, dochodziło bez udziału świadków, którzy mogliby zeznawać na okoliczność sposobu, w jaki przedstawiane były potencjalnym błędzonym istotne informacje dotyczące treści umowy. Co więcej, zakłady ubezpieczeń w przytłaczającej większości przypadków dysponują dokumentacją (w postaci wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, tudzież deklaracji przystąpienia) zawierającą szereg oświadczeń złożonych (mniej lub bardziej świadomie) przez ubezpieczających (ubezpieczonych), w których częstokroć potwierdzają oni nie tylko fakt otrzymania wzorców umownych, lecz także zrozumienie i świadomość specyficznych cech umowy, takich zwłaszcza jak istnienie ryzyka inwestycyjnego. Nie są to oczywiście oświadczenia niepodlegające wzruszeniu, albowiem są to wyłącznie dokumenty prywatne, tym niemniej wymagają przeprowadzenia przeciwdowodu, którego ciężar spoczywa na pragnącym uchylić się od skutków oświadczenia woli.

Trzeba również podkreślić, że zasadność powództwa opartego na zarzucie nieważności względnej uzależniona jest w praktyce każdorazowo od okoliczności faktycznych występujących w konkretnej sprawie, a co za tym idzie trudno tu mówić o określonej linii orzecznictwa. Również Rzecznik Finansowy w przedstawianych przez siebie oświadczeniach zawierających istotny pogląd dla sprawy nie zajmuje stanowiska w przedmiocie ewentualnych wad oświadczenia woli, albowiem w ocenie Rzecznika jest to kwestia ustaleń faktycznych, których ocena winna być dokonywana w każdej sprawie z osobna i w oparciu o okoliczności dotyczące konkretnych osób.

Powyższe rozważania należy odnieść również do postępowań, w których roszczenia oparte są na art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171, poz. 1206; dalej: u.p.n.p.r.), zgodnie z którym w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu. W przypadkach spełniających dyspozycję ww. przepisu również bowiem dochodzi do wprowadzenia konsumenta w błąd poprzez zastosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej. Pod tym pojęciem art. 4 ust. 1 wzmiankowanej ustawy każe rozumieć praktykę, która jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu. W ust. 2 tego artykułu jako przykład nieuczciwej praktyki rynkowej wskazuje się z kolei działanie wprowadzające w błąd. W myśl art. 5 ust. 1 praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął.

Zastosowanie sankcji z art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. jest jednak z perspektywy konsumenta o tyle łatwiejsze od dowodzenia wad oświadczenia woli np. w postaci błędu, że art. 13 u.p.n.p.r. przerzuca ciężar dowodu wykazania, że dana praktyka rynkowa nie stanowi nieuczciwej praktyki wprowadzającej w błąd, na przedsiębiorcę, któremu zarzuca się stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej. Na gruncie powyższej regulacji Rzecznikowi Finansowemu znane są orzeczenia sądów, w których konsumentom udaje się uzyskać satysfakcję w postaci odszkodowania w postaci zwrotu wpłaconych składek.

Jako przykład takiego orzeczenia można wskazać wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 18 grudnia 2014 r. (XXIV C 828/13, opubl. orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/). W omawianej sprawie stan faktyczny dotyczył umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o charakterze strukturyzowanym typu Pareto, a konkretnie sposobu prezentowania oferty przystąpienia do niej przez przedstawiciela jednej z funkcjonujących na rynku finansowym firm doradczych, będącej jednocześnie ubezpieczającym. W uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy wskazał na sposób prezentacji umowy ubezpieczenia. Podobny obraz bardzo często rysuje się również z relacji konsumentów zwracających się do Rzecznika o podjęcie interwencji w sprawach związanych z umowami ubezpieczenia na życie z UFK, zwłaszcza w wariantcie strukturyzowanym, stąd też warto poniżej przytoczyć obszernie fragmenty tego uzasadnienia, w którym Sąd ustalił m.in.: „Powódka podczas rozmowy z doradcą finansowym jednoznacznie określiła, jaką umowę chce zawrzeć. Powódka zamierzała ulokować posiadane zasoby finansowe na krótki okres czasu i z pewnym zyskiem (nawet niewielkim). Nie interesowało ją ulokowanie pieniędzy na czas dłuższy niż 5 lat, gdyż była w wieku przedemerytalnym i liczyła się ze zmianą swoich możliwości finansowych po osiągnięciu wieku emerytalnego. Pomimo tych twierdzeń pracownik pozwanej zaoferował powódce produkt finansowy (...) na okres 180 miesięcy, zapewniając powódkę, że już po pięciu latach wpłacania składek, w szóstym roku będzie mogła po dokonaniu opłaty likwidacyjnej, wycofać się z inwestycji oraz osiągnąć zysk. Na podstawie tych informacji powódka podjęła decyzję o zawarciu umowy. Wprawdzie doradca finansowy przekazał powódce prezentację pisemną, na której zawarte były informacje o ryzyku utraty środków w przypadku ich wycofania przed upływem okresu 180 miesięcy, jednakże podczas rozmowy doradca skupił się na przekazaniu informacji jedynie w części dotyczącej zysku, wskazując chociażby na zysk w kwocie (...) zł już po 5 latach, a przy tym na kartce prezentował powódce stosowne wyliczenie. Wyliczenie zaprezentowane przez przedstawiciela pozwanego dotyczyło konkretnej kwoty, jaką miała zainwestować powódka, i wskazywało na ściśle określony zysk po wskazanym przez powódkę okresie. Taki sposób prezentacji niewątpliwie utwierdził powódkę w przekonaniu o uzyskaniu pewnego zysku oraz miał wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy. Wyliczenie miało charakter indywidualny, co dodatkowo wzbudziło zaufanie powódki. Przedstawiciel pozwanej prezentował produkt jako bardzo korzystny pod względem finansowym,

zapewniający lepsze efekty finansowe niż standardowa lokata terminowa. Nie ulega zaś wątpliwości, że zapewnienie o osiągnięciu zysku już po kilku latach płacenia składek oraz zaniechanie rzetelnego poinformowania o zagrożeniu utraty kapitału w przypadku wycofania się z inwestycji przed upływem 15 lat, istotnie wpłynęło na podjęcie decyzji o przystąpieniu do umowy. Znamiennym jest również, że w prezentacji zawarte były wykresy i liczby informujące jedynie o możliwym zysku, natomiast brak było odpowiedników tych wykresów dotyczących ewentualnej straty. W końcowej części prezentacji znalazła się strona zatytułowana jako „najważniejsze korzyści”, brak natomiast w prezentacji odpowiednika tej strony odnoszącej się do ryzyka związanego z inwestycją, a wynikającego chociażby z wahań wartości udziałów jednostkowych.

Jednocześnie wskazać należy, że brak było podstawy, by powódka jako konsument powzięła wątpliwości, co do informacji przekazanych jej przez pracownika pozwanego. Przedstawiciel pozwanej spółki jako doradca finansowy w uzasadnionym przeświadczeniu powódki posiadał określoną wiedzę i kompetencje w zakresie dotyczącym oferowanych przez pozwanego produktów. Ponadto pozwanego jako profesjonalistę w zakresie pośrednictwa finansowego dotyczącego zawierania umów kredytów konsumenckich i lokat bankowych uznać należy za instytucję zaufania publicznego. Wskazać przy tym należy, że pozwany oferował produkt finansowy o cechach trudnych do rozumienia dla przeciętnego konsumenta, zatem tym bardziej uzasadnione było szczegółowe i rzetelne przedstawienie powódce informacji o ryzyku finansowym związanym z przystąpieniem do produktu”.

Na gruncie powyższego uzasadnienia w ocenie Rzecznika Finansowego można poczynić konkluzję, że nie okoliczność złożenia przez konsumenta oświadczeń o otrzymaniu wzorców umownych przed podpisaniem wniosku o zawarcie umowy (deklaracji przystąpienia), tudzież wszelkich innych oświadczeń potwierdzających znajomość istoty zawieranej umowy i związanego z nią ryzyka, a rzeczywisty przebieg procedury związanej z prezentacją cech umowy powinien stanowić podstawę do poczynienia ustaleń faktycznych mających znaczenie dla oceny, czy doszło do wprowadzenia konsumenta w błąd. Powyższym stanowiskiem Sąd Okręgowy w Warszawie dał też zdaniem Rzecznika odpór często powtarzającej się argumentacji stosowanej przez zakłady ubezpieczeń, a opartej na dyspozycji art. 245 k.p.c., zgodnie z którym dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte

w dokumencie. W pismach kierowanych do Rzecznika³⁶ zakłady ubezpieczeń wielokrotnie powołują się bowiem na okoliczność, zgodnie z którą fakt złożenia przez ubezpieczających (ubezpieczonych) oświadczeń potwierdzających przyjęcie do wiadomości określonych informacji, tudzież dokumentów wyklucza możliwość podważenia treści tych oświadczeń, jak również czyni niewiarygodnymi wszelkie twierdzenia przeciwne, co w ocenie Rzecznika należy uznać za argumentację nieuprawnioną, albowiem kodeks postępowania cywilnego wyraźnie statuuje przypadki, w których prowadzenie przeciwdowodu wobec oświadczeń zawartych w dokumencie prywatnym jest dopuszczalne. Wśród nich wskazany jest w art. 247 k.p.c. przypadek, gdy przeprowadzenie dowodu przeciw osnowie dokumentu lub ponad jego osnowę nie doprowadzi do obejścia przepisów o formie pisemnej pod rygorem nieważności, co w przypadkach wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie ma miejsca, albowiem żaden z obowiązujących przepisów nie przewiduje dla tych oświadczeń formy pisemnej *ad solemnitatem*.

W ocenie Rzecznika Finansowego na uwagę zasługuje również podkreślony w cytowanym uzasadnieniu szczególny walor (w zakresie wiarygodności) informacji udzielanych przez podmioty określane mianem doradców finansowych, które przez konsumentów usług finansowych postrzegane są jako podmioty szczególnego zaufania.

4. Zagadnienia procesowe

Jedną z naczelnych zasad procesu, jaką jest zasada kontradiktoryjności, nakłada na jego strony ciężar samodzielnego wykazywania się inicjatywą dowodową. W tym zakresie poza dowodami typowymi dla każdego postępowania, jakimi są dowody z dokumentów, przesłuchania świadków czy też stron, wielokrotnie w omawianych postępowaniach wnioskowanymi przez ubezpieczycieli środkami dowodowymi są bądź to opinia biegłego aktuarusza na okoliczność powiązania wartości potrąconych z rachunku zgromadzonych środków z rzeczywistymi kosztami ponoszonymi przez zakład ubezpieczeń, bądź to zeznania świadków (aktuaruszy, księgowych ubezpieczycieli) na tę samą okoliczność. Rzecz jasna wskazane okoliczności są również wykazywane za pomocą dokumentów księgowych (najczęściej odzwierciedlających wartość wypłaconych prowizji dla pośredników), a także opiniami prywatnymi sporządzonymi na potrzeby zagadnień

³⁶ Por. postępowanie skargowe nr RU/WSI/G/70/AG/15.

będących przedmiotem sporu.

Analiza uzasadnień zapadających wyroków, jak również relacje pełnomocników procesowych, wskazują jednak na to, że sądy często w istotny sposób ograniczają prowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność związku opłat likwidacyjnych z ponoszonymi kosztami, uznając wnioskowane dowody (zwłaszcza opinie biegłych w zakresie matematyki ubezpieczeniowej) za nieprzydatne. Dzieje się tak w tych przypadkach (jak uczy doświadczenie – przeważających), gdzie z postanowień wzorców umownych nie wynika, na poczet jakich kosztów i świadczeń ubezpieczyciela dokonywane są opłaty i potrącenia. Jest to wynikiem słusznego zdaniem Rzecznika Finansowego przyjmowania przez sądy tezy, że skoro z postanowień wzorca nie wynikają czynniki mające wpływać na wysokość opłaty likwidacyjnej, to tym samym prowadzenie dowodu na tę okoliczność jest bezprzedmiotowe. Na słuszność tego sposobu procedowania zwrócił uwagę również Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13, opubl. www.sn.pl), gdzie stwierdził: „W nawiązaniu do argumentacji prezentowanej w skardze kasacyjnej należy wskazać, że w postanowieniach badanego wzorca umownego brak jest jednoznacznego wskazania, że opłata likwidacyjna służy pokryciu znacznych kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika, a nadto ma na celu zrównoważenie szczególnego prawa przysługującego ubezpieczającemu w postaci prawa wykupu. Takie więc ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz konstruowanie jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy. Nie sposób zgodzić się przy tym ze stanowiskiem pozwanego, że nakładanie na przedsiębiorcę obowiązku zaznajomienia konsumenta z istotą oraz uzasadnieniem każdej opłaty mogłoby prowadzić do skutku odwrotnego od zamierzonego i przyczynić się do nadmiernej zawichości i komplikacji postanowień wzorców umownych. Nie ma też racji skarżący utrzymując, że wystarczy wykazanie czynników uzasadniających wprowadzenie do umowy opłaty likwidacyjnej oraz czynników kształtujących jej wysokość *ex post*, czyli dopiero w sytuacji zaistnienia sporu”.

Również w wyroku z dnia 16 października 2014 r. Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu (I C 1064/14, niepubl.) „oddalił wniosek o dopuszczenie

dowodu z opinii biegłego aktuarusza, gdyż zdaniem Sądu okoliczności podniesione przez stronę pozwaną, mające podlegać wykazaniu tym dowodem, nie były istotne dla rozstrzygnięcia [...]” Szerzej na ten temat wypowiedział się również Sąd Okręgowy w Krakowie w uzasadnieniu wyroku z dnia 3 czerwca 2015 r. (II Ca 1040/15, niepubl.) zapadłego na skutek apelacji pozwanego towarzystwa ubezpieczeń w sprawie, w której przedmiotem sporu było potrącenie z wartości wykupu należnej ubezpieczającemu (powodowi) określonego ułamka zgromadzonych środków poprzez ustalenie współczynnika wartości wykupu. Sąd odwoławczy, odnosząc się do zarzutu naruszenia prawa procesowego polegającego na oddaleniu wniosku dowodowego ubezpieczyciela o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza na okoliczność adekwatności opłaty likwidacyjnej do wysokości poniesionych kosztów stwierdził: „Za nietrafny należało także uznać ostatni z podniesionych przez stronę pozwaną zarzutów naruszenia prawa procesowego, a to art. 278 § 1 k.p.c. Sąd I instancji prawidłowo nie uwzględnił zgłoszonego przez pozwaną wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, który miał wykazać wielkość i fakt ponoszenia przez towarzystwo ubezpieczeń kosztów prowadzonej działalności. Zgodnie bowiem z art. 277 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie, tymczasem, okoliczności, wykazaniu których miał służyć przedmiotowy dowód, takiego waloru w niniejszej sprawie nie posiadają. Sposób ustalenia wysokości świadczenia wykupu nie był w świetle treści umowy w jakikolwiek sposób uzależniony od poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, czy to związanych z realizacją umowy konkretnie zawartej z powodem, czy tym bardziej z ogólnymi kosztami prowadzenia przez nią działalności gospodarczej”.

W odniesieniu do prezentowanych opinii prywatnych (są to również wielokrotnie opinie prawne uznanych autorytetów w zakresie prawa ubezpieczeniowego) Sąd Rejonowy dla Krakowa-Krowodrzy w Krakowie w wyroku z dnia 28 marca 2014 r. (I C 3605/23, nieubl.) stwierdził, że: „Strona pozwana przedłożyła jako dowód opinie prywatne – opinie prawne. Jedna z nich została sporządzona przez profesora Uniwersytetu [...], Wydziału Prawa i Administracji [...]. Zgodnie z tą powołaną opinią opłaty likwidacyjne pobierane przez ubezpieczycieli na podstawie OWU w umowach ubezpieczenia z UFK, w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przed upływem umówionego okresu ubezpieczenia nie stanowią klauzuli abuzywnej [...]. Podobne stanowisko przedstawił profesor Uniwersytetu [...], Wydziału Nauk Ekonomicznych [...]. Jednakże podkreślić należy,

iż przedłożone przez strony postępowania opinie sporządzone na prywatny użytek w żaden sposób nie są wiążące dla sądu. Niezależnie od tego, czy jest to opinia biegłego, czy też opinia prawna, to na potrzeby postępowania należy traktować jako przedstawienie przez stronę jej stanowiska w sprawie z uwzględnieniem wiadomości specjalnych”.

Odnosząc się do zagadnienia zgłaszanych przez strony wniosków dowodowych, warto również wspomnieć, że niekiedy zgłaszanie określonych wniosków dowodowych może być skutecznym narzędziem służącym nadmiernemu przedłużaniu postępowania. Jako przykład można wskazać tu choćby wspomniane wnioski o przeprowadzenie dowodów ze skomplikowanych opinii biegłych dotyczących rachunkowości zakładów ubezpieczeń czy też zagadnień aktuarialnych. Innym przykładem może być też wniosek o przesłuchanie w charakterze strony wszystkich członków grupy występujących w postępowaniu grupowym, co w przypadku grup liczących po kilkadziesiąt osób może doprowadzić do swoistego paraliżu postępowania. Należy przy tym zastrzec, że oczywiście nie w każdych okolicznościach celem formułowania podobnych wniosków dowodowych będzie odroczenie w czasie rozstrzygnięcia sądu, albowiem każda ze stron ma prawo do dowodzenia swoich twierdzeń i roszczeń za pomocą wszelkich dostępnych środków dowodowych bez względu na to, jaki będzie to miało wpływ na wynik postępowania. Niemniej jednak obserwacje Rzecznika Finansowego wskazują na to, że wnioski dowodowe, których przeprowadzenie wymaga istotnego nakładu czasu i środków, są poddawane bardzo wnikliwej ocenie sądów pod kątem przesłanki przydatności dowodu dla ustalenia okoliczności istotnych dla sprawy, a także przesłanki negatywnej dla przeprowadzenia dowodu, jaką jest właśnie powoływanie dowodów dla zwłoki (art. 217 § 3 k.p.c.).

4.1. Postępowania indywidualne i grupowe

Roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi dochodzone są w dwojaki sposób. Obok klasycznej formy dochodzenia roszczeń na drodze powództw indywidualnych na przestrzeni ostatnich dwóch lat można zaobserwować wzrastającą liczbę pozwów grupowych, kierowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 2009 r. o dochodzeniu roszczeń w postępowaniu grupowym (Dz. U. z 2010 r., Nr 7, poz. 44; dalej: u.d.r.p.g.). W takich

postępowaniach dochodzone są roszczenia ubezpieczających (ubezpieczonych), którzy zawarli z danym zakładem ubezpieczeń te same umowy (zawarte na podstawie tych samych wzorców umowy), bądź też umowy o analogicznej konstrukcji.

Jako zasadnicze funkcje (cele) postępowania grupowego wymienia się powszechnie ekonomikę wymiaru sprawiedliwości, ujednoczenie rozstrzygnięć w poszczególnych indywidualnych sprawach, rozszerzenie możliwości dostępu do sądu, a także bardziej efektywne i szybsze dochodzenie roszczeń³⁷.

Obserwacje Rzecznika Finansowego poczynione głównie przy okazji spraw, w których Rzecznik występuje, przedstawiając swój istotny pogląd, pozwalają stwierdzić, że postulaty te realizowane są jedynie częściowo, zwłaszcza jeśli chodzi o szybkość postępowania.

Nie rozstrzygając bowiem o tym, która forma dochodzenia roszczeń jest korzystniejsza (co zresztą z uwagi na różnorodność potrzeb i motywów jakimi kierują się osoby występujące z pozwami, byłoby niezwykle trudne, jeśli nie niemożliwe), należy zauważyć, że o ile istotnie postępowanie grupowe jest z pewnością tańsze – przynajmniej w swoim założeniu, albowiem opłata od pozwu jest ponad dwukrotnie niższa, a w przypadku, gdy jako reprezentant grupy występuje na przykład powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów jest on zwolniony z kosztów sądowych (choć z drugiej strony w postępowaniu grupowym sam członek grupy nie może korzystać ze zwolnienia od kosztów sądowych, zaś reprezentacja przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego jest obowiązkowa)³⁸ – o tyle czas jego trwania znacznie przekracza czas trwania postępowań indywidualnych.

Wynika to przede wszystkim ze specyfiki tego postępowania, zwłaszcza zaś jego fazy wstępnej, polegającej na badaniu formalnym w przedmiocie dopuszczalności rozpoznania sprawy w postępowaniu grupowym, które to badanie kończy się wydaniem postanowienia, na które przysługuje zażalenie (art. 10 u.d.r.p.g.). Następnie merytoryczne

³⁷ T. Jaworski, P. Radzimierski, *Ustawa o dochodzeniu roszczeń w postępowaniu grupowym. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2010.

³⁸ Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1025 z późn. zm.) opłata stosunkowa w sprawach majątkowych wynosi 5% wartości przedmiotu sporu lub przedmiotu zaskarżenia, jednak nie mniej niż 30 złotych i nie więcej niż 100 000 zł, natomiast zgodnie z ust. 2 opłata stosunkowa w sprawach o prawa majątkowe dochodzone w postępowaniu grupowym wynosi 2% wartości przedmiotu sporu lub przedmiotu zaskarżenia, jednak nie mniej niż 30 złotych i nie więcej niż 100 000 zł. Jednakże zgodnie z art. 8 u.d.r.p.g. na żądanie pozwanego sąd może zobowiązać powoda do złożenia kaucji na zabezpieczenie kosztów procesu, co w przypadku uznania zasadności takiego żądania może doprowadzić do istotnego zwiększenia się kosztów postępowania.

rozpoznanie sprawy co do zasady musi zostać poprzedzone publikacją ogłoszenia o wszczęciu postępowania grupowego, które podlega publikacji w poczytnej prasie o zasięgu krajowym, a którego celem jest umożliwienie przystąpienia do postępowania innym zainteresowanym osobom w terminie określonym przez sąd, wynoszącym od 1 do 3 miesięcy (art. 11 u.d.r.p.g.). Po upływie terminów wskazanych w ogłoszeniu następuje z kolei etap, który można określić jako weryfikacja składu grupy. Powód przedstawia sądowi wykaz osób, które w wyniku ogłoszenia zgłosiły swój udział w sprawie, następnie zaś pozwany może wnieść swoje zastrzeżenia co do składu grupy, a w końcu o ostatecznym składzie grupy rozstrzyga sąd postanowieniem, na które również przysługuje zażalenie.

Jak wynika z powyższej analizy, już sama ta „faza wstępna” postępowania grupowego, która w przypadku postępowania indywidualnego sprowadza się do badania braków formalnych pozwu i wydania przez przewodniczącego odpowiednich zarządzeń, pochłania dużo czasu.

Niewątpliwą zaletą postępowania grupowego są natomiast wspomniane już niższe koszty postępowania, a także pewne ułatwienia dla indywidualnych osób w zakresie samego prowadzenia postępowania, co wiąże się ze swoistym przeniesieniem ciężaru aktywności procesowej na reprezentanta grupy, który z kolei reprezentowany jest przez adwokata lub radcę prawnego. W postępowaniu indywidualnym to sam powód musi wykazać się inicjatywą zarówno w formułowaniu roszczeń, jak i przedstawianiu dowodów na ich potwierdzenie, co w przypadku występowania bez pomocy pełnomocnika procesowego, ze względu na zawiłą materię omawianych spraw może być ciężarem trudnym do udźwignięcia dla osób, które nie posiadają profesjonalnej wiedzy zarówno w dziedzinie ubezpieczeń, jak i w zakresie sądowego dochodzenia roszczeń.

Jak już jednak wyżej wskazano, celem niniejszego opracowania nie jest ocena tego, która z form dochodzenia roszczeń jest korzystniejsza, a jedynie zaakcentowanie podstawowych różnic między tymi postępowaniami oraz ewentualnych niedogodności z nimi związanych.

4.2. Aktywność Rzecznika Ubezpieczonych oraz Rzecznika Finansowego w postępowaniach sądowych

Jak już była o tym mowa w Raporcie, Rzecznik Ubezpieczonych nie posiadał kompetencji do występowania z powództwem o uznanie postanowień wzorca umowy za

niedozwolone. Obecnie, wraz z wejściem w życie ustawy o Rzeczniku Finansowym sytuacja ta uległa zmianie i na mocy art. 29 tej ustawy Rzecznik Finansowy uzyskał tę kompetencję, choć mając na uwadze zbliżającą się perspektywę zmian w zakresie kompetencji Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów co do orzekania w przedmiocie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone (o czym szerzej była mowa w części poświęconej zagadnieniu rozszerzonej prawomocności orzeczeń tego sądu), należy wyrazić obawę, że wprowadzona zmiana nie będzie miała trwałego i wymiernego rezultatu. Rzecznikowi nie przysługuje również kompetencja do wszczynania postępowań na rzecz podmiotów indywidualnych dotyczących stosunków wynikających z umowy ubezpieczenia (wyjątek stanowią tu postępowania w przedmiocie nieuczciwych praktyk rynkowych – na mocy art. 26 ustawy o Rzeczniku Finansowym). Dlatego też główna aktywność Rzecznika Ubezpieczonych, obecnie Rzecznika Finansowego, koncentruje się na przedstawianiu stanowisk zawierających istotny pogląd dla sprawy. Podstawę prawną takich działań do 11 października 2015 r. stanowił art. 26 ust. 7 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych w zw. z art. 63 k.p.c., a obecnie art. 28 ustawy o Rzeczniku Finansowym w zw. z art. 63 k.p.c. W sprawach indywidualnych wspomniane oświadczenia Rzecznik Ubezpieczonych, a obecnie Rzecznik Finansowy, w przeważającej mierze kieruje na wniosek samych konsumentów – bądź to skierowany bezpośrednio do Rzecznika, bądź też za pośrednictwem sądu rozpoznającego sprawę, jednakże realizacja powyższego uprawnienia nie jest uzależniona od wniosku strony postępowania. Co za tym idzie w sprawach, których materia wykracza w swej warstwie prawnomaterialnej poza ramy jednostkowego stosunku ubezpieczenia, Rzecznik może skierować oświadczenie zawierające istotny pogląd dla sprawy również z urzędu. W ostatnim czasie miało to miejsce we wspomnianej sprawie pytania prawnego przedstawionego Sądowi Najwyższemu przez Sąd Okręgowy w Warszawie (III CZP 87/15).

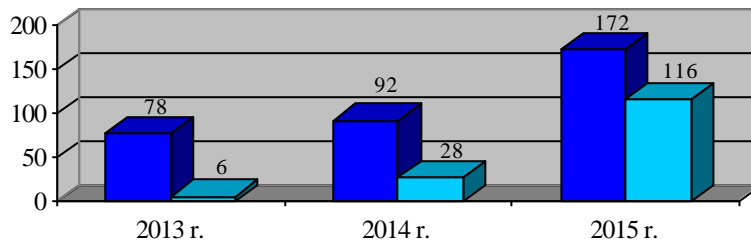
W latach 2013–2015 Rzecznik Ubezpieczonych, obecnie Rzecznik Finansowy, skierował 133 oświadczenia zawierające istotny pogląd dla sprawy, przy czym na podstawie danych liczbowych odnoszących się do wspomnianego okresu można zaobserwować zarówno wzrost liczby wniosków o przedstawienie oświadczeń zawierających istotny pogląd w sprawach dotyczących umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jak również istotny wzrost udziału tych wniosków w ogólnej liczbie wszystkich wniosków kierowanych do Rzecznika. Szczegółowe dane w tym zakresie prezentują poniższe tabele.

Tabela nr 1. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Finansowego* oświadczenia zawierającego istotny dla sprawy pogład

Lp.	Rok	Liczba wniosków o pogład (ogółem)	Liczba wniosków o pogład dot. ubezpieczeń na życie z u.f.k.
1.	2013	78	6
2.	2014	92	28
3.	2015	172	116

* Na podstawie ustawy o Rzeczniku Finansowym z dniem 11 października 2015 r. urząd Rzecznika Ubezpieczonych został przekształcony w urząd Rzecznika Finansowego, który przejął do dalszego prowadzenia sprawy skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

Wykres nr 1. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Finansowego* oświadczenia zawierającego istotny dla sprawy pogład



■ Liczba wniosków o pogład (ogółem) ■ Liczba wniosków o pogład dot. ubezpieczeń na życie z UFK

* Na podstawie ustawy o Rzeczniku Finansowym z dniem 11 października 2015r. urząd Rzecznika Ubezpieczonych został przekształcony w urząd Rzecznika Finansowego, który przejął do dalszego prowadzenia sprawy skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

Tabela nr 2. Tryb postępowania Rzecznika Finansowego* w sprawie wniosków o przedstawienie oświadczenia zawierającego istotny dla sprawy pogląd dotyczący umowy ubezpieczenia na życie z UFK

Lp.	Rok	Liczba przedstawionych istotnych dla sprawy poglądów	Odmowa przedstawienia istotnego dla sprawy poglądu	Prośba o uzupełnienie dokumentacji
1.	2013	6	0	0
2.	2014	21	3	4
3.	2015	106	3	7

* Na podstawie ustawy o Rzeczniku Finansowym z dnia 11 października 2015r. urząd Rzecznika Ubezpieczonych został przekształcony w urząd Rzecznika Finansowego, który przejął do dalszego prowadzenia sprawy skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

Tabela nr 3. Sposób rozstrzygnięcia przez sąd spraw, w których Rzecznik Finansowy* przedstawił oświadczenie zawierające istotny dla sprawy pogląd dotyczących umowy ubezpieczenia na życie z UFK

Lp.	Rok, w którym przedstawiono pogląd	Uwzględnienie powództwa	Postanowienie o umorzeniu postępowania, ugoda, porozumienie	Umorzenie postępowania, powód cofnął pozew	Postępowanie zawieszono na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c.	Postępowanie zawieszono na podstawie art. 178 k.p.c.	Zarządzenie zwrotu pozwu	Oddalenie powództwa
1.	2013	2	1	1	0	0	1	1
2.	2014	11	4	1	0	0	0	0
3.	2015	6	7	1	1	1	0	0

* Na podstawie ustawy o Rzeczniku Finansowym z dnia 11 października 2015r. urząd Rzecznika Ubezpieczonych został przekształcony w urząd Rzecznika Finansowego, który przejął do dalszego prowadzenia sprawy skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

5. Podsumowanie

Zdaniem Rzecznika Finansowego dający się zaobserwować w ostatnich latach wzrost liczby postępowań dotyczących umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym stanowi dowód wzrastającej świadomości prawnej konsumentów usług ubezpieczeniowych, a także wskazuje na liczne rozbieżności w interesach stron wspomnianych umów, zwłaszcza w wymiarze ekonomicznym. Przedstawione powyżej, dające się wychwycić tendencje orzecznicze, choć niejednolite, świadczą zdaniem Rzecznika o licznych słabościach w konstrukcji i założeniach umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, których występowanie, jak się wydaje, nie leży w interesie żadnej ze stron stosunku ubezpieczenia. Tym samym należy wyrazić nadzieję, że orzecznictwo zarówno sądów powszechnych, jak i Sądu Najwyższego wyznaczy kierunki pozytywnych zmian w konstrukcji i założeniach oferowanych konsumentom umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a jednocześnie nie będzie stanowiło pokusy dla wprowadzania zmian zmierzających jedynie do przemieszczenia akcentów i „ubrania” starych założeń w nowe ramy umowne.

Niebagatelną rolę – przynajmniej taką należy mieć nadzieję – w tym zakresie odegra z pewnością Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, którego decyzje w przedmiocie uznania postanowienia wzorca umowy za niedozwolone i zakazujące jego wykorzystywania, a zwłaszcza ich uzasadnienia, będą z pewnością istotnym uzupełnieniem dotychczasowego dorobku orzeczniczego.

Również regulacja nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowi z pewnością ważny krok naprzód w zapewnieniu zarówno ubezpieczającym, jak i ubezpieczonym szerszego dostępu do informacji na etapie poprzedzającym zawarcie umowy, bardziej szczegółowego uregulowania treści samej umowy i wreszcie zapewnieniu większej ochrony gromadzonego kapitału, a tym samym rzeczywistego realizowania funkcji inwestycyjnej. Mając jednak na uwadze, że nie wszystkie postanowienia tej ustawy będą miały zastosowanie do umów zawartych przed 1 stycznia 2016 r. należy przypuszczać, że wymierne efekty nowej regulacji można będzie zaobserwować dopiero na kanwie umów zawieranych od dnia jej wejścia w życie.

Rozdział II.

Koszty początkowe w ujęciu produktowym i prawnym

Orzecznictwo sądowe, w tym w znacznej mierze Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie, ujawniło właściwy, skrywany wcześniej sens opłaty likwidacyjnej jako opłaty, która ma pokryć koszty początkowe (wstępne), generowane w głównej mierze przez koszty akwizycyjne, w tym wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego. Istotny wpływ na zrozumienie mechanizmów kosztowych rządzących ubezpieczeniami na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym miały także dwie publikacje autorstwa prof. Mariana Wiśniewskiego³⁹.

Kluczowe dla zrozumienia zagadnienia kosztów początkowych (wstępnych), w aspekcie różnych „prawnych” metod przeliczenia ich na konsumentów, jest pojęcie tzw. okresu referencyjnego. Omówieniu tego zagadnienia został poświęcony pierwszy podrozdział.

W czterech przypadkach⁴⁰ postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia zastrzegające pobranie opłaty likwidacyjnej zostały uznane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów za niedozwolone postanowienie umowne. Wpisy do rejestru niedozwolonych postanowień umów dokonane na ich podstawie umożliwiły sądom orzekanie w podobny sposób w ramach incydentalnego badania ogólnych warunków ubezpieczenia.

Praktyka ubezpieczeniowa wypracowała szereg sposobów przeliczenia na konsumentów kosztów początkowych, które znalazły swoje odzwierciedlenie w kształcie produktów ubezpieczeniowych. Na użytek niniejszego Raportu można dokonać pewnych uproszczeń i wyróżnić:

1. opłata likwidacyjna,
2. zaniżenie wartości wykupu i ukryta opłata likwidacyjna,
3. opłata za zarządzanie,
4. opłata za dystrybucję (opłata dystrybucyjna),
5. opłata warunkowa (kaucja),

³⁹ M. Wiśniewski, *Wartość polis życiowych z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2; M. Wiśniewski, *Zasadność opłat likwidacyjnych w ubezpieczeniach na życie z UFK – wymiar ekonomiczny i aktuarialny*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 1.

⁴⁰ Wyroki SA w Warszawie z dnia 6 września 2012 r. (VI ACa 458/12), z dnia 4 kwietnia 2013 r. (VI ACa 1324/12), z dnia 26 czerwca 2012 r. (VI ACa 87/12) i z dnia 14 maja 2010 r. (VI ACa 1175/09).

6. obciążenie opłatą wydzielonej części funduszu („część podstawowa rachunku udziałów”, rachunek podstawowy, część bazowa rachunku),
7. opłata alokacyjna,
8. modele mieszane.

Modele stosowane przez ubezpieczycieli życiowych mają swoje uzasadnienie w rozwiązaniach aktuarialnych, jednakże brakuje im uzasadnienia prawnego. Brak jest podstaw prawnych w postaci przepisów prawa zobowiązaniowego (prawa umów), które pozwalałyby na przyjęcie wszystkich rozwiązań techniczno-ubezpieczeniowych. Zarzuty natury cywilistycznej zostaną zaprezentowane przy omawianiu poszczególnych modeli, wraz z przytoczeniem standardowej argumentacji przeciwnej stosowanej przez ubezpieczycieli.

Istotny wpływ na obecny kształt produktów typu *unit-linked* ma aktywna postawa Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który wszczął kilkanaście postępowań o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów w związku ze stosowaniem przez ubezpieczycieli życiowych różnych metod pomniejszania środków wypłacanych z rachunku jednostek uczestnictwa (rachunku udziałów). Nie bez znaczenia dla oceny sytuacji rynkowej dokonanej przez Prezesa UOKiK miało samo postępowanie ubezpieczycieli, którzy stosowali różne wybiegi w celu uchylecia się od skutków jego wcześniejszych decyzji (*vide* postępowanie dotyczące Aegon TU na Życie S.A.). „Sztuka uniku” oraz kwestie z nią związane zostaną szczegółowo omówione w rozdziale IV Raportu.

1. Okres referencyjny

Zagadnienie okresu referencyjnego oraz założeń techniczno-ubezpieczeniowych umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do dziedzin rachunkowości, aktuariatu oraz statystyki. Nie jest to wiedza prawnicza, dlatego też w ocenie twórców Raportu oraz Rzecznika Finansowego właściwe będzie posłużenie się opiniami osób posiadających wystarczającą wiedzę w tej materii. Z dostępnych publikacji na ten temat należy przywołać w pierwszej kolejności pracę prof. zw. nauk ekonomicznych Eugeniusza Stroińskiego⁴¹ *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*⁴²,

⁴¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Eugeniusz_Stroiński.

oraz publikacje prof. Uniwersytetu Warszawskiego dr. hab. Mariana Wiśniewskiego⁴³ zamieszczone w „Wiadomościach Ubezpieczeniowych”⁴⁴.

Czas, w którym ubezpieczyciel potrąca koszty wstępne, to tzw. okres referencyjny. Zasadniczo w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest on nigdy określany wprost. Okres referencyjny to czas, po którego upływie dochodzi do amortyzacji początkowego deficytu wywołanego wysokimi kosztami początkowymi. Okres ten – przy równomiernym rozłożeniu kosztów – wynosi zwykle 10 lat⁴⁵. Jest on określany w planie technicznym ubezpieczenia⁴⁶. Z punktu widzenia ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia na życie z UFK okaże się dla niego rentowna, jeżeli ubezpieczający nie rozwiąże jej przed upływem okresu referencyjnego, czyli zakładanym minimalnym okresem jej obowiązywania⁴⁷. Przedwczesne „zamykanie” polis przez ubezpieczonych powoduje, że ubezpieczyciele dążą do przerwania wynikających z tego faktu strat na innych klientach, którzy trwają w ubezpieczeniu przez stosunkowo długi czas⁴⁸.

Z powyższego wynika, że z punktu widzenia ubezpieczonego umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może stać się rentowna dopiero wtedy, kiedy stanie się taka dla ubezpieczyciela, czyli po upływie okresu referencyjnego. Dopiero po jego zakończeniu umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powinna przynieść ubezpieczonemu zyski⁴⁹. Trzeba pamiętać, że koszty wstępne to z reguły ponad 100% składki rocznej, a niekiedy sięgają one 100% wartości zgromadzonego kapitału w pierwszych dwóch latach trwania ubezpieczenia⁵⁰. Aby ubezpieczenie stało się dochodowe również dla ubezpieczającego, tak określone koszty początkowe muszą zostać odrobione poprzez wzrost wartości aktywów

⁴² E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003.

⁴³ <http://www.wne.uw.edu.pl/index.php/profile/view/134/>.

⁴⁴ „Wiadomości Ubezpieczeniowe” – kwartalnik wydawany pod egidą Polskiej Izby Ubezpieczeń, organizacji samorządu ubezpieczeniowego; por. <http://www.piu.org.pl/wiadomosci-ubezpieczeniowe>.

⁴⁵ M. Wiśniewski, *Zasadność opłat...*, *op. cit.*, s. 105.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 106.

⁴⁷ M. Romanowski, G. Romanowski, *Kilka refleksji w sprawie opłaty likwidacyjnej w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr spec. 3, s. 35.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ M. Wiśniewski, *Zasadność opłat...*, *op. cit.*, s. 110.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 103.

ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Stąd też okres, po którym swój deficyt zamyka ubezpieczający, jest jeszcze dłuższy.

2. Długoterminowy charakter umowy ubezpieczenia na życie z UFK

Przepisy prawa nie przesądzają, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma charakter długoterminowy. Żadne przepisy kodeksu cywilnego ani ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie definiują umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jako kontraktu terminowego – umowy zawieranej na określony czas. W szczególności brak jest podstaw normatywnych, aby twierdzić, że umowy typu *unit-linked* są umowami zawieranymi na 10 czy 15 lat. Jedynym ograniczeniem czasu trwania umowy ubezpieczenia na życie jest specyficznie rozumiany termin, jakim jest śmierć osoby ubezpieczonej. Zdarzenie to jest definiowane jako wypadek ubezpieczeniowy w ubezpieczeniach osobowych (życiowych) – ubezpieczeniach na wypadek śmierci (art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c.). Może być również rozumiane jako zdarzenie przyszłe i pewne, lecz niepewne co do czasu jego zajścia (*dies certus an, incertus quando*), którego zajście prowadzi do rozwiązania umowy ubezpieczenia. W kontekście ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego dopuszczalne jest twierdzenie, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może być zawierana na czas nieoznaczony albo na czas oznaczony, w której termin końcowy jest wyznaczany przez śmierć osoby ubezpieczonej, rozumianą jako zdarzenie przyszłe i pewne, lecz niepewne co do czasu jej zajścia.

W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ryzyko inwestycyjne spoczywa na ubezpieczającym⁵¹, a działalność lokacyjna ubezpieczyciela jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego⁵². Zatem ryzyko zmiany koniunktury na rynkach finansowych obciąża wyłącznie ubezpieczającego. Tym samym wyłącznie osoba ubezpieczona jest narażona na spadek wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a tym samym na spadek wartości środków tam zgromadzonych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że pomimo spadku wartości aktywów funduszu kapitałowego ubezpieczyciel i tak pobiera opłaty bieżące, to strata generowana

⁵¹ E. Stroiński, *op. cit.*, s. 170.

⁵² M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie. Aspekty prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 273.

przez ubezpieczenie może być jeszcze większa. Spadek wartości jednostek uczestnictwa powiększa stratę ubezpieczonego, która jest odczuwalna także wtedy, kiedy wzrost wartości jednostek uczestnictwa następuje w stopniu mniejszym niż skumulowana kwota opłat bieżących. Ze względu na zmienność rynków kapitałowych nie da się z góry określić okresu trwania umowy ubezpieczenia z UFK, po którym dojdzie do pokrycia straty ubezpieczonego powstałej w związku z kosztami wstępnymi oraz zmiennością wartości jednostki uczestnictwa. Jedynym rozwiązaniem, które pozwalałoby na osiągnięcie zysku, jest bezterminowość umowy ubezpieczenia z jednoczesnym zastrzeżeniem prawa do jej wypowiedzenia wyłącznie przez ubezpieczającego. Ta ostatnia kwestia została zagwarantowana przez ustawodawcę.

Ubezpieczyciele starają się dowieść, że natura umowy ubezpieczenia z UFK jest determinowana przez długoterminowy referencyjny okres jej trwania⁵³. Tylko okres referencyjny ma wyznaczać czas, przez który obowiązuje umowa ubezpieczenia na życie z UFK. Powyższe wskazuje, że „długoterminowość” ubezpieczenia na życie z UFK ma być determinowana wyłącznie przez czas, w którym ubezpieczyciel odrobi swoje koszty początkowe, czyli prowizję zapłaconą pośrednikowi ubezpieczeniowemu, i uzyska marżę na zysk wpisaną w składkę. Takie rozwiązanie jest sprzeczne z dobrymi obyczajami poprzez złamanie równości podmiotów stosunku obligacyjnego.

Powyższe założenie implikuje – poprzez twierdzenie, że w naturę umowy ubezpieczenia z UFK wpisane są wysokie koszty wstępne – że do istoty umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy zawarcie jej za pośrednictwem osoby wykonującej czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Sprawia to, że umowa ubezpieczenia na życie z UFK staje się podwójnie kwalifikowana przez podmiot (przedsiębiorcę), tj. zarówno przez ubezpieczyciela (art. 805 § 1 k.c.), jak i pośrednika ubezpieczeniowego (w szczególności agenta ubezpieczeniowego – art. 2 ust. 2 w zw. z art. 7 ust. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym [t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1450 z późn. zm.; dalej: u.p.u.], w zw. z art. 758 § 1 k.c.) działającego przez osobę fizyczną wykonującą czynności pośrednika ubezpieczeniowego (art. 9 u.p.u.).

Umowa ubezpieczenia na życie z UFK może jednak zostać skutecznie zawarta bez udziału pośrednika ubezpieczeniowego, a zawieranie umów w takim trybie nie stanowi pośrednictwa ubezpieczeniowego (art. 6 u.p.u.). Oznacza to, że koszty początkowe

⁵³ M. Romanowski, G. Romanowski, *op. cit.*, s. 39.

ponoszone przez zakłady ubezpieczeń nie muszą uwzględniać prowizji pośrednika ubezpieczeniowego (agenta); jego wynagrodzenie nie stanowi immanentnego elementu składki ubezpieczeniowej. Obciążanie ubezpieczających kosztami wstępnymi (kosztami agencyjnymi) w przypadku, kiedy umowa ubezpieczenia na życie z UFK jest zawierana bez ich pośrednictwa, jest sprzeczne z dobrymi obyczajami.

Kolejnym determinantem długości trwania umowy ubezpieczenia na życie z UFK jest parytet części ochronnej i części inwestycyjnej, a właściwie celów, jakie ma osiągnąć umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest przede wszystkim umową ubezpieczenia. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy nie może być inaczej postrzegany jako element dodatkowy, uzupełniający konstrukcję umowy ubezpieczenia o dodatkowy kapitał, czyli spieniężone aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

3. Prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie z UFK

Umowa ubezpieczenia osobowego, do której należy umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie (art. 830 § 1 k.c.). Uprawnienie do wypowiedzenia umowy przysługuje wyłącznie ubezpieczającemu. Zauważana jest asymetria w rozkładzie uprawnienia prawnokształtującego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego z tym zastrzeżeniem, że wyłącznie ustawa może wprowadzić wyjątki od tej zasady (art. 830 § 3 k.c.).

Przewidziany przez ustawodawcę model znajduje swoje głębokie uzasadnienie zarówno w aspekcie ochronnym umowy ubezpieczenia na życie, jak i aspekcie inwestycyjnym umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego nie jest w żaden sposób ograniczone ustawowo. Może być ono realizowane w każdym czasie z zachowaniem terminu wypowiedzenia określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. Wypowiedzenie umowy ma charakter jednostronnego oświadczenia woli. Skuteczność wypowiedzenia umowy

ubezpieczenia osobowego nie jest uzależniona od zgody ubezpieczyciela ani od spełnienia jakichkolwiek dodatkowych przesłanek.

Jakiegokolwiek inne wymogi, dotyczące np. wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego czy czasu, w ciągu którego możliwe jest wypowiedzenie umowy (np. po upływie pierwszych dwóch lat trwania umowy ubezpieczenia), stanowią naruszenie art. 830 § 1 k.c., który w swej treści jest przepisem bezwzględnie obowiązującym.

Identyczne z czasowym ograniczeniem uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie z UFK jest jakiegokolwiek pomniejszenie środków zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa, dokonywane w konsekwencji wypowiedzenia umowy. Dotyczy to zarówno jawnych opłat likwidacyjnych, tzn. takich, które pobierane są w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu referencyjnego, jak i opłat ukrytych likwidacyjnych, formalnie niezastrzeżonych w treści umowy ubezpieczenia (ogólnych warunków ubezpieczenia), lecz pomniejszających kwotę wypłacanych środków pieniężnych w następstwie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia (tzw. wartość wykupu). Taki sam efekt wywołują – niezależnie od nazwy – tzw. opłaty warunkowe, stanowiące formę kaucji na poczet zabezpieczenia przed rozwiązaniem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przed upływem okresu referencyjnego. Ich „warunkowość” sprowadza się do zwrotu środków – w postaci tzw. premii – pobranych na ich poczet w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia nie zostanie wypowiedziana przed końcem okresu referencyjnego, i zabrania ich w sytuacji wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przed końcem tego okresu.

Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku na zachowanie ubezpieczającego będzie miało wpływ to, czy w wyniku rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia ubezpieczyciel pomniejszy wartość ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o jakiegokolwiek kwoty. Groźba utraty części bądź całości środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowi materialne ograniczenie uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w każdym czasie. W podobny sposób na zachowanie ubezpieczonego będzie miało wpływ to, czy w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia zostaną mu zwrócone środki pieniężne zatrzymane w postaci kaucji, czyli tzw. opłaty warunkowej.

W takim też tonie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 marca 2005 r. (I CK 586/04, OSNC 2006, nr 3, poz. 51): „Nie ulega wątpliwości, że niedozwolone są także postanowienia umowne uszczuplające ustawowe uprawnienia konsumenta; nałożenie we wzorcu umowy na konsumenta obowiązku zapłaty kwoty pieniężnej i to w znacznej wysokości, w razie skorzystania przez niego z prawa przyznanego mu w ustawie, jest sprzeczne zarówno z ustawą, jak i dobrymi obyczajami, gdyż zmierza do ograniczenia ustawowego prawa konsumenta, czyniąc ekonomicznie nieopłacalnym korzystanie z tego prawa”. Powyższe stwierdzenie znajduje swoją aktualność zarówno w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na własny, jaki i na cudzy rachunek, zwłaszcza wtedy, kiedy to ubezpieczony ponosi ciężar finansowania kosztem własnego majątku składki ubezpieczeniowej.

4. Prawo do wykupu umowy ubezpieczenia na życie z UFK

Konsekwencją rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na skutek jej wypowiedzenia jest wypłata środków pieniężnych pochodzących z umorzenia wszystkich jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wypłata środków jest równoznaczna z wypłatą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej, jaką jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (art. 2 ust. 1 pkt 13 u.d.u.). Wypłata rezerwy jest przejawem należytego wykonania zobowiązania polegającego na jej zwrocie, aktualizującego się w chwili rozwiązania umowy ubezpieczenia o kapitałowym charakterze⁵⁴. Zwrot rezerwy jest przejawem zasady nieprzepadalności składek w umowach ubezpieczenia o kapitałowym charakterze⁵⁵ – w przeciwieństwie do umów ubezpieczenia o ochronnym charakterze, w których składka nie podlega zwrotowi, gdyż stanowi cenę transferu ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego na ubezpieczyciela.

Wypłata rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej stanowi zarówno skutek rozwiązania umowy ubezpieczenia o kapitałowym charakterze, jak i realizację żądania jej wypłaty – tzw. wykupu całkowitego. Wykup całkowity wywołuje tożsame skutki ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. Równoważnikiem

⁵⁴ W. Kamieński, *Główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 17 (2/2014), s. 65.

⁵⁵ J. Łazowski (adaptacja i red. W. W. Mogilski), *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1998, s. 145.

uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w każdym czasie jest uprawnienie do dokonania tzw. wykupu całkowitego. Jest ono realizowane w każdym czasie, skoro w każdym czasie umowa ubezpieczenia osobowego może zostać wypowiedziana⁵⁶. Oznacza to, że – podobnie jak w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego – niedopuszczalne są jakiegokolwiek ograniczenia wypłaty wartości wykupu.

Instytucja wykupu całkowitego nie została wprost uregulowana w przepisach prawa. Pojawia się ona w tekście prawnym jedynie w kontekście obowiązków informacyjnych spoczywających na ubezpieczycielach oferujących ubezpieczenia grupy 3 działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, związanych ze wskazaniem w treści umowy wartości wykupu (art. 13 ust. 1 pkt 3, ust. 3 oraz ust. 4 pkt 2 u.d.u.). Co warto podkreślić, przywołane przepisy prawa nie stanowią same w sobie materialnoprawnej podstawy do naliczania opłaty likwidacyjnej, podobnie jak nie determinują sposobu określenia wartości wykupu.

5. Metoda opłaty likwidacyjnej

Metoda opłaty likwidacyjnej, wraz z metodą zniżenia wartości wykupu, jest najczęstszym sposobem przeliczania kosztów początkowych ubezpieczenia. Polega ona na pomniejszeniu wartości środków zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa o procentowo określoną opłatę, nazywaną opłatą likwidacyjną. Zazwyczaj jest ona ujmowana tabelarycznie. Opłata likwidacyjna występuje przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia albo przez tzw. okres referencyjny.

Przez wiele lat wprowadzony do tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia termin „opłata likwidacyjna” nie budził najmniejszych wątpliwości. Wydawało się rzeczą oczywistą i naturalną, że opłata likwidacyjna jest pobierana w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Przełom w takim myśleniu wprowadził wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r. (VI ACa 1175/09) w sprawie przeciwko UNIQA TU na Życie S.A. oraz będący jego konsekwencją wpis do rejestru niedozwolonych postanowień umów nr 2161. Opłata likwidacyjna w wysokości od 99% do 10%, pobierana

⁵⁶ W. Kamieński, *Wykup ubezpieczenia. Wybrane zagadnienia z praktyki ubezpieczeniowej*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, nr 3.

w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na przestrzeni 10 lat, została uznana za niedozwoloną.

Prof. M. Wiśniewski stwierdza, formułując postulat do regulatora rynku ubezpieczeniowego, że: „Należy unikać niefortunnego terminu »opłaty likwidacyjne«. Istotę problemu [tj. kosztów początkowych – przyp. aut.] lepiej oddają określenia »wartość wykupu«, »stopa wykupu« etc”⁵⁷.

Przykład 1. Opłata likwidacyjna pobierana przez czas określony (tzw. okres referencyjny) w umowie ubezpieczenia na życie z UFK zawartej na czas nieoznaczony, jako procent wartości rachunku udziałów⁵⁸

Analizowana umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieoznaczony (§ 5 o.w.u.). W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem 11 lat od dnia jej zawarcia i żądania wypłaty wartości wykupu całkowitego ubezpieczyciel ze środków znajdujących się na rachunku podstawowym pobiera opłatę likwidacyjną (§ 20 ust. 1 o.w.u.). Jej wysokość została określona w karcie parametrów i kształtuje się według poniższej tabeli. Środki zgromadzone na rachunku dodatkowym są wolne od opłaty likwidacyjnej.

Rok polisowy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	od 11
Opłata likwidacyjna w %	100	100	70	60	50	40	30	20	10	5	0

Wysokość opłaty likwidacyjnej w produkcie „Nordea Strateg” była przedmiotem analizy Sądu Najwyższego w kontekście niedozwolonego postanowienia umowy⁵⁹. W uzasadnieniu wyroku Sąd stwierdził, że:

„Zakwestionowane postanowienie umowne nakłada na konsumenta obowiązek poniesienia – w razie wypowiedzenia umowy przed upływem 10 lat – opłaty likwidacyjnej pochłaniającej wszystkie środki zgromadzone na jego rachunku podstawowym, jeśli wypowiedzenie umowy następuje w ciągu dwóch pierwszych lat trwania umowy, oraz

⁵⁷ M. Wiśniewski, *Zasadność opłat...*, op. cit., s. 110; por. także: M. Wiśniewski, *Wartość polis...*, op. cit., s. 31.

⁵⁸ Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną „Nordea Strateg”, zatwierdzone uchwałą Zarządu Nordea Polska TU na Życie S.A. z dnia 22 czerwca 2010 r. (kod: UI/OWU/36306-2010/B).

⁵⁹ Wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13).

znaczną ich część w następnych latach i to bez względu na wysokość uiszczanej przez konsumenta składki (której minimalna wysokość wynosi 12.000 złotych rocznie) oraz bez względu na wartość zgromadzonych na rachunku środków. Należy podzielić pogląd, że przejęcie przez ubezpieczyciela całości lub znacznej części tych środków w oderwaniu od rozmiaru uiszczonych przez ubezpieczającego składek rażąco narusza interes konsumenta, a nadto jest wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, kształtując prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. [...]

Pozwany nie wykazał więc racjonalnego i dającego się zaakceptować powiązania kosztów i ryzyka ubezpieczyciela z wysokością opłaty likwidacyjnej uregulowanej w Karcie Parametrów. Trzeba przy tym podnieść, że przy założeniu, iż indywidualny stan funduszu ubezpieczonego rośnie w miarę trwania umowy (sam pozwany twierdzi, że celem umowy jest pomnażanie wartości środków zgromadzonych na rachunku klienta), opłata likwidacyjna w przypadku rezygnacji konsumenta z kontynuacji umowy przez upływem 10 lat od daty jej zawarcia faktycznie kwotowo wzrasta, mimo że co rok obniża się jej stawka procentowa. Przeczy to tezie skarżącego, że stosowanie wysokich opłat likwidacyjnych w początkowym okresie trwania umowy ma na celu zabezpieczenie się ubezpieczyciela przed wypowiedzeniem umowy przez ubezpieczającego, zanim poniesione koszty nie zostaną ubezpieczycielowi zwrócone”.

Przykład 2. Opłata likwidacyjna pobierana przez czas określony (tzw. okres referencyjny) w umowie ubezpieczenia na życie z UFK zawartej na czas oznaczony, wariantowo, jako procent wartości rachunku udziałów albo jako procent tzw. składki zainwestowanej, przy czym pobierana jest mniejsza z uzyskanych wartości⁶⁰

Opłata likwidacyjna*	Rok Odpowiedzialności	Wysokość opłaty likwidacyjnej (wartości maksymalne)	
		Jako % składki zainwestowanej	Jako % wartości rachunku
	4	34,84%	70,00%
	5	30,27%	60,00%
	6	25,24%	50,00%
	7	20,60%	40,00%
	8	16,11%	30,00%
	9	11,66%	25,00%
	10	8,01%	20,00%
	11	4,90%	15,00%
	12	2,19%	10,00%
	13	0,72%	5,00%
	14	0,30%	5,00%
	15	0,09%	5,00%

* UWAGA: Pobierana jest mniejsza z dwóch wartości.

W kontekście powyższego modelu poboru opłaty likwidacyjnej należy poczynić zastrzeżenie, że w brzmieniu pierwotnym tabela opłat i limitów składek przewidywała jedynie wariant poboru opłaty jako ułamka wartości rachunku w wymiarze wynikającym z powyższej tabeli, przy czym dla pierwszych 3 lat obowiązywania umowy wartość ta wynosiła 80%. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że wprowadzona zmiana, choć teoretycznie mogłaby prowadzić do obniżenia wartości pobieranej opłaty, nabiera znaczenia jedynie w przypadku, gdy wartość jednostki znacznie przewyższa jej wartość początkową (200,00 zł). Tymczasem z wiedzy posiadanej przez Rzecznika Finansowego wynika, że dla omawianej umowy wartość jednostki w całym dotychczasowym okresie obowiązywania ochrony

⁶⁰ Tabela opłat i limitów składek do Warunków Ubezpieczenia „Plan Oszczędnościowy Bezpieczne Oszczędzanie” (kod: 2011_OFPOBO_v.01) oferowanego przez TU na Życie EUROPA S.A. w wersji zmienionej od dnia 1 stycznia 2015 r.

ubezpieczeniowej nie tylko nie przekroczyła wartości początkowej, ale też się nawet do niej nie zbliżyła. Przebieg notowań wartości jednostek w okresie obowiązywania umowy zawartej z okresem obowiązywania ochrony od dnia 8 lipca 2011 r. obrazuje załącznik nr 1⁶¹.

Wprowadzenie opłaty likwidacyjnej z języka techniczno-ubezpieczeniowego do języka prawnego stawia szereg pytań o jej dopuszczalność i podstawę obligacyjną jej pobrania. Opłata likwidacyjna stanowi jeden ze sposobów pomniejszenia środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o nierozliczone koszty wstępne. Niezależnie od uzasadnienia techniczno-ubezpieczeniowego zastrzeżenie poczynione w treści umowy ubezpieczenia (ogólnych warunków ubezpieczenia) musi znajdować swoje uzasadnienie na gruncie prawa cywilnego, a prawa zobowiązaniowego w szczególności.

Na gruncie prawa zobowiązaniowego – a więc prawa prywatnego, a nie prawa publicznego – opłata powinna być postrzegana jako forma wynagrodzenia za spełnienie określonego świadczenia. Stosunki zobowiązaniowe polegają między innymi na wymianie dóbr i usług, które w kontekście norm prawnych dotyczą zapłaty ceny lub wynagrodzenia za rzecz lub usługę. Relacja powyższa ujmowana jest przez treść zobowiązania (art. 353 k.c.). Nieodzownym elementem treści stosunku zobowiązaniowego jest również pojęcie przyczyny prawnej (*causa*), która uzasadnia przysporzenie jednej strony kosztem drugiej, co niejednokrotnie ma charakter wzajemny. W ten też sposób należy postrzegać relację: wynagrodzenie (opłata) – świadczenie.

Zgodnie z przyjętym przez ubezpieczycieli nazewnictwem, opłata likwidacyjna ma stanowić ekwiwalent niezrozumiałego i nieokreślonego świadczenia, jakim jest „likwidacja polisy”. Oznacza to, że przyczyną prawną (*causa*) dla zapłaty wynagrodzenia (tzw. opłaty likwidacyjnej) miałyby być spełnienie świadczenia w postaci likwidacji polisy. Powyższe nie przystaje jednak do reguł prawa obligacyjnego chociażby z tego względu, że likwidacja polisy – w domyśle rozwiązanie umowy ubezpieczenia – stanowi uprawnienie ubezpieczającego, który w każdym czasie może złożyć oświadczenie prawnokształtujące i doprowadzić do rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie (art. 830 § 1 k.c.). Uprawnienie to nie jest niczym ograniczone. Tym samym chociażby i z tego względu opłata likwidacyjna pozostaje w sprzeczności z prawem, gdyż powinna być postrzegana

⁶¹ Załącznik nr 1 przedstawia historię nabycia jednostek dla umowy, w stosunku do której Rzecznik Ubezpieczonych prowadził interwencję nr RU/WSI/4847/AG/15.

jako swoiste ograniczenie uprawnienia przyznanego ubezpieczającemu przez ustawę (przywoływany wyrok SN z dnia 23 marca 2005 r.).

Wątpliwości co do podstaw prawnych pobierania opłaty likwidacyjnej ze względu na brak świadczenia, dla którego opłata likwidacyjna miałaby być ekwiwalentem, zostały wyrażone w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r. (VI ACa 458/12) oraz w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 kwietnia 2013 r. (VI ACa 1324/12).

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia może generować po stronie ubezpieczyciela określone koszty. Ich powstanie ma normalny charakter, a ten element kosztowy integralnie wpisuje się w prowadzenie działalności gospodarczej, jaką jest działalność ubezpieczeniowa. Nie wyklucza to możliwości przerzucania – z ekonomicznego punktu widzenia – kosztów prowadzenia przedsiębiorstwa na ubezpieczającego (ubezpieczonego). Istotne jest jednak, aby dokonywało się to w sposób zgodny z przepisami prawa, tj. w zgodności z instytucjami prawa zobowiązaniowego w szczególności z definicją umowy ubezpieczenia (art. 805 k.c.), w świetle której świadczeniem, jakiego ubezpieczyciel może oczekiwać od ubezpieczającego, jest zapłata składki. Tym samym składka jest zasadniczym sposobem przerzucania na ubezpieczającego (ubezpieczonego) kosztów prowadzenia przedsiębiorstwa – w kontekście czynności ubezpieczeniowej, jaką jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia w jej zasadniczym, wytyczonym przez kodeks cywilny, kształcie.

Opłata likwidacyjna postrzegana jest przez SOKiK jako swoista kara umowna, która prowadzi do pomniejszenia środków zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa. Sankcja ta wymierzana jest za rezygnację z kontynuowania umowy. Ma ona charakter uniwersalny, tzn. istnieje zarówno bez powiązania z realnie poniesionymi wydatkami, jak i jest całkowicie niezależna od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Zastrzeżenie takie jest zarówno sprzeczne z dobrymi obyczajami, jak i narusza interesy konsumentów⁶².

⁶² Wyroki SA w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r. (VI ACa 1175/09) oraz z dnia 26 czerwca 2012 r. (VI ACa 87/12).

6. Metoda zniżenia wartości wykupu i ukrytej opłaty likwidacyjnej

Tak jak opłata likwidacyjna nie może być postrzegana jako świadczenie ze względu na brak uzasadnienia dla przysporzenia majątkowego na rzecz ubezpieczyciela, tak i świadczeniem takim (ani głównym, ani ubocznym) nie może być kwota wartości wykupu, ze względu na brak podstaw obligacyjnych dla pomniejszenia kwoty środków zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa. Powód tego pomniejszenia wynika z przyjętych rozwiązań techniczno-ubezpieczeniowych, a nie zobowiązaniowych.

Wartość wykupu (kwota wykupu) to rezultat świadczenia ubezpieczyciela w zobowiązaniu starannego działania, polegającego na zarządzaniu na zlecenie, lecz nie na rachunek ubezpieczającego, środkami pieniężnymi pochodzącymi z wpłaconych składek, stanowiącymi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, tj. rezerwę ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. Wartość wykupu (kwota wykupu) jest wypłacana w wykonaniu przez ubezpieczyciela obowiązku wykupu ubezpieczenia, czyli wydania (zwrotnego przeniesienia) środków pieniężnych osobie uprawnionej. Wykup ubezpieczenia może dotyczyć całej rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej – tzw. wykup całkowity (wykup całego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego) – albo części rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej – tzw. wykup częściowy (wykup części ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego).

Wykup całkowity jest realizowany na skutek:

- 1) złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia woli w wykonaniu uprawnienia prawnokształtującego w sposób wyraźny (art. 830 § 1 k.c.) lub domniemany (art. 830 § 2 k.c.) bądź
- 2) upłynięcia terminu końcowego (rozwiązania umowy *ex contractu*) bądź
- 3) zajścia wypadku ubezpieczeniowego – przyjmując postać dodatkowej kwoty pieniężnej, powiększającej świadczenie na wypadek śmierci (sumę ubezpieczenia) – bądź
- 4) zajścia zdarzenia losowego w warunkach wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Wykup całkowity i wykup częściowy mogą być realizowane także na skutek oświadczenia ubezpieczającego o charakterze prawnokształtującym, tożsamego z

oświadczeniem o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia na życie w całości bądź części⁶³. Wykup ubezpieczenia związany jest ze zwrotnym przeniesieniem na ubezpieczającego własności środków pieniężnych ubezpieczyciela w kwocie odpowiadającej wycenie aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zwrotne przeniesienie środków pieniężnych wynika z wewnętrznego stosunku prawnego, składającego się na stosunek prawny wykreowany przez czynność powierniczą typu zarządzającego.

Zwrotne przeniesienie środków pieniężnych na ubezpieczającego charakteryzuje obowiązek ubezpieczyciela powstały już w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a zaktualizowany przez którąkolwiek z okoliczności, o których mowa powyżej, realizujących wykup całkowity. Pogląd taki jest prezentowany przez Sąd Najwyższy w orzecznictwie dotyczącym umowy ubezpieczenia na życie i dożycie, w której zobowiązanie ubezpieczyciela ma postać zobowiązania rezultatu, a nie starannego działania⁶⁴.

Wykup ubezpieczenia, jako spełnienie obowiązku, stanowi o należyтым wykonaniu zobowiązania ubezpieczyciela. Nie jest tym samym świadczeniem, z tytułu którego należne byłoby ubezpieczycielowi wynagrodzenie. Wynagrodzeniem takim nie może być tzw. opłata likwidacyjna⁶⁵.

Poza uzasadnieniem wynikającym ze struktury zobowiązania, kwota wykupu, czyli wartość pieniężna odpowiadająca spieniężonej wartości aktywów nabytych przez ubezpieczyciela na zlecenie ubezpieczającego, nie może być świadczeniem ze względu na niedookreśloność co do jej wysokości.

Wartość wykupu jest nieznana w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Żadna ze stron nie wie i nie może przewidzieć, jaka będzie kwota wykupu – nie tylko ze względu na brak wiedzy o wartości poszczególnych aktywów nabywanych przez ubezpieczyciela, lecz także z uwagi na nieokreślony moment, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu stanie się wymagalne. Okoliczność decydująca o wymagalności roszczenia ubezpieczającego, a tym

⁶³ Por. W. Kamieński, *Wykup ubezpieczenia...*, *op. cit.*

⁶⁴ Poglądowi temu dał wyraz SN w uchwale z dnia 24 stycznia 1996 r. (III CZP 196/95, OSNC 1996, nr 6, poz. 78) oraz w wyrokach z dnia 2 grudnia 1999 r. (III CKN 489/98, OSNC 2000, nr 7–8, poz. 130), z dnia 29 listopada 2001 r. (V CKN 489/00, OSNC 2002, nr 7–8, poz. 104), a także z dnia 14 grudnia 2004 r. (II CK 238/04, niepubl.).

⁶⁵ Por. W. Kamieński, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r., dotyczącego wysokości opłaty likwidacyjnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 13 (2/2012), s. 166–184.

samym o rozmiarze długu ubezpieczyciela, jest zależna bądź od woli ubezpieczającego, bądź od zdarzenia przyszłego i niepewnego, jakim jest zajście wypadku ubezpieczeniowego. Tym samym kwota wykupu nie może stanowić przedmiotu świadczenia, jako że nie może być objęta konsensusem. Porozumieniem stron objęty jest jedynie sposób inwestowania składek oraz katalog aktywów nabywanych za środki pieniężne pochodzące z wpłacanych składek.

Ze względu na powyższe nie jest możliwe, aby kwota wykupu została wystarczająco zindywidualizowana co do treści i mogła stanowić zarówno przedmiot głównego świadczenia ubezpieczyciela (art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.), jak i przedmiot świadczenia w rozumieniu art. 353 k.c. Nie zmienia powyższego odniesienie jej do określonego procentu wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego: znany procent z nieznannej kwoty wykupu i tak daje wartość nieznaną.

Należy także podnieść, że minimalnym zakresem konsensusu, który pozwala na powstanie ważnego stosunku zobowiązaniowego – poza określeniem stron, jego struktury opartej na korelacji praw i obowiązków – jest indywidualizacja przedmiotu świadczenia lub świadczeń⁶⁶. Tym samym skoro kwota wykupu nie stanowi głównego świadczenia stron, to tym bardziej nie jest nim sposób jej ustalenia, a w szczególności wybór dnia, w którym ma zostać ona ustalona, termin, w którym ma ona zostać wypłacona, a także limity czasowe, kwotowe i ilościowe wykupu.

Przykład 1. Zaniżona wartość wykupu przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia zawartej na czas określony⁶⁷

W przypadku analizowanej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ochrona ubezpieczeniowa w wymiarze jednostkowym trwa przez czas oznaczony – 15 lat. Po jego upływie ubezpieczyciel wypłaca wartość rachunku przypadającą na ten dzień (§ 16 ust. 2 w.u.). Ubezpieczyciel nie składa żadnych gwarancji co do wysokości świadczenia na dożycie (wartości rachunku na koniec trwania ubezpieczenia). Ubezpieczenie to jest zatem zwykłym ubezpieczeniem na życie z UFK zawierającym na czas oznaczony.

⁶⁶ Por. Z. Radwański, *Teoria umów*, PWN, Warszawa 1977, s. 72.

⁶⁷ Warunki ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „Plan regularnego oszczędzania – Zabezpiecz przyszłość”, zatwierdzone uchwałą Zarządu Open Life TU na Życie S.A. z dnia 2 kwietnia 2012 r. (kod: UB_OGIR101) z tabelą opłat i limitów (kod: T/I/GB/OGIR101/009).

W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed końcem trwania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel wypłaca wartość wykupu jako określony procent wartości rachunku udziałów (§ 18 ust. 4 w.u.). Stawki procentowe zostały podane w załączniku do warunków ubezpieczenia:

Rok polisowy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
% wartości rachunku udziałów	8	15	20	30	40	50	60	70	75	85	92	93	94	95	97

Przykład 2.1. Zaniżona wartość wykupu przez czas określony (okres referencyjny) umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony⁶⁸

Analizowana umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieoznaczony (§ 5 ust. 1 o.w.u.). Wartość całkowitego wykupu polisy w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia dla rachunku podstawowego stanowi określony procent wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na tym rachunku (§ 14 pkt 3 o.w.u.). Wartość całkowitego wykupu polisy uwzględnia koszty ubezpieczyciela pobierane w związku z całkowitym wykupem w poszczególnych latach trwania umowy, na które składają się koszty związane z zawarciem umowy, jej obsługą oraz koszty rozwiązania umowy i realizacji wykupu.

Stawka procentowa dla poszczególnych lat polisowych została określona w tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Rok polisowy	1	2	3	4	5	6	7	8	od 9
% wartości wykupu	20	30	40	50	60	70	80	90	100

⁶⁸ Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Allianz Invest (składka regularna), zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska SA z dnia 22 listopada 2012 r. (kod: ZYAI-OR02 11/12).

Przykład 2.2. Zaniżona wartość wykupu przez czas określony (okres referencyjny) umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony⁶⁹

Analizowana umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieoznaczony (§ 6 ust. 1 o.w.u.). W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu oraz wartość rachunku lokacyjnego (art. 32 ust. 1 o.w.u.). Wartość wykupu to wartość rachunku, czyli wartość jednostek uczestnictwa nabytych za wpłacane składki.

Wysokość wartości wykupu w kolejnych latach polisowych obliczana jest zgodnie z poniższą tabelą:

Rok polisowy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	od 11
% wartości wykupu	1	10	20	30	50	65	85	85	90	90	100

7. Metoda opłaty dystrybucyjnej

Przykład 1. Opłata dystrybucyjna i za wystawienie polisy⁷⁰

W analizowanym produkcie ubezpieczeniowym ubezpieczyciel zastosował jedną zbiorczą opłatę: opłatę dystrybucyjną i za wystawienie polisy (§ 39 o.w.u.). Składa się ona z części kwotowej i procentowej.

Część kwotowa pobierana jest w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia w tzw. pierwszym okresie inwestycji, trwającym od 10 do 15 lat, w przypadku dokonania wypłaty całkowitej albo wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w warunkach ograniczenia odpowiedzialności. Opłata dystrybucyjna i za wystawienie polisy w części kwotowej jest pobierana poprzez umorzenie na subkoncie składek regularnych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa.

Cześć procentowa pobierana jest od każdej zapłaconej składki regularnej należnej za pierwszy rok polisowy (pierwszy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia), przed zamianą składki na jednostki uczestnictwa. Opłata w tej części pobierana jest „tytułem

⁶⁹ Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia inwestycyjnego „Best Invest”, zatwierdzone uchwałą Zarządu ING TU na Życie S.A. z dnia 16 maja 2012 r. (kod: OWU/ULM3/1/2012).

⁷⁰ Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – Multi PIN AEGON 2.1, zatwierdzone uchwałą Zarządu Aegon TU na Życie S.A. z dnia 7 maja 2012 r. (kod: AFW-OWU-0512).

poniesionego przez nas [Aegon TU na Życie S.A. – przyp. aut.] kosztu pośrednictwa ubezpieczeniowego przypadającego na umowę”.

W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu referencyjnego, czyli tzw. pierwszego okresu inwestycji, ubezpieczyciel zatrzymuje pobraną część procentową opłaty dystrybucyjnej, czyli 99% składek regularnych zapłaconych w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.

Wysokość części kwotowej oraz części procentowej opłaty została zamieszczona w załączniku do ogólnych warunków ubezpieczenia⁷¹ i kształtuje się następująco:

Część kwotowa opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy	Część procentowa opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy
260 zł	99% składki regularnej bądź sumy składek regularnych należnych za pierwszy rok polisowy ⁷²

W rocznicę polisy kończąca pierwszy okres inwestycji ubezpieczyciel zwraca pobraną część procentową opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy w postaci tzw. premii (§ 13 ust. 3 o.w.u.).

Nazwa opłaty stosowanej przez ubezpieczyciela wskazuje, że uzasadnieniem ekonomicznym jej pobrania jest zwrot kosztu wystawienia polisy oraz zwrot kosztów pośrednictwa ubezpieczeniowego przypadającego na polisę – tzw. kosztów początkowych. Powyższe nie daje jednak jeszcze podstaw prawnych do ujęcia ich w formie opłaty i nałożenia obowiązku jej uiszczenia na ubezpieczających⁷³.

Przede wszystkim pobranie opłaty za wystawienie polisy jest sprzeczne z art. 809 § 1 k.c. Opłata ma stanowić ekwiwalent wystawienia polisy, a samo wystawienie polisy na gruncie prawa zobowiązaniowego musi być postrzegane jako spełnienie przez ubezpieczyciela świadczenia na rzecz ubezpieczającego. Tak więc przyczyną prawną (*causa*) dla zapłaty wynagrodzenia (tzw. „opłaty”) miałoby być spełnienie świadczenia w postaci wystawienia polisy. Powyższe nie przystaje jednak do reguł prawa obligacyjnego z

⁷¹ Załącznik przyjęty uchwałą Zarządu Aegon TU na Życie S.A. z dnia 17 marca 2014 r. (kod: AFW-ZAL-0314).

⁷² W zależności od wersji załącznika część procentowa opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy kształtuje się na poziomie: 99%; 97,75%; 92%; 86,25%; 80,50%, 74,75%.

⁷³ Rzecznik Ubezpieczonych dał wyraz takiemu przekonaniu m.in. w poglądzie istotnym dla sprawy o sygn. I C 1931/15, wszczętej przed Sądem Rejonowym dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie (RU/POG/79/WK/15), a także w odpowiedzi na interwencję nr RU/WSI/G/14212/WK/14.

tego względu, że wystawienie polisy jest obowiązkiem, który ciąży z mocy prawa na ubezpieczycielu (art. 809 § 1 k.c.).

W niniejszej kwestii nie ma żadnego znaczenia to, że czynność techniczna, jaką jest wystawienie polisy, może generować po stronie ubezpieczyciela określone koszty. Element ten integralnie wpisuje się w prowadzenie działalności gospodarczej, jaką jest działalność ubezpieczeniowa. Oczywiście nie wyklucza to możliwości przerzucania – z ekonomicznego punktu widzenia – kosztów prowadzenia przedsiębiorstwa na ubezpieczającego. Istotne jest jednak, aby dokonywało się to w sposób zgodny z przepisami prawa, tj. w zgodności z instytucjami prawa zobowiązaniowego. Należy zauważyć, że zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia (art. 805 k.c.) świadczeniem, jakiego ubezpieczyciel może oczekiwać od ubezpieczającego, jest zapłata składki. Tym samym składka jest zasadniczym sposobem przerzucania na ubezpieczonego kosztów prowadzenia przedsiębiorstwa – w kontekście czynności ubezpieczeniowej, jaką jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia w jej zasadniczym, wytyczonym przez kodeks cywilny, kształcie.

Powyższe należy również odnieść do pojęcia opłaty dystrybucyjnej. Dystrybucja ubezpieczenia jest usługą świadczoną przez przyjmującego zlecenie (agenta ubezpieczeniowego) na rzecz dającego zlecenie – ubezpieczyciela. Co prawda agent ubezpieczeniowy dystrybuje „ubezpieczenie” ubezpieczającemu, lecz czyni to na podstawie stosunku prawnego łączącego go ze zleceniodawcą, którym jest ubezpieczyciel. Taka też jest istota umowy agencyjnej (art. 758 § 1 k.c.).

Opłata dystrybucyjna ma na celu zrekompensowanie kosztów akwizycyjnych, w tym wynagrodzenia agenta ubezpieczeniowego. Takie „przerzucenie” może dokonywać się jednak w jedyny możliwy sposób, tj. poprzez uwzględnienie kosztów akwizycyjnych w kwocie składki ubezpieczeniowej. Brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych, aby koszty te mogły być rekompensowane poprzez opłatę dystrybucyjną obciążającą ubezpieczającego, któremu żadna usługa pod tytułem „dystrybucja ubezpieczenia” nie jest świadczona i który byłby zobowiązany do zapłacenia za nią ubezpieczycielowi wynagrodzenia. Należy raz jeszcze podkreślić, że ubezpieczyciel może przerzucać na ubezpieczającego koszt wynagrodzenia agenta ubezpieczeniowego, jednakże może czynić to wyłącznie poprzez włączenie tego kosztu do składki ubezpieczeniowej, co *notabene* dzieje się np. w

ubezpieczeniach o niekapitałowym charakterze (np. w terminowym ubezpieczeniu na życie).

Zwrot opłaty dystrybucyjnej w formie premii wskazuje, że pobrana kwota, w wysokości 99% składek regularnych zapłaconych w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia, pełni funkcję zabezpieczającą i jest w istocie kaucją na poczet specyficznego rozumianego niewykonania zobowiązania, jakim jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem okresu referencyjnego (tzw. pierwszego okresu inwestycji). Nie ma ona nic wspólnego z premią wynikającą z inwestowania środków w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym.

8. Metoda opłaty warunkowej (kaucji)

Przykład 1. Opłata warunkowa⁷⁴

W analizowanym produkcie ubezpieczeniowym identyczną funkcję do opłaty dystrybucyjnej i za wystawienie polisy pełnią dwie rozdzielne opłaty: opłata warunkowa oraz opłata likwidacyjna. Są one tożsame z częścią procentową oraz częścią kwotową opłaty dystrybucyjnej i za wystawienie polisy.

Wysokość opłaty warunkowej oraz opłaty likwidacyjnej została określona w załączniku do ogólnych warunków ubezpieczenia⁷⁵ i kształtuje się następująco:

Opłata warunkowa	Opłata likwidacyjna
99% składki regularnej należnej za pierwszy rok polisowy	500 zł

Opłata likwidacyjna jest pobierana począwszy od drugiego roku polisowego do końca pierwszego okresu inwestycji w wysokości 500 zł albo wartości subkonta składek regularnych, jeżeli wartość subkonta składek regularnych jest niższa niż 500 zł. Podstawą jej pobrania jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia, dokonanie wypłaty całkowitej albo

⁷⁴ Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – Aegon Indywidualny Plan Finansowy Alfa ETF, zatwierdzone uchwałą Zarządu Aegon TU na Życie S.A. z dnia 5 września 2011 r. (kod: EFW-OWU-0911).

⁷⁵ Załącznik przyjęty uchwałą Zarządu Aegon TU na Życie S.A. z dnia 29 października 2013 r. (kod: EFW-ZAL-1013).

wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w warunkach ograniczenia odpowiedzialności (§ 17 ust. 4 o.w.u.). Opłata likwidacyjna jest pobierana poprzez umorzenie na subkoncie składek regularnych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa.

Opłata warunkowa jest pobierana od każdej zapłaconej składki regularnej należnej za pierwszy rok polisowy (pierwszy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia) przed przeliczeniem składki na jednostki uczestnictwa (§ 17 ust. 7 o.w.u.) w wysokości 99% składek regularnych zapłaconych w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.

W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu referencyjnego, czyli tzw. pierwszego okresu inwestycji, ubezpieczyciel zatrzymuje pobraną opłatę, a zwraca ją w postaci premii w rocznicę polisy kończącej pierwszy okres inwestycji (§ 19 ust. 1 o.w.u.).

Opłata warunkowa nie służy realizacji żadnej usługi, za której realizację miałyby być wynagrodzeniem⁷⁶. Sens opłaty warunkowej nie został wyjaśniony w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Opłata ta jest pobierana w sposób sztywny, uzależniony od łącznej kwoty składek bieżących wpłacanych w pierwszym roku trwania ubezpieczenia.

Opłata warunkowa stanowi ekwiwalent kosztów akwizycyjnych przypisanych do polisy i niewątpliwie pozostaje w bezpośredniej relacji do prowizji zapłaconej pośrednikowi ubezpieczeniowemu, jako wynagrodzenie za pozyskanie klienta. Zauważalne jest, że pobrana opłata warunkowa podlega zwrotowi po upływie tzw. pierwszego okresu inwestycji, czyli prawdopodobnie tzw. okresu referencyjnego, w trakcie którego ubezpieczyciel rozkłada i pobiera koszty akwizycyjne w ramach różnych opłat bieżących. Z tych też względów możliwe jest zwrócenie całości opłaty warunkowej w przypadku, kiedy koszty te zostaną pokryte przez te opłaty. Pokazuje to dobitnie, że zwrot opłaty warunkowej nie ma nic wspólnego z premią inwestycyjną, lecz jest w swojej istocie zwrotem pobranej kaucji na wypadek przedwczesnego rozwiązania umowy ubezpieczenia. Należy dodać, że tak zastrzeżona kaucja nie może być traktowana jako substytut kary umownej pobieranej w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie przed upływem okresu referencyjnego (tzw. pierwszego okresu inwestycji). Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed tym terminem nie ma nic wspólnego z nienależytym wykonaniem zobowiązania, jakim miałyby być opłacanie składek przez cały

⁷⁶ Rzecznik Ubezpieczonych dał wyraz takiemu przekonaniu m.in. w odpowiedzi na interwencję nr RU/WSI/G/3297/WK/15.

wspomniany czas (art. 471 k.c.). Należy dodać, że ubezpieczający – zgodnie z art. 830 k.c. – ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, a uprawnienie to nie może być w żaden sposób ograniczane. Ograniczeniem tym z pewnością jest wspomniana opłata warunkowa, która podlega zwrotowi wyłącznie wtedy, kiedy umowa ubezpieczenia nie zostanie rozwiązana przed upływem tzw. pierwszego okresu inwestycji.

Opłata warunkowa przypomina opłatę likwidacyjną, która abstrahuje od rzeczywistych kosztów rozwiązania umowy ubezpieczenia, bądź karę umowną za rozwiązanie umowy ubezpieczenia. Z tych też względów aktualna pozostaje argumentacja zawarta w orzecznictwie sądowym dotyczącym opłaty likwidacyjnej jako niedozwolonego postanowienia umowy albo takiego pomniejszenia wartości rachunku jednostek uczestnictwa, które jest tożsame z zastosowaniem opłaty likwidacyjnej.

9. Modele mieszane

Przykład 1. Zerowa wartość wykupu oraz opłata likwidacyjna⁷⁷

Analizowany produkt ubezpieczeniowy stanowi kombinację metody zerowej wartości wykupu w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed pierwszą rocznicą ubezpieczenia (rozd. VII ust. 5 pkt 2 o.w.u.)⁷⁸ oraz mechanizmu pomniejszenia środków pieniężnych o kwotę opłaty likwidacyjnej w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia po upływie pierwszego, a przed upływem dziesiątego roku jej trwania (rozd. VII ust. 5 pkt 3 o.w.u.).

Opłata likwidacyjna jest wyliczana jako iloczyn wartości rachunku podstawowego oraz wskaźnika procentowego przypadającego w danym ukończonym miesiącu ubezpieczenia, za które została zapłacona składka regularna. Definicja opłaty likwidacyjnej, sposób jej wyliczania oraz stawki procentowe zostały zamieszczone w załączniku do ogólnych warunków ubezpieczenia⁷⁹. Stopa pomniejszenia środków rachunku podstawowego kształtuje się następująco:

⁷⁷ Ogólne warunki ubezpieczenia inwestycyjnego „Kapitałna Przyszłość”, przyjęte uchwałą Zarządu Aviva TU na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie z dnia 29 kwietnia 2014 r. (kod: KAP/J/6/2014).

⁷⁸ W przypadku rozwiązania umowy przed pierwszą rocznicą polisy ubezpieczyciel wypłaci jedynie „wartość rachunku lokacyjnego”, czyli rachunku utworzonego dla składek lokacyjnych, tzn. składek dodatkowych, do wpłacania których ubezpieczający nie jest zobowiązany z mocy umowy ubezpieczenia, a jest jedynie uprawniony (rozd. I ust. 2 o.w.u.).

⁷⁹ Wykaz opłat przyjęty uchwałą Zarządu Aviva TU na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie z dnia 13 marca 2013 r. (kod: WO/KAP/8/2013).

Miesiąc polisowy	Od	Do	Stopa procentowa
Wartość wykupu (ukryta opłata likwidacyjna)	1	11	100%
Opłata likwidacyjna	12	23	60%
	24	35	30%
	36	47	20%
	48	59	12%
	60	71	8%
	72	83	6%
	84	94	4%
	96	107	2%
	108	119	1%
	120		0%

10. Pozaumowne metody obciążania ubezpieczających (ubezpieczonych) kosztami początkowymi

Poza powyżej omówionymi modelami pomniejszania środków wypłacanych ubezpieczającym o koszty początkowe, stosowanymi bezpośrednio w wzorcach umów, na rynku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi można zaobserwować również praktyki polegające na przyjmowaniu przez niektóre zakłady ubezpieczeń określonych modeli wykonywania już obowiązujących umów ubezpieczenia, które niezależnie od treści ogólnych warunków prowadzą do obciążania ubezpieczających kosztami dystrybucyjnymi bez podstawy prawnej.

Praktyka ta dotyczy w szczególności umów zawartych na podstawie wzorców, których postanowienia dotyczące ustalania wartości wykupu zostały uznane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów za niedozwolone i prawomocnie wpisane do rejestru postanowień wzorców umownych uznanych za niedozwolone, lub też umów zawartych na podstawie wzorców o tożsamej treści co wyżej wymienione. Zgodnie bowiem z art. 385¹ § 1 i § 2 k.c. jedynie postanowienie umowne uznane za niedozwolone nie wiąże konsumenta, natomiast w pozostałym zakresie strony są związane umową. Praktyka pokazuje jednak, że powyższa regulacja prowadzi w przypadkach wielu umów,

które zostały objęte wyrokami Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, do sytuacji, w których wobec zaniechania przez ubezpieczycieli kompleksowego uregulowania kwestii opłat likwidacyjnych w ogólnych warunkach ubezpieczenia (najczęściej bowiem regulacje te sprowadzają się jedynie do określenia współczynników procentowych wskazujących wysokość opłaty likwidacyjnej), we wzorcach umów nie pozostały w praktyce żadne postanowienia mogące stanowić podstawę dla ustalenia wysokości opłaty likwidacyjnej. To z kolei, w przypadku gdy we wzorcu umowy nie została przewidziana możliwość i tryb jego zmiany w czasie obowiązywania umowy (a praktyka wskazuje, że przeważająca większość wzorców nie zawiera takich postanowień), jak również wobec faktu, iż w przypadku umowy ubezpieczenia na życie ubezpieczyciel jest uprawniony do jej wypowiedzenia jedynie w przypadkach przewidzianych w ustawie (art. 830 § 3 k.c.), a do takich nie należy uznanie części postanowień umowy za niedozwolone, prowadzi do sytuacji, że w samej umowie ubezpieczenia, jak również w bezwzględnie obowiązujących przepisach prawa, brak jest podstawy do redukcji wartości wykupu podlegającej wypłacie na rzecz ubezpieczającego. Na tle powyższych stanów faktycznych można zaobserwować niepokojące i zasługujące w ocenie Rzecznika Finansowego na zdecydowaną dezaprobatę praktyki polegające na ustalaniu wartości opłaty likwidacyjnej, tudzież wartości wykupu, na podstawie zasad jednostronnie określonych mocą decyzji zakładu ubezpieczeń.

Jako przykłady takich praktyk można tu wskazać postępowanie Aegon TU na Życie S.A., którego Zarząd – w związku z wpisaniem do rejestru niedozwolonych postanowień umownych postanowień załączników do ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, określających współczynniki opłaty likwidacyjnej⁸⁰ jako określone wartości procentowe środków zgromadzonych na

⁸⁰ Wyrokiem z dnia 7 listopada 2011 r. (XVII AmC 1704/09), utrzymanym w mocy wyrokiem SA w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r. (VI ACa 87/12), SO w Warszawie – SOKiK uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON TU na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniższej: Rok Polisowy, w którym jest pobierana Wysokość opłaty likwidacyjnej opłata likwidacyjna od środków stanowiąca procent środków wypłacanych z wypłacanych z Subkonta Składek Regularnych z Subkonta Składek Regularnych

- 1 99%
- 2 99%
- 3 80%
- 4 70%
- 5 60%
- 6 50%
- 7 40%

subkoncie składek regularnych – uchwałą nr 139/2012 z dnia 27 sierpnia 2013 r. ustalił nowe zasady ustalania wartości opłaty likwidacyjnej, przewidując, że „opłata likwidacyjna będzie pobierana w wysokości odpowiadającej sumie następujących kwot:

8 30%
9 20%
10 10%”.

Postanowienie o wyżej wymienionej treści w dniu 16 października 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod nr 3834.

Wyrokiem z dnia 4 czerwca 2012 r. (XVII AmC 974/11), utrzymanym w mocy wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 kwietnia 2013 r. (VI ACa 1324/12), SO w Warszawie – SOKiK uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON TU na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna pobierana z Subkonta Składek regularnych, poprzez umorzenie Jednostek Uczestnictwa, przed Całkowitą Wypłatą, w razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia [...] oraz tej części Częściowej Wypłaty z Subkonta Składek regularnych, która powoduje, że Wartość Subkonta Składek Regularnych staje się niższa od kwoty odpowiadającej Statusowi Polisy Opłaconej przed wskazaną poniżej Rocznicą Polisy, w następującej wysokości:

do dnia poprzedzającego 1. Rocznicę Polisy - 100,0%
od 2. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 3. Rocznicę Polisy - 80,0%
od 3 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 4 Rocznicę Polisy - 70,0%
od 4. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 5 Rocznicę Polisy - 60,0%
od 5. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 6 Rocznicę Polisy - 50,0%
od 6. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 7. Rocznicę Polisy - 40,0%
od 7. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 8. Rocznicę Polisy - 30,0%
od 8 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 9. Rocznicę Polisy - 20,0%
od 9. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 10. Rocznicę Polisy - 10,0%
od 10. Rocznicy Polisy - 0%”.

Postanowienie o wyżej wymienionej treści w dniu 14 maja 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod nr 4632.

Na podstawie ww. orzeczenia pod nr 4633 zostało z kolei wpisane postanowienie o treści: „Opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości wskazanej w tabeli poniższej:

Rok Polisowy, w którym jest pobierana opłata likwidacyjna od środków wypłacanych z Subkonta Składek Regularnych:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiąca procent środków wypłacanych z Subkonta Składek

100%
100%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%”.

- 1) w indywidualnych umowach ubezpieczenia:
 - a) kosztu dystrybucji (pośrednictwa ubezpieczeniowego), nie wyższego jednak niż Wartość Subkonta Składek Regularnych według stanu z dnia ustalania wysokości opłaty;
 - b) kosztu wystawienia polisy wynoszącego 260 zł albo odpowiadającego Wartości Subkonta Składek Regularnych, jeżeli Wartość Subkonta Składek Regularnych jest niższa niż 260 zł;
 - c) kosztu rozwiązania umowy (likwidacji polisy) wynoszącego 280 zł albo odpowiadającego Wartości Subkonta Składek Regularnych, jeżeli Wartość Subkonta Składek Regularnych jest niższa niż 280 zł;
- 2) w grupowych umowach ubezpieczenia:
 - a) przypadającego na ubezpieczenie części kosztu wynagrodzenia ubezpieczającego za usługi, o których mowa w art. 43 ust. 1 pkt 37) ustawy o podatku od towarów i usług, to jest za usługi świadczone przez ubezpieczającego w zakresie umowy ubezpieczenia jako zawartej na cudzy rachunek, przy czym wspomniana wyżej część kosztu wynagrodzenia Ubezpieczającego nie może być wyższa niż Wartość Subkonta Składek Regularnych według stanu z dnia ustalania wysokości opłaty;
 - b) kosztu wystawienia Certyfikatu Ubezpieczenia wynoszącego 260 zł albo odpowiadającego Wartości Subkonta Składek Regularnych, jeżeli Wartość Subkonta Składek Regularnych jest niższa niż 260 zł;
 - c) kosztu likwidacji ubezpieczenia wynoszącego 280 zł albo odpowiadającego Wartości Subkonta Składek Regularnych, jeżeli Wartość Subkonta Składek Regularnych jest niższa niż 280 zł, chyba że suma kwot wskazanych w punkcie 1) albo 2) będzie przewyższać wysokość opłaty likwidacyjnej obliczonej według postanowień od których stosowania odstąpił AEGON - wówczas opłata likwidacyjna będzie naliczana i pobierana odpowiednio do tych zapisów umownych⁸¹.

⁸¹ Decyzja Prezesa UOKiK Delegatura w Bydgoszczy nr RBG – 30/2014 z dnia 15 października 2014 r.; <https://uokik.gov.pl/download.php?plik=15670>.

Informacja o odstąpieniu od dotychczasowych zasad ustalania wysokości opłat likwidacyjnych i przyjęciu nowych, wynikających z wyżej wymienionej uchwały Zarządu, została przekazana ubezpieczającym w formie pisemnego zawiadomienia⁸².

Należy z całą mocą podkreślić, że w ocenie Rzecznika Finansowego – które to stanowisko wyrażane jest zarówno w interwencjach Rzecznika podejmowanych w sprawach indywidualnych, jak i w przedstawianych sądom stanowiskach zawierających istotny pogląd dla sprawy (o czym szerzej w rozdziale I Raportu) – powyższa zmiana sposobu ustalania opłat likwidacyjnych nie ma żadnej legitymacji w pozostających w mocy postanowieniach wzorców umownych, jak również w przepisach prawa.

Przed wszystkim bowiem za całkowicie niezgodną z zasadą uczciwości kontraktowej oraz zasadą swobody umów należy uznać praktykę, na podstawie której w drodze jednostronnej decyzji zarządu, bez przeprowadzenia procedury zmiany umowy, zakład ubezpieczeń przystępuje do pobierania opłaty likwidacyjnej w nowej, ustalonej przez siebie wysokości i bez zgody drugiej strony umowy.

W tym miejscu należy bowiem zwrócić uwagę, że stosunek umowny łączący ubezpieczyciela i ubezpieczającego jest kształtowany na podstawie wzorców umownych doręczanych temu ostatniemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Treść tych wzorców, wraz z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, kształtuje treść stosunku umownego nawiązywanego poprzez zawarcie umowy. Poddanie umowy ubezpieczenia reżimowi prawa cywilnego, którego naczelnymi zasadami są zasada równości stron oraz swobody kontraktowej, powoduje, że zmiana treści tego stosunku wymaga zgodnego porozumienia obu stron. Odstępstwa od tej zasady nie może nawet uzasadniać fakt, że część z postanowień zawartej umowy stała się nieważna czy też bezskuteczna w stosunku do jednej ze stron. Stąd też tak długo, jak treść umowy nie ulegnie zmianie w sposób wiążący dla obu stron, brak w niej uprawnienia do pobierania opłaty likwidacyjnej w wysokości ustalonej w przez jedną ze stron umowy, czy to w drodze uchwały zarządu, czy też w jakikolwiek inny sposób, zaś skutek w postaci uchylenia

⁸² W tym miejscu należy jedynie nadmienić, o czym szerzej będzie mowa w rozdziale IV niniejszego Raportu, że praktyka polegająca na wprowadzeniu konsumentów błąd co do zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, poprzez informowanie konsumentów o wprowadzeniu do tych ogólnych warunków postanowienia dotyczącego nowego sposobu naliczania wysokości opłaty likwidacyjnej według zasad wynikających ze wspomnianej uchwały nr 139/2012, mocą decyzji Prezesa UOKiK Delegatura w Bydgoszczy nr RBG – 30/2014 z dnia 15 października 2014 r. została uznana za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów.

mocy wiążącej dotychczasowych postanowień umownych określających sposób ustalania opłaty likwidacyjnej, w braku dostatecznej regulacji wśród pozostałych w mocy postanowień, sprowadza się do tego, że pobranie tej opłaty jest w praktyce niemożliwe, gdyż brak w treści umowy jakichkolwiek przesłanek do ustalenia jej wysokości.

W tym miejscu warto bowiem zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 13 ust. 4 pkt 5 u.d.u. obowiązującej w dacie podjęcia omawianej uchwały, w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń był zobowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego⁸³. W ocenie Rzecznika nie ulega przy tym wątpliwości, że pod pojęciem „zasad ustalenia” należy rozumieć takie określenie sposobu pobierania opłat i dokonywania potrąceń, który w sposób precyzyjny i niebudzący wątpliwości pozwala nie tylko na określenie wysokości obciążeń wynikających z umowy ubezpieczenia, ale także ich *causae*. Norma ta, podobnie zresztą jak pozostałe postanowienia art. 13 u.d.u., służy bowiem jak najpełniejszemu zabezpieczeniu uprawnień osób ubezpieczonych i ubezpieczających do informacji na temat ich praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia, a także zachowaniu jak największej transparentności w zarządzaniu przez zakłady ubezpieczeń powierzonymi im środkami. Jeżeli więc wzorzec umowny, czy to od samego początku, czy też na skutek ingerencji sądu nie czyni zadość wymogom wyżej wymienionej normy prawnej, to brak ten nie może być sanowany jednostronną działalnością strony stosunku umownego.

Podobne stanowisko można znaleźć również w orzecznictwie sądów powszechnych. W uzasadnieniu wyroku z dnia 16 października 2014 r. (Cupr 1176/14, niepubl.)⁸⁴ Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu stwierdził m.in.: „[...] jedynym sposobem wprowadzenia nowego postanowienia umownego, w którym będzie określona nowa wysokość opłaty likwidacyjnej, było wprowadzenie nowego wzorca

⁸³ Odpowiednikiem tego przepisu w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej jest art. 23 ust. 1 pkt 5, zgodnie z którym w umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń określa: [...] tytuły i wysokość opłat pobieranych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub przez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

⁸⁴ W niniejszej sprawie Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił stanowisko zawierające istotny pogląd dla sprawy (postępowanie nr RU/POG/57/AG/14).

umownego, stosownie do art. 384¹ kc. W tym celu strona pozwana powinna była doręczyć powodowi wzorzec obejmujący nowe postanowienie umowne, gwarantując mu możliwość wypowiedzenia umowy w najbliższym terminie wypowiedzenia. Nie było natomiast możliwe zastąpienie niedozwolonego postanowienia umownego innym postanowieniem wyłącznie przez podjęcie uchwały, o której powód został zawiadomiony już po całkowitej wypłacie swoich środków.

Próba jednostronnej zmiany wzorca uchwałą zarządu pozwanego prowadziła do obejścia przepisu art. 384¹ kc i jako taka nie mogła wywołać oczekiwanych skutków prawnych. Należy podkreślić, że nie było możliwe uznanie tej próby jedynie za interpretację zapisu o prawie do samej opłaty likwidacyjnej. Już z umowy powinno wynikać zarówno prawo do opłaty, jak i sposób jej obliczenia (por. art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej”).

Praktyka jednostronnej zmiany reguł ustalania wartości wykupu została odnotowana przez Rzecznika Ubezpieczonych i nadal jest zauważalna również w odniesieniu do umów, których postanowienia są tożsame, tudzież prowadzą do rezultatów tożsamych, z wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5608 postanowieniem pkt 11 Karty Parametrów, dotyczącej ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną „Nordea Strateg”⁸⁵,

⁸⁵ Wyrokiem SO w Warszawie – SOKiK z dnia 9 stycznia 2012 r. (XVII AmC 355/11) utrzymanym w mocy wyrokiem SA w Warszawie z dnia 6 września 2012 r. uznane zostały za niedozwolone stosowane przez Nordea Polska TU na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„L.p. 11

Rodzaj opłaty: Likwidacyjna za realizację wykupu środków pochodzących z Rachunku Podstawowego:

Wysokość opłaty:

w I Roku Polisowym 100%

w II Roku Polisowym 100%

w III Roku Polisowym 70%

w IV Roku Polisowym 60%

w V Roku Polisowym 50%

w VI Roku Polisowym 40%

w VII Roku Polisowym 30%

w VIII Roku Polisowym 20%

w IX Roku Polisowym 10%

w X Roku Polisowym 5%

Częstotliwość pobierania opłaty:

Jednorazowo ze Stanu Rachunku Podstawowego, w przypadku realizacji wykupu Polisy”.

Z powyższym pkt 11 Karty Parametrów tożsame pod względem rezultatów ekonomicznych, do jakich prowadzą, są postanowienia stosowane przez ww. ubezpieczyciela np. w pkt 11. Karty Parametrów w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną „Nordea Plan Systematycznego Oszczędzania”, z tą wszakże różnicą, że ten wzorzec posługuje się mechanizmem

które było oferowane przez Nordea Polska TU na Życie S.A. (obecnie PKO Życie TU S.A.). W omawianych przypadkach⁸⁶ Rzecznik obserwuje również fakt odstąpienia przez ubezpieczyciela od stosowania zakwestionowanej przez sąd metody ustalania wartości wykupu, co zresztą należy uznać za praktykę ze wszech miar prawidłową, jednakże w miejsce tych zasad ubezpieczający informowani byli o ustaleniu należnej wartości wykupu na poziomie jedynie o 1% wyższym, niż to miało miejsce wcześniej. Wymaga przy tym podkreślenia, że również w omawianych przypadkach zaprezentowany sposób ustalenia wartości wykupu jest wyrazem jednostronnej decyzji ubezpieczyciela, niepopartej ani delegacją ustawową, ani umowną, przy czym powyższa zmiana w ustaleniu wartości wykupu prezentowana jest przez ubezpieczyciela nie jako jednostronna zmiana zasad ustalania wartości wykupu, a jako „indywidualna decyzja na korzyść Klienta”⁸⁷. Pomijając już kwestię legitymacji do podjęcia wspomnianej decyzji, której w całej rozciągłości dotyczą uwagi poczynione powyżej w odniesieniu do metodologii przyjętej przez Aegon TU na Życie S.A., należy zwrócić uwagę, że podwyższenie wartości wykupu o zaledwie 1%, nawet przy znacznej wartości zgromadzonych środków, jest zmianą jedynie kosmetyczną i niewywierającą znaczącego wpływu w sferze ekonomicznej ubezpieczającego. Pozostaje mieć nadzieję, że skutki powyżej opisanych praktyk w znacznej mierze zniweluje realizacja zobowiązań jakie na mocy decyzji Prezesa UOKiK nr RLU 4/15 z dnia 19 października 2015 r.⁸⁸ i nr RBG-14/2015 z dnia 28 grudnia 2015 r.⁸⁹ zostały nałożone odpowiednio na PKO Życie TU S.A. oraz Aegon TU na Życie S.A., w ramach których ubezpieczyciele zobowiązali się do przedstawienia swoim klientom, z którymi zawarte zostały umowy wymienione w tych decyzjach, nowych warunków wykupu.

Orzecznictwo Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów dotyczące szeroko rozumianych opłat likwidacyjnych doprowadziło też do tego, że również wśród zakładów ubezpieczeń, których wzorce umowne nie były przedmiotem kontroli abstrakcyjnej,

ustalenia wartości wykupu jako określonej wartości procentowej, przy czym wartości te w poszczególnych latach obowiązywania umowy prowadzą do zastosowania takich samych potrąceń w wartości wykupu, jak zastosowanie zakwestionowanych przez SOKiK opłat likwidacyjnych.

⁸⁶ Por. postępowania skargowe w sprawach nr RU/WSI/G/13963/AG/14, RU/WSI/G/7456/AG/15, RU/WSI/G/8385/AG/14.

⁸⁷ Por. pismo PKO Życie TU S.A. z dnia 23 marca 2015 r. w postępowaniu skargowym nr RU/WSI/G/8385/AG/14 (załącznik nr 2).

⁸⁸ http://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf.

⁸⁹ *Ibidem*..

można doszukać się przykładów praktyki polegającej na odstąpieniu od przyjętych w warunkach ubezpieczenia metod ustalania wartości wykupu, z uwagi na możliwość uznania ich za tożsame z postanowieniami innych wzorców uznanymi za abuzywne i wpisanymi do rejestru niedozwolonych postanowień umownych. Jako przykład takiej praktyki, zaobserwowanej na tle interwencji podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych i Rzecznika Finansowego, można wskazać postępowanie TU Allianz Życie Polska S.A. w sprawach dotyczących umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym LUCRO dla Klientów Getin Noble Bank S.A.⁹⁰

⁹¹ Praktyka ta, jak już wyżej powiedziano, co do zasady zasługuje na aprobatę, jednakże jedynie co do zasady. Odstąpieniu od stosowania budzących wątpliwości postanowień umownych towarzyszy bowiem jednocześnie również jednostronna, jak to ma miejsce w obu wyżej omawianych przypadkach, praktyka polegająca na ustalaniu wartości wykupu poprzez potrącenie z wartości rachunku kwoty, która według deklaracji ubezpieczyciela odpowiada poniesionym przez niego kosztom dystrybucyjnym, a do której potrącenia podstawę stanowią – zdaniem ubezpieczyciela – przepisy o umowie zlecenia, konkretnie zaś art. 746 § 1 k.c. w zw. z art. 750 k.c.⁹²

⁹⁰ Por. postępowanie skargowe w sprawie nr RU/WSI/G/7613/AG/15.

⁹¹ Dla omawianej umowy zastosowanie mają m.in. warunki grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym LUCRO dla Klientów Getin Noble Bank S.A. (kod: LUCROG-R02 11/10), w których opłata za wykup kształtuje się w sposób następujący:

Rok polisowy

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Wysokość opłaty za wykup

- 100%
- 100 %
- 100%
- 75%
- 50%
- 30%
- 20%
- 15%
- 10%
- 5,00%.

⁹² Kwestia zasadności stosowania przepisów o zleceniu jako podstawy dokonywania potrąceń z wartości

Jak już wyżej powiedziano, również w warunkach omawianej umowy ubezpieczenia brak jest postanowień określających zgodnie z dyspozycją art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u. charakter i czynniki wpływające na wartość opłaty od wykupu. Regulacja § 8 pkt „Opłaty” sprowadza się jedynie do wskazania, że: w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Allianz pobiera opłatę administracyjną, w ramach której pobierane są opłata za ryzyko oraz opłata za wykup (ust. 1); wysokości opłat wymienionych w ust. 1 zostały wskazane w Tabeli opłat i limitów (ust. 2); opłata za wykup jest naliczana w przypadku wykupu, procentowo od wartości środków, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3 ppkt a i b ust. 30 (jest to wartość środków pochodzących z umorzenia jednostek). Tym samym również w omawianym przypadku ma miejsce sytuacja, w której w drodze jednostronnej decyzji ubezpieczyciel w sposób swobodny i dyskrejonalny, a także na podstawie niedających się zweryfikować kryteriów, dokonuje faktycznej modyfikacji postanowień umowy, bez wymaganej w tym zakresie zgody ubezpieczonych, o której mowa w art. 829 § 2 zd. 2 k.c.

Przytoczone powyżej praktyki stanowią jedynie przykłady zachowań zakładów ubezpieczeń będących reakcją na komunikaty, jakie w odniesieniu do kwestii szeroko rozumianych opłat likwidacyjnych płyną z orzecznictwa Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Kryterium doboru omówionych przykładów jest wyłącznie dająca się zauważyć powtarzalność omawianych zagadnień w skargach kierowanych przez osoby wnioskujące o podjęcie interwencji. Na tle powyżej opisanych przykładów można jednak poczynić konkluzję natury ogólnej, iż z braku zarówno dostatecznych regulacji umownych uprawniających do obciążenia ubezpieczających (ubezpieczonych) kosztami początkowymi związanymi z zawarciem umowy, jak i regulacji ustawowych zakłady ubezpieczeń coraz częściej wykazują tendencję do stosowania praktyk polegających na jednostronnym decydowaniu o zakresie praw i obowiązków związanych z realizacją przez ubezpieczających prawa do wykupu – które to prawo, o czym była już mowa powyżej, jest naturalną konsekwencją prawa do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie w każdym czasie (art. 830 § 1 k.c.) – a co za tym idzie do faktycznego kształtowania nowej treści umów ubezpieczenia, bez przeprowadzenia procedury ich zmiany. Praktyki te są przy tym o tyle dotkliwe dla osób uprawnionych z tytułu wykupu, podobnie zresztą jak w

wykupu została szerzej omówiona w rozdziale I niniejszego Raportu.

omawianych w niniejszym rozdziale umownych modelach kompensowania kosztów początkowych, że kompensata ta następuje poprzez potrącenie określonej wartości z kwoty wypłacanego przez ubezpieczyciela świadczenia wykupu, co z kolei pozbawia uprawnionych realnych narzędzi sprzeciwu. Do środków takich mogłoby należeć powstrzymanie się z zapłatą kwoty, której żądanie przez zakład ubezpieczeń budzi wątpliwości co do prawnego umocowania. W takiej sytuacji jedynym środkiem ochrony pozostaje dochodzenie roszczeń na drodze sądowej, co jednak skutkuje przerwaniem na konsumentów nie tylko ciężaru ekonomicznego dochodzenia roszczeń (przynajmniej na początkowym etapie procesu), lecz także ciężaru dowodu. Szerzej zagadnienia procesowe zostały opisane w rozdziale I Raportu. Pozostaje mieć również nadzieję, że częściowym remedium dla tych praktyk będzie realizacja wspomnianych zobowiązań przyjętych przez zakłady ubezpieczeń co do przedstawienia nowych warunków wykupu, wynikających z decyzji Prezesa UOKiK, które w drugiej połowie roku 2015 zapadły już wobec 16 zakładów ubezpieczeń. Szczegóły tych decyzji zostały opisane w rozdziale IV Raportu.

Rozdział III.

Doświadczenia brytyjskiego rynku finansowego oraz Financial Ombudsman Service (FOS) w dziedzinie ubezpieczeń inwestycyjnych

W Wielkiej Brytanii sprzedaż produktów, które miały charakter analogiczny do znanych na naszym rynku ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym, przeżywała rozkwit w latach 80. i 90. minionego wieku. Produkty te – nazywane w Wielkiej Brytanii *mortgage endowment policy* – stanowiły umowę ubezpieczenia na życie i dożycie, będącą zabezpieczeniem kredytu hipotecznego.

Aktualnie, w związku z problemami, które pojawiły się na etapie sprzedaży oraz wykonania tych umów, a także zagadnieniami podatkowymi oraz niską stopą zwrotu inwestycji, produkty te zdecydowanie straciły na znaczeniu na rynku brytyjskim.

W Wielkiej Brytanii niezwykle popularne w tym czasie były kredyty hipoteczne, w których kredytobiorca zobowiązany był spłacać jedynie odsetki, natomiast sam kapitał kredytu miał zostać z założenia spłacony ze środków, które zostały zainwestowane w polisę. Oczywiście, konsument był zobowiązany do tego, aby regularnie opłacać składkę przeznaczoną na inwestycję oraz ochronę ubezpieczeniową.

Jak wynika z powyższego, umowy ubezpieczenia będące zabezpieczeniem kredytu hipotecznego stanowiły jednocześnie długoterminowe plany inwestycyjne z komponentem ubezpieczeniowym. Zawierane były najczęściej na okres od 10 do 25 lat. Elementem ubezpieczeniowym tego produktu było świadczenie ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci ubezpieczonego. A zatem, podobnie jak w polskich realiach, produkty te zawierały element ochrony ubezpieczeniowej, jak również element *stricte* inwestycyjny. Sumy nominalne wpłacane przez konsumenta z zasady miały być inwestowane przez ubezpieczyciela, co miało pozwolić na uzyskanie kwoty pieniężnej umożliwiającej spłatę kapitału. Część regularnej składki przeznaczana była również na ochronę ubezpieczeniową. Konsument natomiast we własnym zakresie spłacał odsetki od kredytu oraz wpłacał określoną kwotę pieniężną z przeznaczeniem na polisę inwestycyjną, z której po zakończeniu okresu inwestowania miał być spłacony kapitał kredytu. Suma inwestycji na koniec trwania umowy była nieopodatkowana.

W ramach umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego wyróżnia się dwa rodzaje polis inwestycyjnych: *unit link* oraz *with-profits*. Oba różnią się znacznie rodzajem funduszy inwestycyjnych, na które przeznaczane są

środki. W produktach typu *unit link* środki zebrane na polisie inwestowane są w fundusze o charakterze podobnym do funduszy powierniczych. Przedsiębiorca oferuje możliwość dokonania inwestycji w wachlarz funduszy, a konsument wybiera jeden z nich. Istnieje możliwość wyboru pomiędzy funduszami. Wartość środków zależy od wahań kursów na giełdzie papierów wartościowych.

Produkty *with-profits* działają w sposób odmienny. Konsument inwestuje środki w fundusze typu *with-profits* prowadzone przez ubezpieczyciela. Środki z polisy inwestowane są w różnego rodzaju aktywa: akcje, obligacje skarbu państwa oraz nieruchomości. W ramach tego produktu corocznie fundusz wypłaca premię do planu inwestycyjnego. Premia zależy od zysku osiągniętego przez dany fundusz. Część środków z owej premii z zysku może zostać przekazana na rezerwę i pokrycie ewentualnych strat bądź na wyrównanie, gdyby fundusze w przyszłości miały nie przynieść zakładanych zysków. Proces ten nazywany jest wygładzaniem (ang. *smoothing*) i ma na celu zabezpieczenie konsumenta przed niepożądanymi wahaniami na rynku akcji⁹³.

Jak wynika ze statystyk prowadzonych przez brytyjskiego regulatora w 2000 r., 6 mln gospodarstw domowych posiadało około 11 mln polis stanowiących zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego.

Od marca 2000 r. FOS zbadał przeszło 250 000 skarg w przedmiocie wykonania umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego oraz w przedmiocie nieprawidłowości przy sprzedaży takich umów – dotyczących udzielania konsumentowi niewłaściwych czy błędnych informacji przez pracownika sprzedaży. W 2013 r. liczba skarg związanych z tymi produktami wyniosła 4967, w 2014 r. nastąpił spadek liczby skarg do 3573.

Główną przyczyną skarg kierowanych do Financial Ombudsman Service była sytuacja rynkowa określana w Wielkiej Brytanii jako deficyt (ang. *shortfall*). Jest to sytuacja, w której wartość środków zainwestowanych w polisę na koniec trwania umowy jest mniejsza aniżeli wysokość kapitału kredytu pozostającego do zapłaty⁹⁴. Należy też wskazać, że w latach 90. XX w. stopa zwrotu inwestycji z produktu określana była na 7%, a w latach 80. nawet wyżej. Po wahaniami giełdowych oraz zmianach poziomu inflacji okazało się, że produkty te nie przynosiły przewidywanej stopy zwrotu i konsumenci nie

⁹³ <http://www.royallondon.com/financialguidance/guides/investments/endowment-plans-explained/>.

⁹⁴ http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/mortgage-endowments.htm.

byli w stanie spłacić kredytów hipotecznych w chwili, gdy zobowiązanie do zapłaty kredytu hipotecznego było już wymagalne.

1. Najczęstsze problemy diagnozowane przez FOS

W związku z problemami związanymi ze sprzedażą oraz wykonaniem umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego brytyjscy konsumenci zaczęli wnosić skargi do Financial Ombudsman Service. Na marginesie należy wskazać, iż FOS jest podmiotem uprawnionym do rozpatrywania skarg oraz rozstrzygania sporów powstałych między konsumentem usługi finansowej a przedsiębiorcą świadczącym tego typu usługę. Instytucja ta została utworzona w 2001 r. na mocy ustawy o rynkach finansowych z 2000 r.

Rzecznik Finansowy dokonał analizy i próby skategoryzowania najczęściej występujących problemów dotyczących wyżej opisanych produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych, z którymi w swojej działalności skonfrontował się FOS. Niestety, znaczna część skarg konsumentów kierowana do FOS była odrzucana z uwagi na upływ czasu – konsumenci nie byli już uprawnieni do ich wnoszenia. Termin ten – określony słowem *deadline* – wynosi w prawie brytyjskim 3 lata od momentu, w którym konsument dowiedział się, że doszło do sytuacji opisywanej jako *misselling*.

Chwila, w której konsument dowiedział się, iż doszło do działań typu *misselling*, to dzień, gdy konsument otrzymał pisemne ostrzeżenie od przedsiębiorcy, w którym wskazano, że istnieje duże ryzyko inwestycyjne, że kwota uzyskana z inwestycji nie osiągnie planowanej wysokości. Po upływie 3 lat od tej daty skarga jest odrzucana i konsument traci uprawnienie do wnoszenia roszczeń z tytułu polisy.

Znaczna część skarg dotyczyła przypadków opisywanych jako *misselling*, czyli niewłaściwych praktyk na etapie sprzedaży produktu, polegających najczęściej na udzielaniu konsumentom informacji nierzetelnych, niepełnych, niekiedy wręcz nieprawdziwych. Przyczyną kierowania skarg do FOS przez konsumentów były najczęściej następujące sytuacje:

- brak wystarczającej i klarownej informacji, iż na koniec trwania polisy może wystąpić deficyt;

- zapewnianie konsumentów, że kwota uzyskana z inwestycji z pewnością będzie pokrywać wysokość zaciągniętego kredytu hipotecznego;
- brak wykonania przez doradców finansowych kompletnej oceny stanu finansowego konsumenta, odpowiedniej do stopnia ryzyka inwestycyjnego produktu;
- brak uświadomienia konsumentom, że dochód z inwestycji będzie możliwy, dopiero gdy zakończy się przewidziany w planie okres inwestycyjny;
- doradzanie przez sprzedawców konsumentom, aby zainwestowali środki w polisę – pod pozorem sprzedaży innego produktu finansowego.

Ponadto skargi do FOS były kierowane przez konsumentów, którzy:

- otrzymywali odszkodowania od przedsiębiorców, lecz uważali, że wysokość odszkodowania jest niewystarczająca lub niesatysfakcjonująca;
- nie otrzymali środków pieniężnych w ramach odszkodowania od przedsiębiorcy, który zobowiązał się, iż dokona płatności;
- zostali błędnie poinformowani przez przedsiębiorcę, że uprawnienie do wniesienia roszczeń wynikających z umowy wygasło na skutek upływu czasu;
- chcieli rozwiązać umowę, podczas gdy okazało się, że polisa inwestycyjna nie została uruchomiona bądź też wygasła przed końcem okresu, na który została zawarta.

Część skarg związanych z problematyką *mortgage endowment policies* dotyczyła okresu sprzed 29 kwietnia 1988 r. (tzw. *A Day*), w tym dniu bowiem weszły w życie przepisy ustawy o usługach finansowych z 1986 r., które uregulowały działalność przedsiębiorców prowadzących usługi doradztwa inwestycyjnego. Rozstrzygając te sprawy, FOS brał pod uwagę generalne zasady prawa obowiązujące w brytyjskim porządku prawnym, jednakże nie stosował unormowań ustawy z 1986 r. Natomiast po wejściu w życie przepisów, które nakładały na przedsiębiorców oferujących produkty *mortgage endowment* określone obowiązki informacyjne, rozstrzygając sprawę, FOS stosował regulacje zawarte w ustawie. Większość sporów zaistniałych w tamtym okresie, tj. przed 29 kwietnia 1988 r., dotyczyła sytuacji, w których:

- przedsiębiorca zobowiązał się do wypłaty świadczenia w określonej wysokości z chwilą rozwiązania umowy, a następnie płatność ta nie następowała w przyrzeczonej wysokości;

- przedsiębiorca nieprawidłowo doradził konsumentowi przy wyborze produktu;
- konsument został wprowadzony w błąd w przedmiocie warunków umowy;
- konsument otrzymał niewystarczającą ilość informacji o funkcji i istocie produktu;
- konsument uzyskał zapewnienie, że z chwilą zakończenia okresu obowiązywania polisy otrzyma on środki finansowe, które przeznaczy nie tylko na kredyt, lecz także na inne potrzeby konsumpcyjne (samochód, wakacje etc.);
- konsumenci mieli świadomość ryzyka, jednakże nie byli informowani precyzyjnie o jego wielkości w odniesieniu do konkretnej polisy.

2. Przykłady decyzji wydanych przez FOS

Specyfiką działalności FOS jest fakt, iż organ ten posiada uprawnienie do wydawania decyzji, które wiążą zarówno przedsiębiorcę, jak i konsumenta. Jeżeli konsument nie zgadza się ze stanowiskiem FOS, ma prawo nie zaakceptować takiej decyzji i złożyć wniosek do sądu o zbadanie jej pod kątem legalności oraz słuszności (ang. *judicial review*). Co ciekawe, podczas gdy polskie warunki przewidują wyłącznie rozpatrywanie sporów na podstawie obowiązujących przepisów prawnych (w tym zasad współżycia społecznego, dobrych obyczajów itp.), to podstawą wydania decyzji przez FOS jest słuszność (ang. *fairness*). FOS, a ściślej arbiter lub rzecznik rozpatrujący dany spór, rozstrzyga w oparciu o to, co uzna za słuszne i sprawiedliwe w świetle okoliczności faktycznych danej sprawy. FOS jest uprawniony również do przeprowadzenia postępowania dowodowego, a więc posiada uprawnienie do wysłuchania stron bądź też wezwania przedsiębiorcy do przedstawienia określonych dokumentów celem zbadania sprawy i wydania rozstrzygnięcia.

Proces rozpatrywania skarg przez FOS przedstawia się w następujący sposób: W pierwszej kolejności sprawę rozpatruje arbiter (ang. *adjudicator*), który proponuje rozwiązanie sporu i decyduje o tym, czy skarga zostaje przyjęta, czy też nie. W razie wątpliwości co do trafności stanowiska arbitra sprawa rozpatrywana jest przez właściwego rzecznika. W toku rozpatrywania skargi FOS posiada uprawnienie do przeprowadzenia postępowania dowodowego – może wezwać podmiot, którego dotyczy skarga, do przedstawienia określonych dokumentów i opinii biegłych. Istnieje również

możliwość przesłuchania stron – jednakże dotychczas w historii FOS dokonano zaledwie jednego przesłuchania stron⁹⁵.

Poniżej przedstawiono opisy wybranych spraw, które były przedmiotem rozstrzygnięcia przez FOS.

1. W pierwszej sprawie konsument i przedsiębiorca nie byli w stanie uzgodnić warunków stanowiących podstawę ustalenia odszkodowania, którego celem była spłata kredytu hipotecznego. Przedsiębiorca twierdził, że konsument wybrał polisę długoterminową – do czasu osiągnięcia przez konsumenta wieku emerytalnego. Dokumenty ukazujące proces sprzedaży i zawierania umowy wykazały, że konsument rozważał i preferował inwestycję krótkoterminową, jednak ostatecznie zawarł umowę długoterminową, aby zrównoważyć swój miesięczny budżet. FOS uznał w świetle tych okoliczności, że konsument najprawdopodobniej wybrałby inwestycję krótkoterminową, o ile jej koszty mieściłyby się w granicach jego budżetu. Takie było pierwotne zamierzenie konsumenta, którego jednak nie mógł zrealizować z uwagi na nieprawidłowe doradztwo. FOS skalkulował, że spłata hipoteki z inwestycji krótkoterminowej byłaby dla konsumenta korzystniejsza finansowo. W związku z powyższym FOS nakazał przedsiębiorcy, aby skalkulowano odszkodowanie w oparciu o krótszy termin spłaty kredytu hipotecznego, co byłoby korzystniejsze dla konsumenta, w przeciwieństwie do długoterminowego okresu spłaty.

2. Konsumenci (para małżeńska) otrzymali od przedsiębiorcy informację pisemną, że ich polisa inwestycyjna na koniec okresu inwestycji nie pokryje zobowiązania wynikającego z kredytu hipotecznego. Konsumenci skierowali reklamację bezpośrednio do przedsiębiorcy, wskazując, że w momencie zawierania umowy nie zostali poinformowani o możliwości wystąpienia takiej sytuacji. Przedsiębiorca początkowo uznał reklamację i wskazał, że doradzenie konsumentom zakupu ubezpieczenia inwestycyjnego było niewłaściwe, jeśli wziąć pod uwagę potrzeby i sytuację majątkową konsumentów w chwili zawarcia umowy. W związku z tym zaoferował kwotę odszkodowania tytułem ugody. Wysokość odszkodowania miała zrekompensować straty, które ponieśli konsumenci na skutek niewłaściwej inwestycji. Następnie jednak przedsiębiorca odmówił zapłaty kwoty wynikającej z ugody i oświadczył, że wyszły na jaw nowe okoliczności, wskazujące na to, że proces sprzedaży ubezpieczenia był właściwy i dostosowany do

⁹⁵ „Ombudsman News” iss. 18 (July 2002).

sytuacji majątkowej małżonków. Przedsiębiorca powołał się na fakt, że w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia para małżeńska posiadała wystarczające środki finansowe z oszczędności oraz regularne dochody. Na tej podstawie przedsiębiorca uznał, że rekomendacja zawarcia polisy inwestycyjnej była właściwa.

FOS rozpatrujący sprawę uznał, że mimo ujawnienia nowych okoliczności w sprawie przedsiębiorca zobowiązał się do wypłaty świadczenia odszkodowawczego, a konsument miał prawo egzekwować kwotę ustaloną w ugodzie. FOS nakazał przedsiębiorcy wypłatę na rzecz skarżących świadczenia odszkodowawczego wraz z zadośćuczynieniem za stres i niedogodność związaną z dochodzeniem roszczeń. Mimo zmiany okoliczności faktycznych FOS uznał, iż ustalenie w drodze ugody wysokości odszkodowania jest wiążące w zaistniałej sprawie.

3. W kolejnej sprawie konsument uważał, że zawarł umowę ubezpieczenia typu umowa ubezpieczenia stanowiąca zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego, podczas gdy ubezpieczyciel twierdził, że zawarto umowę ubezpieczenia na życie. Ubezpieczyciel przyznał jednak, że przesłał konsumentowi dokument wskazujący na to, że zawarta umowa ubezpieczenia to zabezpieczenie i dofinansowanie kredytu. W dokumencie znalazły się takie pojęcia, jak data ważności oraz dofinansowanie do kredytu hipotecznego – pojęcia charakterystyczne, sugerujące, iż została zawarta umowa ubezpieczenia stanowiąca zabezpieczenie kredytu hipotecznego. Dodatkowo w warunkach ubezpieczenia znajdowało się zastrzeżenie, że jeżeli polisa zostałaby zrealizowana przed 80. rokiem życia konsumenta, to zostałaby pobrana opłata w wysokości 850 funtów. Konsument rozwiązał umowę przed końcem jej trwania i opłata została naliczona. W konsekwencji konsument złożył skargę do FOS, w której żądał pokrycia kosztów wcześniejszego zerwania umowy.

Po przeanalizowaniu sprawy zarówno przez arbitra, jak i rzecznika uznano, że jednym z celów umowy ubezpieczenia, którą zawarł konsument, było zebranie kapitału przeznaczonego na spłatę kredytu hipotecznego, jednakże umowa ta różniła się od umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego. W przeciwieństwie do klasycznej polisy *mortgage endowment* umowa ubezpieczenia zawarta przez konsumenta posiadała elastyczny termin wypłaty zainwestowanych środków, data ta mogła zostać dostosowana do terminu spłaty hipoteki. Rzecznik po przeanalizowaniu sprawy uznał, że zawarcie umowy ubezpieczenia na życie nie stawiało

konsumenta w gorszej sytuacji aniżeli zawarcie umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego, bowiem oba produkty nakierowane były na ten sam cel. W ocenie rzecznika rozpatrującego sprawę potrącenie opłaty za wcześniejsze zerwanie umowy nie stanowiło kary, a zostało dokonane i naliczone zgodnie z obowiązującą stroną umową. W konsekwencji konsument podpisał z ubezpieczycielem ugodę, w wyniku której konsumentowi wypłacono kwotę 250 funtów za niedogodności związane z wysłaniem doń dokumentacji, która mogła sugerować, iż zawarł inną polisę ubezpieczeniową.

4. W następnej sprawie konsumentowi sprzedano umowę stanowiącą w 1990 r. plan ochrony kredytu hipotecznego, który miał pozwolić na spłatę odsetek od kredytu hipotecznego. Od czasu zakupu produktu inwestycyjnego konsument zakupił nowy dom, zwiększył dług hipoteczny oraz ponownie obciążył hipoteką nową nieruchomość. W 2013 r. dowiedział się od przedsiębiorcy, że zakupiona polisa nie będzie przedstawiać żadnej wartości po zakończeniu okresu inwestycji. Uzyskał wiadomość, że z polisy ubezpieczeniowej zostanie wypłacona kwota świadczenia w razie śmierci konsumenta, o ile nastąpi ona podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej. Konsument złożył skargę bezpośrednio do przedsiębiorcy, wskazując, że trwał w przekonaniu, iż z ubezpieczenia zostanie spłacona kwota hipoteki na koniec trwania umowy. Przedsiębiorca nie przyjął skargi i wskazał, że w momencie zawarcia umowy konsument powinien być świadomy faktu, iż zgodnie z umową otrzymałby świadczenie wyłącznie na wypadek śmierci. Konsument złożył skargę do FOS.

W postępowaniu przed arbitrem ustalono z przedsiębiorcą, iż doszło do sytuacji określanej jako *misselling*, bowiem w odniesieniu do kredytu hipotecznego konsumentowi powinna zostać zarekomendowana i sprzedana umowa ubezpieczenia stanowiąca zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego. Przedsiębiorca przyznał, iż wobec tego konsumentowi należy się odszkodowanie w wysokości hipotetycznej wartości wykupu polisy stanowiącej zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego na dzień zawarcia umowy kredytu hipotecznego. Przedsiębiorca wskazał jednak, że odszkodowanie to powinno zostać pomniejszone o kwoty zaoszczędzone przez konsumenta, bowiem w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego konsument płacił znacznie mniejsze składki aniżeli przy zawarciu umowy stanowiącej plan ochrony kredytu hipotecznego. Po przeanalizowaniu sprawy rzecznik nakazał

przedsiębiorcy wypłatę odszkodowania w wysokości wartości wykupu polisy (umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego) obowiązującej w 1990 r., z okresem obowiązywania 30 lat i celem inwestycji na kwotę 36 000 funtów.

5. W kolejnej analizowanej sprawie konsumenci (para małżeńska) złożyli do przedsiębiorcy reklamację, wskazując jednocześnie, iż sprzedano im niewłaściwy (nie w pełni zabezpieczający ich interes prawny i majątkowy) rodzaj umowy ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego. Przedsiębiorca uznał reklamację oraz wyliczył stosowne odszkodowanie według wartości szkody na 1998 r., tj. w chwili, gdy konsumenci dokonali spłaty zadłużenia hipotecznego. Po wniesieniu skargi do FOS arbiter uznał, iż odszkodowanie powinno zostać wyliczone na sierpień 2003 r., tj. 6 miesięcy po dacie otrzymania listu, w którym przedsiębiorca informował konsumenta o wysokim ryzyku inwestycji. Przedsiębiorca nie wyraził zgody na taką datę ustalenia odszkodowania, wskazując jednocześnie, że konsumenci mieli świadomość, że środki uzyskane z polisy nie wystarczą na spłatę hipoteki. Wskazano ponadto, że z uwagi na wykonywany zawód jeden z konsumentów (małżonek) prawdopodobnie posiadał odpowiednią wiedzę z zakresu rynku finansowego.

Ze względu na brak porozumienia arbitra z przedsiębiorcą sprawa trafiła do rzecznika, który ustalił metodę obliczenia odszkodowania przez przedsiębiorcę oraz nakazał przedsiębiorcy obliczyć odszkodowanie według przedstawionych wytycznych. Dodatkowo nakazał, by skalkulowano odszkodowanie na sierpień 2003 r., bowiem wtedy konsumenci uzyskali świadomość ryzyka wynikającego z inwestycji. Nakazał również wypłatę odsetek za okres od dnia kalkulacji odszkodowania do dnia podpisania ugody. Wartość odsetek została określona na 8% w skali roku.

Co ciekawe, w zaistniałej sprawie to rzecznik rozpatrujący sprawę ustalił wartość odsetek, okres ich naliczania i w sposób wiążący wskazał datę, wedle której powinno obliczyć się wartość odszkodowania. Jak wynika z treści stanowiska, rzecznik, nakazując powyższe, oparł się na własnym poczuciu słuszności i sprawiedliwości.

6. Kolejnym przykładem jest sprawa, w której konsumentka wniosła skargę, ponieważ pośrednik finansowy sprzedał jej polisę inwestycyjną na zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego, która – w ocenie konsumentki – nie była dostosowana do jej potrzeb oraz sytuacji majątkowej.

Rzecznik rozpatrujący skargę uznał, iż zasługuje ona na uwzględnienie, oraz określił w swej decyzji zasady obliczenia odszkodowania dla konsumentki. Rzecznik wziął pod uwagę indywidualne okoliczności sprawy, w tym: niskie zarobki konsumentki, jej perspektywy zarobkowe oraz wiedzę na temat finansów i ekonomii. Wskazano również, że przy wyborze właściwego produktu konsumentka musiała polegać wyłącznie na zapewnieniach doradcy. W ocenie rzecznika przedsiębiorca nie podał należytego i rozsądnego wyjaśnienia, dlaczego zarekomendował konsumentce wybór polisy inwestycyjnej do kredytu hipotecznego. Uznał, że ze względu na sytuację majątkową konsumentka może nie sprostać finansowo ryzyku wynikającemu z posiadania polisy do kredytu hipotecznego.

W dalszej części swojego stanowiska rzecznik przedstawił zasady obliczania odszkodowania oraz wskazał, że jeżeli konsumentka poniosłaby jakąkolwiek szkodę w związku z sytuacją określaną jako *misselling*, to powinna ona zostać wyrównana w terminie 28 dni.

7. W kolejnej sprawie państwo O. zakupili umowę ubezpieczenia stanowiącą zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego, jednakże małżonkowie rozstali się (separacja faktyczna) przed końcem trwania polisy ubezpieczeniowej. Pan O. obawiał się, że jego małżonka spróbuje wypłacić środki pieniężne z polisy i skontaktował się z przedsiębiorcą, z którym zawarł umowę. Konsument polecił przedsiębiorcy, aby ten nie zgadzał się na jakiegokolwiek żądania ze strony pani O. i aby środki z polisy nie zostały przetransferowane na konto pani O. Następnie pan O. otrzymał wiadomość od małżonki – w trakcie wymiany korespondencji mającej na celu ustalenie zasad podziału majątku – iż zrezygnowała ona z polisy. Pan O. powiadomił przedsiębiorcę, że poprzednio udzielił mu wyraźnych wskazówek, a na skutek rezygnacji żony z polisy stracił połowę zainwestowanych w polisę środków finansowych. Przedsiębiorca przeprosił za pomyłkę i wskazał, że pani O. udzieliła przedsiębiorcy informacji, iż wcześniej przekazała już małżonkowi połowę środków z polisy. Przedsiębiorca wskazał, że nie ma możliwości podjęcia dalszych działań, a ewentualne roszczenia pan O. może kierować jedynie w trakcie postępowania rozwodowego.

Pan O. złożył skargę do FOS, który uznał reklamację za zasadną. FOS zapytał przedsiębiorcę, dlaczego rozwiązano umowę tylko na podstawie oświadczenia pani O. Przedsiębiorca wyjaśnił, że w treści oświadczenia o rezygnacji z polisy pani O. użyła form

liczby mnogiej, tj. posłużyła się słowem „my”, co sugerowało – zdaniem przedsiębiorcy – że zgoda na oświadczenie została wyrażona również przez pana O. FOS zapytał również przedsiębiorcę, jakie działania zostały podjęte po uzyskaniu wyraźnego polecenia od pana O., aby nie podejmowano żadnych działań związanych z polisą bez zgody pana O.

Przedsiębiorca, w toku postępowania przed FOS, przyznał, że popełnił błąd i nie powinien rozwiązywać umowy bez zgody pana O. W konsekwencji FOS nakazał przedsiębiorcy zapłatę udziału pana O. w polisie według wartości ustalonej na datę rezygnacji z polisy przez małżonkę. Pan O. domagał się jednak odszkodowania w hipotetycznej wysokości polisy na koniec trwania umowy. FOS nie uwzględnił tego żądania, bowiem stwierdzono, że nie można określić wartości polisy w przyszłości. Dodatkowo przedsiębiorca wypłacił panu O. kwotę 150 funtów za nienależytą obsługę i nieuwzględnienie jego wyraźnego polecenia co do obsługi polisy.

3. Regulacje nadzorcze i próby przeciwdziałania nieuczciwym praktykom – ustawa, listy pisane do konsumentów, zalecenia i *soft law*

Pierwsze próby rozwiązania powstałych problemów i zaradzenia nieprawidłowościom dotyczącym ubezpieczeń inwestycyjnych w Wielkiej Brytanii miały charakter samoregulacji rynku. Stowarzyszenie Ubezpieczycieli Brytyjskich (ABI – *Association of British Insurers*) wprowadziło kodeks dobrych praktyk, który zobowiązywał przedsiębiorców do wysyłania konsumentom tzw. listów projekcyjnych (ang. *re-projection letters*) po 10 latach trwania inwestycji, a następnie regularnie co 5 lat. Dokumenty te miały dostarczać konsumentom informacji o przewidywanej wartości inwestycji na koniec trwania polisy – przy uwzględnieniu warunków rynkowych i obowiązujących stop zwrotu. Listy te podzielono na kategorie: czerwoną, bursztynową i zieloną. List czerwony miał oznaczać, że istnieje duże ryzyko powstania zjawiska deficytu i inwestycja nie doprowadzi do oczekiwanego rezultatu finansowego. List bursztynowy zawiadamiał konsumenta, że istnieje znaczące ryzyko, że inwestycja nie osiągnie założonej kwoty. List zielony zaś, że inwestycja osiągnie zamierzony cel, a uzyskana kwota pozwoli na spłatę kredytu hipotecznego. Sporządzony przez ABI kodeks dobrych praktyk był od 2004 r. kilkakrotnie nowelizowany.

Brytyjski organ nadzoru finansowego – obecnie Financial Conduct Authority (FCA), uprzednio Financial Services Authority (FSA) – w latach 1999–2000 również zobowiązał

ubezpieczycieli do tego, aby informowali konsumentów o możliwości wystąpienia zjawiska *shortfall* oraz by do informacji o produkcie inwestycyjnym dołączali dokumenty sporządzone przez FSA zawierające kluczowe informacje o ryzyku związanym z produktem, możliwościach złożenia reklamacji oraz skarg, a także o prawach przysługujących konsumentom.

W grudniu 2000 r. FSA sporządził raport zawierający odpowiedź na pytanie, czy ubezpieczyciele wypełniają obowiązki informacyjne związane z polisami inwestycyjnymi oraz czy przesyłają konsumentom karty informacyjne sporządzone przez FSA. Aby sprawdzić funkcjonowanie rynku, skorzystano z tzw. tajemniczych klientów. Mieli oni za zadanie zbadać standardy sprzedaży produktów inwestycyjnych. We wniosku raportu stwierdzono, że mimo interwencji regulatora (ostrzeżeń oraz wytycznych) nadal nie odnotowano wyraźnej poprawy standardów sprzedażowych – niektórzy przedsiębiorcy nie potrafili dopasować ryzyka wynikającego z inwestycji do potrzeb i indywidualnej sytuacji konkretnego konsumenta.

W rozwiązaniu problemów z dziedziny ubezpieczeń inwestycyjnych zaangażowały się również brytyjskie organy państwowe, a w szczególności Komisja Skarbu Państwa (*Treasure Select Committee*), która w czerwcu 2004 r. wydała dokument *Odpowiedzi na piąty raport komisji – odzyskiwanie zaufania w długoterminowe oszczędności: hipoteki zabezpieczone umową ubezpieczenia*. W odpowiedzi na to brytyjski rząd wydał oświadczenie, w którym zwrócono uwagę na problemy związane ze sprzedażą umów ubezpieczenia oraz liczbę skarg napływających od konsumentów. Rząd pozytywnie ocenił pracę i politykę FSA w zakresie nadzoru nad ubezpieczeniami inwestycyjnymi. Zwrócił też uwagę, że wahania giełdowe oraz niestabilna sytuacja na rynkach finansowych mogą doprowadzić do tego, że konsumenci, którzy zainwestowali w umowy ubezpieczenia stanowiące zabezpieczenie kredytu hipotecznego, poniosą znaczne straty. Dodatkowo sformułowano wytyczne celem poprawy sprawowania nadzoru. W szczególności wskazano, że FSA powinien identyfikować i edukować konsumentów, którzy nie mają odpowiedniej świadomości prawnej i ekonomicznej oraz wiedzy o przysługujących im środkach prawnych. Stwierdzono, że jest to grupa konsumentów, która wymaga szczególnej opieki i troski ze strony państwa.

W oparciu o powyższe w grudniu 2004 r. brytyjski organ nadzoru napisał kolejny list do przedsiębiorców. Zwrócił w nim szczególną uwagę, że co do zasady poprawie uległy

terminowość i jakość procesu rozpatrywania reklamacji, a mimo to nadal istnieją firmy, które nie respektują przyjętych standardów w tym zakresie. Wskazano też, że w razie powzięcia informacji o problemach przy rozpatrywaniu reklamacji organ nadzoru podejmie niezbędne kroki, aby wyeliminować problemy i nałożyć stosowne sankcje na przedsiębiorców. Zwrócono również uwagę, że stała liczba napływających do FOS skarg na określonych przedsiębiorców wynika z faktu, że ta grupa przedsiębiorców ma kłopot z poprawnym rozpatrywaniem skarg konsumentów.

Na marginesie należy wskazać, że również w Wielkiej Brytanii problemy z ubezpieczeniami stanowiącymi zabezpieczenie kredytu hipotecznego spowodowały masowy wzrost liczby kancelarii odszkodowawczych (ang. *claims-management companies*)⁹⁶. Podmioty te reprezentowały konsumentów w sporach z przedsiębiorcami, domagając się stosownych odszkodowań.

Na sprawę umów ubezpieczeń stanowiących zabezpieczenie kredytu zwrócili uwagę brytyjskie media oraz organizacje działające na rzecz praw konsumentów. W 2002 r. organizacja Which? rozpoczęła kampanię mającą na celu pomoc konsumentom, którzy zawarli umowę ubezpieczenia stanowiącą zabezpieczenie kredytu hipotecznego. W tym celu założona została strona internetowa zawierająca informacje i wskazówki dotyczące procesu reklamacji oraz wzorzec reklamacji. Na stronie został zamieszczony kalkulator, który miał pomóc w wyliczeniu odszkodowania. Kolejnym istotnym elementem kampanii Which? było wywieranie wpływu i lobbowanie. W maju 2002 r. organizacja ta wystosowała do przewodniczącego FSA pismo, w którym wyrażano zaniepokojenie, iż konsumenci nie otrzymują wyczerpujących informacji o możliwości uzyskania odszkodowania i pomocy ze strony FSA przy występowaniu z roszczeniami. Co więcej, organizacja Which? zwróciła uwagę FSA, że organ ten powinien szerzej podejść do problematyki zjawiska *misselling* w dziedzinie polis inwestycyjnych. Wskazano możliwe działania FSA mające na celu eliminację powstałych problemów, m.in. poprzez zidentyfikowanie tych przedsiębiorców, którzy dopuścili się największej liczby nieprawidłowości. Dodatkowo zażądano od organu nadzoru, aby opublikował oddzielnie dla każdego przedsiębiorcy dane dotyczące zjawiska *shortfall*, a także liczby: listów projekcyjnych wysłanych przez przedsiębiorców i rodzajów tych listów, reklamacji wniesionych przeciwko przedsiębiorcy i skierowanych do FOS.

⁹⁶ D. Severn, *The Financial Ombudsman Service and mortgage endowment complaints*, s. 69–71.

Organ nadzoru częściowo zrealizował powyższe uwagi – zamieścił na swojej stronie internetowej rozszerzoną broszurę informacyjną dla konsumentów, którzy zawarli umowę ubezpieczenia stanowiącą zabezpieczenie kredytu hipotecznego. Broszura zawierała dodatkowe informacje o możliwości wnoszenia skarg, prawach z tym związanych oraz o obowiązujących procedurach. Organ nadzoru nie zgodził się jednak na ujawnianie danych, o które prosiła organizacja Which?. FSA wskazał, że udostępnienie danych mogłoby spowodować lawinowy wzrost liczby nieuzasadnionych skarg oraz naruszałoby zasady poufności, byłoby to także nieuprawnione udostępnienie danych osobowych, co w konsekwencji godziłoby w prawa człowieka i prawa konsumenta⁹⁷.

W czerwcu 2005 r. FSA zorganizował spotkanie z przedsiębiorcami w celu omówienia problemów i wyzwań, które pojawiły się po wysłaniu przez przedsiębiorców listów projekcyjnych. FSA chciał uzyskać informacje, jakie działania podejmą przedsiębiorcy w toku rozpatrywania skarg, których liczba będzie wzrastać w związku z wysłaniem do konsumentów listów projekcyjnych. FSA szczególnie interesował sposób wdrażania procedur nałożonych na przedsiębiorców przez organ nadzoru. W lipcu 2005 r. FSA wydał kolejny raport, w którym co do zasady pozytywnie ocenił działania przedsiębiorców w zakresie wdrażania procedur oraz rozpatrywania reklamacji. W raporcie tym jednak stwierdzono, że istnieją jeszcze przedsiębiorcy, na których składane są liczne skargi i którzy nie rozpatrują reklamacji z należytą starannością; dalsze prace organu nadzoru skupią się właśnie na tych przedsiębiorcach. W październiku 2009 r. FSA wydał również dokument *Treating Customers fairly – structured investment products*, w którym zawarł ogólne wytyczne dla przedsiębiorców w zakresie: sprzedaży produktu, obowiązków informacyjnych, szacowania ryzyka oraz obsługi posprzedażowej.

W październiku 2006 r., podczas spotkania Rady FOS, zaobserwowano pozytywną tendencję, a mianowicie spadek liczby skarg na dużych przedsiębiorców w przedmiocie umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego. Stwierdzono, iż spadek ten jest wynikiem dialogu FOS z przedstawicielami biznesu oraz kooperacji w zakresie rozwiązywania spraw na etapie rozpatrywania reklamacji przez przedsiębiorców. Z drugiej strony skupiono się na współpracy z mniejszymi przedsiębiorcami – w tym celu skontaktowano przedstawicieli mniejszych przedsiębiorstw z pracownikami FOS. Przedyskutowano najważniejszych spraw i wyjaśnienie sposobów

⁹⁷ *Ibidem*, s. 41–44.

rozstrzygnięcia sporów wpłynęło na to, że przedsiębiorcy ci zaczęli rozpatrywać spory, jeszcze zanim sprawy trafiły do właściwego rzecznika FOS.

W grudniu 2006 r. FSA wydał kolejny raport *Umowy ubezpieczenia stanowiące zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego – dostarczanie lepszych standardów*. W raporcie tym zbadano szybkość oraz jakość rozpatrywania reklamacji przez przedsiębiorców, a także jakość komunikacji z konsumentami. Z raportu wynika, że 22 firmy rozpatrywały skargi w sposób budzący wątpliwości FOS, 14 spośród nich zostało zobowiązanych do podjęciach działań w celu polepszenia jakości procesu rozpatrywania reklamacji. Rezultatem wdrożenia wytycznych FOS było rozpatrzenie przez przedsiębiorców 75% ze 100 000 wcześniej odrzuconych reklamacji. Sprawy te zostały rozpatrzone na korzyść konsumentów, co w konsekwencji doprowadziło do wypłaty odszkodowań o łącznej wysokości 120 000 000 funtów.

4. Kary nakładane przez organ nadzoru na ubezpieczycieli

Jak wynika z dokonanej analizy, brytyjski organ nadzoru aktywnie monitorował sytuację na rynku sprzedaży polis inwestycyjnych i karał przedsiębiorców za nieuczciwe praktyki przy sprzedaży i wykonywaniu umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego. Poniżej przedstawione zostaną informacje na temat kar pieniężnych nakładanych na przedsiębiorców przez brytyjski organ nadzoru.

W listopadzie 2000 r. przedsiębiorstwo Royal Scottish Assurance zostało ukarane karą pieniężną w wysokości 2 000 000 funtów za nieprawidłowości przy wycenie składki na polisę inwestycyjną. Organ nadzoru stwierdził, że ubezpieczyciel nie dochował należytej staranności przy wycenie składki i oszacował jej wysokość na takim poziomie, że polisa inwestycyjna nie osiągnie zamierzonej wysokości pozwalającej na pokrycie kredytu hipotecznego zaciągniętego przez konsumenta.

We wrześniu 2002 r. na Winterthur Life nałożono karę w wysokości 500 000 funtów za nieprawidłowości przy sprzedaży polis inwestycyjnych. Sankcja spowodowała, że ubezpieczyciel zobowiązany był wypłacić łącznie 10 000 000 funtów odszkodowania dla 10 000 konsumentów.

W grudniu 2002 r. FSA ukarał z kolei Abbey Life karą pieniężną w wysokości 1 000 000 za *misselling* umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu

hipotecznego oraz nieprawidłowości w stosowaniu procedur sprzedażowych pomiędzy 1995 a 1999 r.

Kolejne kary zostały nałożone w marcu 2003 r. na Scottish Amicable i Royal & Sun Alliance. W pierwszym przypadku kara wyniosła 750 000 funtów. Ubezpieczyciel został ukarany za nieprawidłowości w procedurach, które skutkowały tym, iż jego pracownicy udzielali konsumentom nieprawidłowych wskazówek i rekomendacji w toku wyboru produktu. Organ nadzoru stwierdził również, że ubezpieczyciel nie dochował należytej staranności w procesie sprzedaży. W przypadku Royal & Sun Alliance kara za nieprawidłowe rekomendacje przy wyborze produktu, dokonywane przez doradców finansowych zatrudnionych przez ubezpieczyciela, wyniosła 950 000 funtów.

W dniu 17 grudnia 2003 r. FSA ukarał Friends Provident Life and Pensions karą w wysokości 675 000 funtów za nieprawidłowości proceduralne przy rozpatrywaniu skarg konsumentów posiadających polisę inwestycyjną. FSA stwierdził, że ubezpieczyciel nie wdrożył zaleceń organu nadzoru w sytuacji, gdy miał taką możliwość oraz dysponował odpowiednim czasem na korektę nieprawidłowości.

Z kolei 18 marca 2014 r. przedsiębiorstwo Allied Dunbar zostało ukarane kwotą 725 000 funtów za nieprawidłowości w rozpatrywaniu skarg dotyczących polis inwestycyjnych w okresie od maja 2001 do kwietnia 2003 r. Nadzór uznał, że procedury były wadliwe, bowiem osoby rozpatrujące reklamacje konsumentów i oceniające, czy sprzedaż produktu była prawidłowa, nie brały pod uwagę wszystkich dowodów i okoliczności – reklamacje zatem nie były należycie rozpatrywane przez przedsiębiorcę.

W maju i czerwcu 2005 r. FSA ukarał Abbey National karą w wysokości 800 000 funtów oraz Legal & General karą w wysokości 575 000 funtów. W pierwszym przypadku kara została nałożona za niewłaściwe i nierzetelne rozpatrywanie skarg oraz traktowanie konsumentów z nienależytą starannością. Organ nadzoru ustalił, że pomiędzy 2001 a 2003 r. przedsiębiorstwo Abbey National niewłaściwie rozpatrzyło 5000 skarg, z czego 3500 zostało odrzuconych w sytuacji, kiedy powinny być przyjęte. Spowodowało to szkody w wysokości 19 000 000 funtów poniesione przez 3500 konsumentów. Na skutek nałożonej sankcji firma Abbey National przeanalizowała wszystkie sprawy odrzucone od stycznia 2000 r., a następnie wypłaciła należne odszkodowania oraz dokonała dogłębnej analizy i weryfikacji procedur dotyczących rozpatrywania skarg.

W drugiej sprawie przedsiębiorstwo Legal & General otrzymało karę pieniężną w wysokości 575 000 funtów za wadliwe procedury sprzedażowe, które doprowadziły do licznych przypadków sprzedaży w złej wierze (*misselling*). Była to jedyna sprawa, w której przedsiębiorca odwołał się od decyzji nadzorcy do wyższej instancji, tj. Trybunału Usług Finansowych (*Financial Services Tribunal*).

W styczniu 2006 r. FSA ukarał Guardian Assurance karą w wysokości 750 000 funtów za nieprawidłowości przy rozpatrywaniu skarg. Po zaleceniach organu nadzoru i nałożonej karze wskaźnik przyjętych i rozpatrzonych pozytywnie reklamacji przez przedsiębiorcę wzrósł.

Sankcje brytyjskiego organu nadzoru są wysokie i dotkliwe oraz powodują realny skutek w postaci zmiany sposobu postępowania przedsiębiorcy. Powyżej opisane działania pokazują, że zarówno FOS, jak FSA, jako instytucje ochrony konsumentów starają się działać możliwie szybko, skutecznie oraz efektywnie. W przypadku dostrzeżenia określonych problemów na rynku również przedsiębiorcy dążą do tego, aby liczba skarg była jak najmniejsza, i starają się wcielić w życie rozwiązania zalecane przez FOS i FSA. Jak wynika z opisanych działań, instytucje te w rzeczywistości dbają o to, aby interes konsumenta był należycie chroniony zarówno na etapie zawarcia umowy, jak i obsługi posprzedażowej. FSA w sposób wnikliwy kontrolował, czy przedsiębiorcy należycie wykonują instrukcje oraz zalecenia. Ponadto niezwykle cenne i przydatne w zakresie ochrony konsumentów są spotkania organizowane przez przedstawiciela FOS z przedstawicielami rynku. Współpraca i dążenie w drodze kompromisu do wprowadzenia rozwiązań należycie chroniących interesy konsumentów są bardzo efektywnymi działaniami.

Niewątpliwie kary nakładane przez brytyjski organ nadzoru były dotkliwe dla przedsiębiorców, a ich wysokość miała na celu zmianę dotychczasowych praktyk oraz pokazanie przedsiębiorcom, że ich działania nie pozostały bez odzewu ze strony nadzorcy.

5. Polisy inwestycyjne w świetle orzecznictwa sądów niemieckich oraz włoskich

Problemy związane ze sprzedażą i wykonaniem polis inwestycyjnych oraz istnienie klauzul abuzywnych znajdujących się we wzorcach umownych spowodowały, iż również Niemiecki Federalny Trybunał Sprawiedliwości pochylił się nad zagadnieniem

dopuszczalności pewnych mechanizmów funkcjonujących na gruncie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Niemiecki Federalny Trybunał Sprawiedliwości w swoich kluczowych orzeczeniach uznał, że produkty typu *unit link* powinny być kwalifikowane jako produkty inwestycyjne. W związku z taką interpretacją pojawiła się odpowiedzialność ubezpieczycieli za praktyki związane ze zjawiskiem nieprawidłowej sprzedaży (*misselling*) oraz za szkody, które ponieśli posiadacze polis w związku z „gwarantowanymi płatnościami” określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

W analizowanych orzeczeniach uznano, że ubezpieczyciel powinien konstruować ogólne warunki ubezpieczenia w ten sposób, aby konsument miał jasność co do związku poszczególnych klauzul w umowie. Wskazywano także, że ubezpieczyciel powinien przedstawiać konsumentom stosowne informacje dotyczące produktu bez względu na fakt, że umowa była zawierana przez pośrednika finansowego. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do tego, aby działać zawsze w interesie konsumenta. Informacje dotyczące produktu powinny zawierać: dane dotyczące ryzyka oraz opłat pobieranych przez ubezpieczyciela, informacje na temat prawa ubezpieczyciela do rozporządzenia zyskiem z inwestycji na poczet ewentualnych strat oraz prawa ubezpieczyciela do podjęcia określonych działań w razie uzyskiwania niekorzystnych wyników z inwestycji.

Podobnie jak w Polsce, w Niemczech ubezpieczenia inwestycyjne sprzedawane były za pośrednictwem doradców finansowych, którzy przekonywali klientów, aby ci inwestowali w polisy kapitałowe, które miały być zabezpieczeniem spłat kredytów i zaciąganych pożyczek. Od pośredników finansowych konsumenci uzyskiwali w dokumentach marketingowych informację wskazującą przykładowo, że kapitał inwestycyjny będzie wzrastał o 8,5% co roku, podczas gdy drobnym drukiem w tych samych dokumentach zawarto informację, że według oceny ubezpieczyciela wartość stopy zwrotu z inwestycji będzie wynosiła 6% w skali roku. Co istotne, w analizowanych sprawach Sąd uznał, że konsumenci niemieccy są przyzwyczajeni do tradycyjnej umowy ubezpieczenia na życie, w ramach której otrzymują zagwarantowane świadczenie pieniężne i dodatkowo świadczenia z zysku wypracowanego przez ubezpieczyciela.

W orzeczeniach podnoszono również argumenty podawane przez ubezpieczycieli. Te jednak w ocenie Sądu nie były wystarczające – nie pozwalały na wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczyciele wskazywali m.in., że przepisy prawa

oraz wcześniej obowiązujące precedensy wskazywały, że ubezpieczyciel nie posiada względem konsumenta żadnych obowiązków informacyjnych w sytuacji, gdy umowa jest zawierana poprzez pośrednika finansowego. Sąd uznał, że normy te nie mogą mieć zastosowania w przypadku ubezpieczenia z elementami inwestycyjnymi. Wskazano także, że podstawą wyłączenia odpowiedzialności nie może być fakt, że ubezpieczenia inwestycyjne – zawierające najistotniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia oraz materiały reklamowe – zawierały również liczne odnośniki do ogólnych warunków ubezpieczenia. Ubezpieczyciele nie mogli również powoływać się na fakt, że w ogólnych warunkach ubezpieczenia pojawiała się definicja niskich zysków kapitałowych oraz że konsumenci byli informowani o tym, iż korzyści uzyskane z polisy inwestycyjnej będą mniejsze niż odsetki z kredytu pieniężnego⁹⁸.

Analizując szerzej orzecznictwo niemieckie, w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na orzeczenie Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 25 lipca 2012 r. (IV ZR 201/10).

Przedmiotowy spór dający asumpt do wydania powyższego orzeczenia, powstał pomiędzy związkiem konsumenckim użyteczności publicznej, wpisanym na listę kwalifikowanych organizacji (odpowiednik polskiego stowarzyszenia chroniącego interesy konsumentów), a niemieckim zakładem ubezpieczeń.

W sentencji wyroku zakazano pozwanemu ubezpieczycielowi stosowania określonych klauzul w umowach ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, które zawierane były z konsumentami. W razie naruszenia zakazu Sąd zastrzegł uprawnienie do wymierzenia członkom zarządu pozwanego ubezpieczyciela kary grzywny do kwoty 250 000 euro, a w przypadku braku możliwości wyegzekwowania kary pieniężnej – kary aresztu porządkowego, nałożonej na członków zarządu maksymalnie na okres do 2 lat.

Zakaz stosowania określonych klauzul abuzywnych dotyczył postanowień stosowanych w okresie od 2001 r. do 2006 r., znajdujących się w *Ogólnych warunkach ubezpieczenia dla kapitałowych ubezpieczeń na życie* (AVB – KLV) i w *Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie dla ubezpieczeń emerytalnych związanych z funduszami inwestycyjnymi* (AVB – F-PRV).

Ogólnie rzecz ujmując, w sentencji orzeczenia zakwestionowano klauzule dotyczące wypowiedzenia umowy, przekształcenia jej w bezskładkowe ubezpieczenie na

⁹⁸ <http://www.nortonrosefulbright.com/knowledge/publications/69445/insurance-updater-europe>.

życie, rozliczenia wartości wykupu, potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy oraz rozliczenia kosztów zawarcia umowy. Warto wskazać, że do polisy kapitałowego ubezpieczenia na życie oraz do odroczonego ubezpieczenia emerytalnego dołączano tabele wartości gwarantowanych, w których podawano dla każdego roku trwania ubezpieczenia zagwarantowaną wartość wykupu oraz gwarantowaną bezskładkową kwotę ubezpieczenia. Wartości te miały odzwierciedlać ostateczną kwotę przeznaczoną do wypłaty dla zawierającego umowę ubezpieczenia po dokonaniu potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy.

W sentencji orzeczenia zakwestionowano następujące postanowienia: W przypadku wypowiedzenia umowy wartość wykupu obliczana jest zgodnie z regułami matematyki ubezpieczeniowej jako wartość czasowa. Przy obliczaniu wartości wykupu dokonuje się potrącenia uznanego za stosowne. Konsument zobowiązany jest udowodnić, że potrącenie nie powinno być stosowane, bądź jeżeli miałyby być stosowane, to w niższej wysokości. Sumy o wartości mniejszej niż 10 euro pozostające po potrąceniu nie będą zwracane.

Kwestionowane zapisy wskazywały również, że wypowiedzenie ubezpieczenia jest zawsze dla konsumenta niekorzystne. Postanowienia stwierdzały, że w początkowej fazie trwania umowy ubezpieczenia, z uwagi na rozliczenie kosztów metodą Zillmera, nie ma żadnej wartości wykupu. Dalej wskazywano, że wartość wykupu odpowiada co najmniej ustalonej w trakcie zawierania umowy minimalnej sumie gwarancyjnej, której wysokość uzależniona jest od terminu, w którym umowa zostanie zakończona.

Jeżeli chodzi o postanowienia określające zasady przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe, to wskazano, że również suma bezskładkowego ubezpieczenia jest obliczana zgodnie z uznanymi regułami matematyki ubezpieczeniowej. Sumę wynikającą z ubezpieczenia, będącą do dyspozycji w celu utworzenia bezskładkowej sumy ubezpieczenia, pomniejsza się o uznaną za stosowną sumę potrącenia. Konsument ma prawo udowodnić, że potrącenie nie powinno być stosowane bądź powinno być zastosowane w niższej wysokości. Również i w tym przypadku zakwestionowane zapisy wskazują, że przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe jest dla konsumenta niekorzystne. Wskazano ponadto, że w początkowym okresie konsumentowi nie będzie przysługiwać żadna suma bezskładkowego ubezpieczenia oraz że suma ta będzie ustalana metodą Zillmera. W kwestionowanym postanowieniu zaznaczono, że suma

bezskładkowego ubezpieczenia odpowiada co najmniej ustalonej w trakcie zawierania umowy minimalnej sumie gwarancyjnej, której wysokość zależy od terminu, w którym miało miejsce zwolnienie z obowiązku składkowego. Dalej wskazano, że szczegółowe informacje dotyczące bezskładkowych sum ubezpieczenia znajdują się w tabeli wartości gwarantowanych.

W omawianym orzeczeniu Sąd zakwestionował również wspomnianą wcześniej metodę Zillmera. Zgodnie z tą metodą pierwsze składki przeznaczane są na umorzenie kosztów zawarcia umowy, o ile nie są one przeznaczone na świadczenie w przypadku zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz na koszty ponoszone przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe w danym okresie ubezpieczeniowym. W omawianych postanowieniach ubezpieczyciel powołał się na § 4 rozporządzenia w sprawie rezerwy matematycznej ubezpieczeń na życie, gdzie metoda ta jest zdefiniowana.

Sąd zakazał również stosowania postanowień, które wskazują, że zarówno przy wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, jak i przy przejściu na bezskładkowy okres ubezpieczenia w pierwszych dwóch latach trwania umowy, ze względu na rozliczenie kosztów zawarcia umowy, nie ma żadnej wartości wykupu ani składek na utworzenie bezskładkowego ubezpieczenia.

Sąd uznał za niedozwolone także postanowienie, które określa zasady pobierania i wyrównywania kosztów zawarcia umowy. Zgodnie z tym postanowieniem koszty zawarcia umowy określone są w § 43 ust. 2 rozporządzenia w sprawie rachunkowości przedsiębiorstw i są one uwzględnione ryczałtowo w wysokości składki. Tytułem kosztów zawarcia umowy ubezpieczyciel przyznał sobie prawo do pobrania 4% wartości składek zapłaconych przez konsumenta. W kwestionowanym postanowieniu wskazano, że koszty zawarcia umowy rozliczane są w równych ratach i uwzględnione są w składce ubezpieczeniowej przez pierwsze dwa lata trwania ubezpieczenia.

Federalny Trybunał Sprawiedliwości, na mocy rewizji złożonych przez obie strony sporu, uznał, że rewizja powoda jest skuteczna, natomiast rewizja pozwanego w istocie jest nieuzasadniona. W swoim uzasadnieniu podzielił oraz rozwinął argumentację przedstawioną przed Sądem Apelacyjnym, który uprzednio rozstrzygał w sprawie.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego wyżej wskazane klauzule są nieskuteczne, bowiem nie spełniają wymogu przejrzystości w myśl § 307 ust. 1 zd. 2 niemieckiego kodeksu cywilnego (BGB – *Bürgerliches Gesetzbuch*). Zgodnie z tą normą nieuzasadnione

zróźnicowanie pozycji konsumenta w umowie z przedsiębiorcą może również powstać wówczas, gdy treść umowy jest niejasna i niezrozumiała. Natomiast sankcją za niejasność i niezrozumiałość postanowienia jest jego bezskuteczność.

W uzasadnieniu trafnie wskazano, że przeciętnemu konsumentowi zawierającemu umowę kapitałowego ubezpieczenia na życie nie udostępnia się prawidłowego wyliczenia wartości wykupu bądź bezskładkowej sumy ubezpieczenia. Ani w ogólnych warunkach ubezpieczenia, ani w tabelach wartości gwarantowanych nie dokonuje się zróźnicowania pomiędzy wartością czasową, ustaloną zgodnie z uznanymi metodami matematyki ubezpieczeniowej, a sumą przeznaczoną do wypłaty, wynikającą z dokonanego potrącenia tytułem przedterminowego rozwiązania umowy. Konsument nie może przewidzieć wysokości dokonanego potrącenia i na podstawie treści ogólnych warunków ubezpieczenia nie może rozpoznać, że to ubezpieczyciel w pierwszej kolejności ma uzasadnić adekwatność i zasadność dokonanych potrąceń. Wskazanie, że wypowiedzenie umowy we wcześniejszym okresie bądź też przejście na bezskładkowy okres ubezpieczenia jest zawsze niekorzystne, wprowadza konsumenta w błąd, bowiem sugeruje, iż zawsze będzie to niekorzystne ekonomicznie dla konsumenta.

Sąd uznał też, że postanowienia dotyczące określenia kosztów związanych z zawarciem umowy nie wskazują szczegółowych elementów składowych owych kosztów. Powołano się przy tym na nakaz przejrzystości, zgodnie z którym podmiot formułujący ogólne warunki ubezpieczenia zgodnie z zasadą dobrej wiary jest zobowiązany do przedstawiania praw i obowiązków swojego partnera w sposób jak najbardziej jasny i przejrzysty. Przy tym nie chodzi tylko o to, żeby sformułowania klauzuli były zrozumiałe dla przeciętnej osoby zawierającej umowę. W znacznie większym stopniu zasada dobrej wiary nakazuje, by klauzula pozwoliła rozpoznać ekonomiczne uszczerbki i obciążenia stosownie do konkretnych okoliczności. Jeżeli formułujący ogólne warunki ubezpieczenia dołącza dodatkową dokumentację, uzupełniającą np. tabele wartości gwarantowanych, to musi w odpowiednim miejscu w klauzulach przynajmniej w zarysach wskazać na uszczerbki i nawiązać do dodatkowych informacji.

Wskazano także, że wartość wykupu nie jest wyraźnie oddzielona od potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że konsument nie wie, w jaki sposób dokonuje się ustalenia wartości wykupu oraz potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy. W ocenie Sądu pozostałe postanowienia

dotyczące wartości wykupu nie zawierają dostatecznej informacji o stanie i wysokości wartości wykupu, a braki informacyjne nie są, w ocenie Sądu, należycie wyrównane przez to, że do polisy dołączana jest tabela wartości gwarantowanych.

Stwierdzono także, że konsument nie jest w stanie zrozumieć treści postanowienia mówiącego o sposobie rozliczenia potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy. Postanowienie to stanowi jedynie, że „przy obliczaniu wartości wykupu dokonuje się potrącenia uznanego za stosowne”. Sąd stwierdził, że za pomocą samego abstrakcyjnego sposobu rozliczenia konsument nie może sobie wyrobić zdania, od której wielkości odniesienia powinno być zrobione potrącenie i co ono znaczy dla konsumenta.

W omawianym orzeczeniu zakwestionowano również postanowienie, które daje ubezpieczycielowi uprawnienie do pobrania na pokrycie kosztów umowy kwoty w wysokości 4% wartości składek, które konsument ma do zapłaty w trakcie okresu składkowego. Zdaniem Sądu takie postanowienie w związku z klauzulą mówiącą, iż koszty zawarcia umowy ubezpieczenia będą rozliczane w równych ratach ze składkami za dwa pierwsze lata ubezpieczeniowe, jest dezorientujące.

Sąd podważył również postanowienie stanowiące o tym, iż konsumentowi przysługuje prawo do udowodnienia, że potrącenie dokonywane z wartości wykupu nie powinno być zastosowane do konsumenta bądź powinno być zastosowane w znacznie niższej wysokości. W ocenie Sądu to w pierwszej kolejności ubezpieczyciel jest zobowiązany wykazać, że potrącenie powinno być dokonane, bowiem postanowienia mówią o „stosownym potrąceniu”, oraz powinien wykazać adekwatność tego potrącenia, a następnie konsument powinien wykazać, że potrącenie nie powinno być zastosowane bądź powinno być znacznie niższe. Kwestionowane klauzule są natomiast tak skonstruowane, że przeciętny odbiorca może uznać, że wyłącznie na nim spoczywa ciężar wykazania, że potrącenie nie powinno być zastosowane bądź powinno być niższe w okolicznościach danej sprawy. W ocenie Sądu regulacja grozi wprowadzeniem w błąd osoby, która zawiera umowę, i powstrzymuje konsumenta przed skorzystaniem z przysługującego mu prawa, ponieważ sprawia błędne wrażenie, że ma on obowiązek składania dowodu na nieadekwatną wysokość potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy.

W omawianym orzeczeniu zakwestionowano również postanowienie mówiące o tym, aby nie zwracać konsumentom po wszystkich potrąceniach kwot mniejszych niż 10

euro. Postanowienie to również uznano za nieskuteczne w świetle § 307 ust. 2 pkt 1 i ust. 1 zd. 1 BGB. Norma ta stanowi, że postanowienia, które ograniczają podstawowe prawa i obowiązki wynikające z charakteru umowy do tego stopnia, że osiągnięcie celu umowy jest zagrożone, są nieskuteczne. Sąd nie podzielił argumentu strony pozwanej wskazującego, że podana kwota stanowi minimalną wartość wykupu.

Sąd uznał także, że opisywana przez ubezpieczyciela metoda Zillmera, na podstawie której określa się koszty umowy ubezpieczenia, jest również nieskuteczna w świetle § 307 ust. 1 zd. 2 BGB z powodu niestosownego pokrzywdzenia konsumenta. Powołując się na wcześniejsze orzecznictwo, które kwestionowało zasadność stosowania metody Zillmera, Sąd uznał, że wyliczenie metodą Zillmera wywiera bezpośredni negatywny wpływ na zawierającego umowę ubezpieczenia w przypadku wcześniejszego zakończenia umowy bądź przekształcenia umowy na bezskładkową. Sąd nie podzielił argumentu strony pozwanej, że metoda Zillmera dotyczy wyłącznie bilansowania dokonywanego zgodnie z przepisami prawa handlowego. Powołał się przy tym na twierdzenie strony pozwanej, która przyznała sama w toku procesu, iż metoda Zillmera w pierwszych latach ubezpieczenia prowadzi do wartości wykupu względnie bezskładkowej sumy ubezpieczenia równej zero, a w następnych latach wartości te rosną niezwykle powoli. Wskazano, że ubezpieczyciel nie przedstawił żadnej innej metody rozliczania kosztów umowy, która nie naruszałaby interesów konsumenta. Zaznaczono, że poprzez uszczerbki związane z metodą Zillmera prawo ubezpieczonego do sumy ubezpieczenia jest w niedopuszczalny sposób naruszane. Co bardzo istotne, powołując się na obowiązujące orzecznictwo⁹⁹, wskazano, że kapitałowe ubezpieczenie na życie służy nie tylko zabezpieczeniu ryzyka związanego ze śmiercią, lecz – co najmniej równorzędnie – także wkładowi kapitałowego i majątku.

Trafnie wskazano, że kwestionowane postanowienia niweczą cel umowy ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym. Celem tym jest bowiem długoterminowe zbieranie kapitału, a w razie wcześniejszego zakończenia umowy kwestionowane postanowienia nakładają na konsumenta nieproporcjonalne obciążenie w postaci kosztów umowy. W ocenie Sądu, który przytoczył decyzję Federalnego Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 lutego 2006 r., nie można przyjąć, że z powodu rozliczenia

⁹⁹ Wyroki Senatu z dnia 9 maja 2001 r. (IV ZR 121/00, BGHZ 147,354,362; IV ZR 38/99, BGHZ 147,373,378) oraz z dnia 12 października 2005 r. (IV ZR 162/03, BGHZ 164,297).

kosztów zawarcia umowy ze składką w pierwszych latach nie istnieje wartość wykupu bądź że wartość ta jest znikoma. Sąd wskazał, że celem kapitałowej umowy ubezpieczenia na życie jest tworzenie wartości majątkowych. Cel ten nie może być udaremniiony także w przypadku wcześniejszego zakończenia umowy. Zauważono, że rozliczenie kosztów jest dopuszczalne wtedy, gdy zakładane jest sprawiedliwe zaspokojenie interesów wszystkich stron umowy. Kosztami zawarcia umowy nie można ponad miarę obciążać osób zawierających nowe umowy ubezpieczenia, a koszty, które ma ponieść zawierający umowę ubezpieczenia, w przypadku zastosowania metody Zillmera muszą być odpowiednie do usług wykonanych przez ubezpieczyciela, także z uwzględnieniem wcześniejszego zakończenia umowy.

Sąd stwierdził też, że decyzja Trybunału z dnia 15 lutego 2006 r. nie pozostawia żadnych wątpliwości co do tego, że metoda rozliczania kosztów zawarcia umowy, która prowadzi do takiego skutku, iż konsumentowi nie przysługuje żadna wartość wykupu lub przysługuje wartość nieproporcjonalnie niska, jest nieskuteczna, przy czym nie ma znaczenia, czy postanowienia określające warunki metody są przejrzyste. W uzasadnieniu Sąd przytoczył znowelizowany przepis ustawy o umowie ubezpieczenia (VVG – *Versicherungsvertragsgesetz*), która w § 169 ust. 3 zd. 1 stanowi, iż w przypadku wypowiedzenia stosunku umowy wartość wykupu stanowi przynajmniej sumę kapitału gwarancyjnego, który powstaje w przypadku równomiernego rozłożenia ustalonych kosztów zawarcia umowy i kosztów dystrybucji w ciągu pierwszych pięciu lat trwania umowy. Sąd zakwestionował rozliczanie kosztów umowy metodą Zillmera również z tego powodu, iż postanowienie to jest ściśle związane z innymi postanowieniami uznanymi za niedozwolone w rozpatrywanym wzorcu.

Dalej w uzasadnieniu wskazano, iż stwierdzenie w kwestionowanym wzorcu, że wypowiedzenie umowy „jest zawsze dla Państwa niekorzystne”, wprowadza w błąd oraz sugeruje konsumentowi, aby nie realizował prawa do wypowiedzenia. W ocenie Sądu zredukowanie wartości wykupu do zera nie jest skutkiem wypowiedzenia umowy, lecz zastosowania metody Zillmera. Wskazano, że jeśli zawierający umowę może przewidzieć, że będzie mógł kontynuować ją tak długo, aż wartość wykupu osiągnie przynajmniej wysokość wpłaconych składek, to wcześniejsze wypowiedzenie może być dla niego z korzyścią.

Podobnie orzekł również Federalny Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z dnia 17 października 2012 r. (IV ZR 202/10), w którym zakwestionowano klauzule niemal tożsame jak w orzeczeniu z dnia 25 lipca 2012 r., jednakże w stosunku do innego ubezpieczyciela. Podstawą zakwestionowania klauzul określonych w wyroku była argumentacja taka sama jak w orzeczeniu z dnia 25 lipca 2012 r.

Ponadto w orzeczeniu tym zakwestionowano postanowienie, które przyznawało ubezpieczycielowi prawo do pobrania kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, takich jak: koszty doradztwa, zażądania informacji zdrowotnych oraz wystawienia polisy. Ubezpieczyciel w kwestionowanym postanowieniu wskazał, że te koszty zawarcia umowy zostały uwzględnione ryczałtowo przy kalkulacji taryfy i nie są fakturowane oddzielnie. Wskazano, że koszty te są rozliczane przy obliczaniu rezerwy na pokrycie oraz przy tworzeniu wartości przy wykupie. Sąd uznał, że przedmiotowe postanowienie jest nieskuteczne ze względu na naruszenie § 307 ust. 1 zd. 2 BGB. Wskazano, że omawiane postanowienie wymienia wyłącznie część kosztów, które będą brane pod uwagę, jednakże pomija koszty pośrednictwa ubezpieczeniowego, które tworzą zdecydowaną część kosztów zawarcia umowy. Użycie sformułowania „doradztwo” było zdaniem Sądu nieprecyzyjne, bowiem przeciętny odbiorca może zrozumieć, iż w postanowieniu tym chodzi o ogólne informacje ubezpieczyciela i jego pracowników, a nie o prowizje, które ubezpieczyciel zobowiązany jest zapłacić pośrednikowi. W związku z powyższym postanowienie to nie daje konsumentowi dostatecznie klarownego obrazu rodzaju powstałych kosztów.

Warto zwrócić uwagę, iż Federalny Trybunał Sprawiedliwości jest najwyższą instancją sądowniczą w Niemczech i stanowi on odpowiednik polskiego Sądu Najwyższego. Co znamienne, w analizowanych orzeczeniach zakazano stosowania wymienionych w wyroku klauzul pod groźbą grzywny bądź też aresztu dla członków zarządu przedsiębiorcy. Powyższe sankcje, ze względu na swoją dolegliwość, mają niewątpliwie charakter prewencyjny oraz będą skutecznie odstraszać przedsiębiorcę przed stosowaniem niedozwolonych klauzul. Na marginesie warto wskazać, iż w obowiązującym w polskim porządku prawnym w kodeksie wykroczeń (art. 138b § 1 k.w.) znajduje się przepis, który stanowi, że kto, będąc zobowiązany na mocy orzeczenia sądu do zaniechania wykorzystywania lub do odwołania zalecenia stosowania ogólnych warunków umów albo wzoru umowy, nie stosuje się do tego obowiązku, zawierając w

umowie niedozwolone postanowienia umowne, podlega karze grzywny. Warto wskazać, że co do zasady, zgodnie z art. 24 § 1 k.w., maksymalna grzywna może wynieść do 5000 zł.

Norma art. 138b § 1 k.w. dotyczy m.in. sytuacji, w których przedsiębiorca stosuje klauzule niedozwolone w danym wzorcu, mimo że klauzula ta została umieszczona w rejestrze klauzul niedozwolonych. Norma ta jest w praktyce niestosowana i stanowi tzn. martwy przepis.

Powyższy przykład pokazuje, jak odmienne są oba systemy prawne i jak duży jest rozdźwięk pomiędzy dolegliwością sankcji za stosowanie klauzul abuzywnych przez przedsiębiorcę.

W omawianych orzeczeniach niemieckiego Federalnego Trybunału Sprawiedliwości za stosowanie klauzul abuzywnych przedsiębiorcy może grozić grzywna do 250 000 euro bądź sankcja aresztu porządkowego dla członków zarządu przedsiębiorcy maksymalnie do 2 lat. W przypadku polskiego porządku prawnego sankcja, jaka może grozić przedsiębiorcy, to maksymalnie 5000 zł, przy czym – według wiedzy Rzecznika Finansowego – przepis ten nie został nigdy w praktyce zastosowany.

Warto również zwrócić uwagę na wątpliwości interpretacyjne, które pojawiły się na gruncie orzecznictwa włoskiego. Powstałe wątpliwości dotyczyły klasyfikacji umów ubezpieczenia typu *unit link* i stwierdzenia, czy umowa ta ma charakter umowy ubezpieczenia, czy też jest produktem finansowym, do którego mają zastosowanie przepisy regulujące te instrumenty. Umowy ubezpieczeń inwestycyjnych, zawarte po 25 stycznia 2007 r. (tj. po wejściu w życie dekretu ustawodawczego nr 303 z dnia 29 grudnia 2006 r.), znajdują się na liście produktów finansowych przewidzianych przez dekret ustawodawczy nr 58 z dnia 24 lutego 1998 r. z późn. zm. (włoska ustawa o usługach finansowych).

Największe kontrowersje budzi więc ustalenie, czy powyższa ustawa ma również zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych przed 2007 r. W tym zakresie można spotkać się z rozbieżnościami we włoskim orzecznictwie. W orzeczeniu z dnia 18 kwietnia 2012 r. włoski Sąd Najwyższy wskazał, że sądy niższej instancji powinny na podstawie indywidualnych okoliczności faktycznych rozstrzygać ocenę umowy ubezpieczenia oraz sformułował wytyczne w tym zakresie. Według Sądu Najwyższego sądy niższych instancji powinny badać każdą umowę ubezpieczenia w celu oceny, czy ryzyko demograficzne przeważa nad ryzykiem finansowym związanym z funduszem inwestycyjnym. Jeżeli w

danej sprawie przeważać będzie ryzyko demograficzne, to kontrakt powinien być oceniany z punktu widzenia przepisów dekretu legislacyjnego nr 174 z dnia 17 marca 1995 r. W przeciwnym wypadku, w razie przeważającego czynnika ryzyka inwestycyjnego, zastosowanie będzie mieć włoska ustawa o usługach finansowych. Orzecznictwo Sądu Najwyższego nie wypracowało ostrych kryteriów, w związku z czym nadal w orzecznictwie włoskim istnieje rozbieżność co do oceny tego typu umów¹⁰⁰.

W orzecznictwie udało się wypracować ogólne kryteria, które pozwalają określić umowy ubezpieczeń inwestycyjnych jako produkty finansowe:

- płatność pojedynczej składki¹⁰¹;
- trwanie umowy przez okres życia ubezpieczonego¹⁰²;
- rentowość produktu oparta na czynnikach finansowych, a nie elementach demograficznych¹⁰³.

Rozbieżności wyżej opisane mogą być również wyjaśnione na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, które wydaje się stać w sprzeczności z orzeczeniem włoskiego Sądu Najwyższego. W orzeczeniu tym ETS wskazał, że umowa ubezpieczenia inwestycyjnego jest kontraktem ubezpieczeniowym oraz że konieczność jednolitego stosowania prawa Unii Europejskiej oraz zasady równości nakazują, aby pojęcie „umowa ubezpieczenia” podlegało autonomicznej i jednolitej wykładni w krajach należących do Unii Europejskiej¹⁰⁴. Ostatecznie stwierdzono, że umowy o charakterze *unit link* lub powiązane z funduszami inwestycyjnymi są powszechne w prawie ubezpieczeniowym. Umowa powinna podlegać klasyfikacji określonej w załączniku I pkt III do dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie ubezpieczeń na życie w zw. z art. 2 (1) (a) przedmiotowej dyrektywy.

¹⁰⁰ Por. orzeczenia: Trybunału w Treviso z dnia 3 lutego 2014 r., Sądu w Syrakuzach z dnia 17 października 2013 r., Trybunału w Rzymie z dnia 9 lutego 2011 r. oraz Sądu w Rzymie z dnia 2 maja 2012 r.

¹⁰¹ Por. orzeczenie Sądu w Parmie z dnia 19 sierpnia 2010 r., Sądu w Cagliari z dnia 2 listopada 2010 r.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ Por. orzeczenia: Sądu w Wenecji z dnia 24 czerwca 2010 r., Sądu Apelacyjnego w Turynie z dnia 16 listopada 2009 r., Sądu w Trani z dnia 11 marca 2008 r.

¹⁰⁴ Por. wyrok w sprawie 64/81 Corman [1982], ECR 13, pkt 8, oraz w sprawie C 98/07 Nordania Finans i BG Factoring [2008], ECR I 1281, pkt 17.

6. Funkcjonowanie umów ubezpieczenia z UFK w innych krajach świata

▪ Indie

W Indiach przed 1999 r. sektor ubezpieczeniowy był w całości znacjonalizowany, prywatne przedsiębiorstwa zostały dopuszczone na rynek indyjski dopiero w 1999 r. W sierpniu 2012 r. na rynku tym funkcjonowało 52 ubezpieczycieli. Ubezpieczyciele ci rozpoczęli sprzedaż ubezpieczeń typu *unit link* (dalej: ULIP).

Kwestie prawne związane ze sprzedażą i funkcjonowaniem ubezpieczycieli regulowane są w dwóch aktach prawnych – ustawą o regulacji i rozwoju ubezpieczeń z 1999 r. oraz ustawą o ubezpieczeniach z 1938 r.

Ubezpieczenia ULIP funkcjonują na rynku indyjskim w ten sposób, że część składki ubezpieczającego przeznaczana jest na ochronę ubezpieczeniową na wypadek śmierci, a kolejna część na inwestycję, z tym zastrzeżeniem, że będzie ona mieć charakter długoterminowy, bowiem minimalny okres trwania inwestycji to 5 lat. Konsument ma pełne prawo wyboru rodzaju inwestycji w ramach danej umowy. Fundusze dzielą się na: agresywne, umiarkowane i stabilne. Środki finansowe zebrane przez ubezpieczycieli inwestowane są w różnego rodzaju fundusze inwestycyjne oraz instrumenty giełdowe, takie jak akcje czy obligacje.

W pierwszej dekadzie XXI w. produkty ULIP odpowiadały za wzrost przychodów rynku ubezpieczeniowego – odpowiednia z 45–50% w 2003 r. na 85–90% w 2007 r. Środki z polisy inwestycyjnej mogły zostać wycofane w ciągu 3 lat od daty zawarcia umowy za opłatą z tytułu rezygnacji. Opłata ta malała wraz z trwaniem inwestycji, najwyższa była pobierana wówczas, gdy konsument rezygnował z umowy na początku jej trwania. Inne opłaty pobierane były w trakcie umowy. Było to: koszty administracji polisą, koszt zamiany środków w inne fundusze, koszty zarządzania środkami finansowymi.

Ubezpieczenia ULIP oferowane były jako ubezpieczenia grupowe oraz indywidualne. W ramach ubezpieczeń grupowych oferowano plany emerytalne dla pracowników oraz plany dodatkowe (świadczenie wypłacane było w razie śmierci pracownika w trakcie pracy bądź w razie przejścia na rentę/emeryturę w ciągu 5 lat od momentu rozpoczęcia pracy). Jako ubezpieczenia indywidualne oferowane były plany inwestycyjne na życie, plany inwestycyjne dla dzieci oraz plany oszczędnościowe dla emerytów i rencistów.

Pracodawcy na mocy ustawy z 1972 r. byli zobowiązani do opłacania przedmiotowego ubezpieczenia na rzecz pracowników. W obrocie funkcjonowały również plany inwestycyjne, które miały dać ochronę pracownikom na wypadek nagłej utraty pracy spowodowanej takimi zdarzeniami, jak: śmiercią pracownika, przejściem na emeryturę, rezygnacją czy niezdolnością do pracy. Plany miały zabezpieczyć pracowników przed negatywnymi skutkami finansowymi tych zdarzeń.

W realiach indyjskich problematyczne okazało się stwierdzenie, który organ nadzoru miałby sprawować kontrolę nad dystrybucją umów ubezpieczenia ULIP. Powstał zatem spór kompetencyjny pomiędzy organem, który nadzorował rynek inwestycyjny (*Securities and Exchange Board of India – SEBI*), oraz organem nadzorującym rynek ubezpieczeniowy (*Insurance Regulatory and Development Authority of India – IRDA*). Początkowo uznano, iż polisy typu *unit link* posiadają więcej elementu inwestycyjnego aniżeli ubezpieczeniowego i powinny podlegać nadzorowi SEBI. W kwietniu 2010 r. SEBI zakazał 14 ubezpieczycielom sprzedaży polis typu *unit link*, wskazując, że podmioty te nie posiadają zezwolenia SEBI na prowadzenie tego typu działalności.

Z drugiej strony, w trakcie trwania sporu kompetencyjnego IRDA wskazał ubezpieczycielom, aby zignorowali zakaz nałożony przez SEBI. Spór kompetencyjny w konsekwencji został rozstrzygnięty przez rząd indyjski, który uznał, że ubezpieczenia ULIP będą podlegać nadzorowi ze strony IRDA.

W związku z powyższym w maju i czerwcu 2010 r. IRDA wydał wytyczne dotyczące dystrybucji ubezpieczeń ULIP. Wytyczne te dotyczyły następujących kwestii: większość produktów ULIP, poza planami emerytalnymi oraz okresowymi, musiała zawierać element ochronny ubezpieczenia na życie; minimalny okres zamknięcia inwestycji wydłużono z 3 do 5 lat; wszystkie produkty zawierające okresowe plany oszczędzania bądź emerytalne plany oszczędnościowe musiały dać konsumentowi gwarancję zwrotu inwestycji w minimalnej wysokości 4,5% rocznie bądź według stopy zwrotu określanej każdorazowo przez IRDA. Wytyczne te regulowały również zasady sprzedaży ubezpieczeń ULIP, w tym szczególnie regulacje związane z transparentnością sprzedaży oraz wysokością prowizji. Na marginesie należy wskazać, że w Indiach poza wskazanymi wyżej organami nadzoru funkcjonuje również od 1998 r. Rzecznik Ubezpieczonych. Zadaniem jego jest rozpatrywanie skarg kierowanych przez konsumentów usług ubezpieczeniowych oraz osób uprawnionych i uposażonych z umowy ubezpieczenia.

▪ Francja

We Francji mechanizmy dotyczące sprzedaży i wykonania umowy ubezpieczenia typu *unit link* określone są w kodeksie cywilnym, kodeksie ubezpieczeń oraz kodeksie zawierającym regulacje ochrony konsumenta. Zgodnie z kodeksem ubezpieczeń (art. A. 132-4) ubezpieczyciele bądź też pośrednicy zobowiązani są przedstawić konsumentom dokumenty w postaci ogólnych warunków ubezpieczenia oraz aktu zawierającego najistotniejsze informacje na temat umowy ubezpieczenia.

W momencie zawarcia umowy ubezpieczenia ULIP przedsiębiorca zobowiązany jest doręczyć konsumentowi dokument (kartę produktu), zaakceptowany przez organ nadzoru nad rynkiem finansowym. Zgodnie z art. A. 132-5 kodeksu ubezpieczeń powyższe dokumenty powinny zostać sporządzone w sposób zrozumiały i transparentny. Ubezpieczyciel powinien wskazać konsumentowi, że wartość polisy zależy od wahań giełdowych i nie jest to wartość stabilna. Naruszenie powyższego zobowiązania skutkuje unieważnieniem umowy. Profesjonalni przedsiębiorcy (pośrednicy i ubezpieczyciele) powinni zatem zweryfikować możliwości finansowe konsumenta tak, aby rekomendowany produkt był na miarę możliwości finansowych danego klienta.

W styczniu 2013 r. organ nadzoru wydał rekomendację, w której zapisano postanowienia mające na celu ochronę konsumenta oraz zapobieganie sprzedaży określanej jako *misselling*, a także zapobieganie nadużyciom polegającym na zawieraniu umów z osobami starszymi czy niedoświadczonymi.

Na rynku francuskim również sprzedawano polisy inwestycyjne jako swoisty dodatek do kredytu hipotecznego. Celem zawarcia takiej polisy inwestycyjnej było zebranie kapitału na koniec trwania inwestycji w celu spłaty zadłużenia wynikającego z kredytu hipotecznego.

Problemy powstałe na rynku francuskim również dotyczyły kwestii związanych z nieprawidłowym oszacowaniem ryzyka wynikającym z inwestycji, sprzedażą charakteryzowaną jako *misselling* oraz niespełnieniem obowiązków informacyjnych przez przedsiębiorców na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. Nieprawidłowości te dostrzegł francuski Rzecznik Ubezpieczonych (FFSA – *Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances*). Swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi niewłaściwych praktyk podzielił się w raportach opublikowanych w 2008 r. oraz w 2009 r.

7. Podsumowanie

Przykłady z innych krajów pokazują zatem, jak dużą rolę odgrywa nadzór finansowy oraz judykacyjny w tworzeniu prawidłowej interpretacji i wykładni niejasnych treści warunków produktów inwestycyjno-ubezpieczeniowych. Właściwe i rzetelne działania nadzorcze, takie jak np. w Wielkiej Brytanii, doprowadziły do znacznej poprawy sytuacji na rynku oraz eliminacji nieprawidłowości w zakresie sprzedaży oraz wykonania umów ubezpieczenia z funduszami inwestycyjnymi. W Wielkiej Brytanii ogromnym sukcesem zakończyły się działania nadzorca, który stale monitorował nieprawidłowości na rynku ubezpieczeniowo-inwestycyjnym oraz podejmował właściwe reakcje w celu poprawy ochrony interesów najsłabszych uczestników rynku. Tymi reakcjami były właśnie wymierne oraz dotkliwe kary finansowe.

Warto też zaznaczyć, że orzecznictwo sądów zarówno niemieckich, jak i włoskich wypracowało niezwykle cenną i ważną dla konsumentów interpretację treści określonych postanowień ogólnych warunków umów oraz istoty ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem inwestycyjnym, która w pewnym zakresie również powinna być wykorzystywana w rodzimych, polskich warunkach.

Należy więc zwrócić uwagę, że adekwatne działania ze strony państwa są w stanie przyczynić się do eliminacji nieprawidłowości powstałych na rynku finansowym w zakresie sprzedaży polis inwestycyjnych oraz mogą pomóc w wypracowaniu rozwiązań sprzyjających ochronie interesu prawnego i majątkowego konsumenta, który z zasady jest słabszym uczestnikiem rynku. W związku ze słabością pozycji konsumenta pojawia się konieczność wyrównania dysproporcji sił, która powstaje w relacji między konsumentem a przedsiębiorcą.

Rozdział IV.

Rekomendacje branżowe, wytyczne nadzoru, decyzje Prezesa UOKiK. Próby naprawy sytuacji związanej z niewłaściwym funkcjonowaniem ubezpieczeń na życie z UFK

Raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r. *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym* uwidocznili szereg poważnych nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeń na życie z UFK. Raport ten był jedynym opracowaniem stanowiącym kompendium ówczesnej wiedzy o nieprawidłowym funkcjonowaniu ubezpieczeń inwestycyjnych.

Od samego początku Raport był postrzegany przez branżę ubezpieczeniową jako nierzetelny, a wręcz szkodliwy¹⁰⁵. Opisane przypadki nieprawidłowości były jednak wynikiem analizy skarg klientów zakładów ubezpieczeń oraz banków i firm pośrednictwa finansowego oraz lektury obszernej dokumentacji związanej z treścią tych umów. Krytycy argumentowali m.in., że nieprawidłowości związane z zawieraniem umów bądź przystępowaniem do nich mają incydentalny charakter i dotyczą niewielkiej liczby kontraktów. Nie było więc powodów, aby znikome w swej postaci nieprawidłowości wyolbrzymiać do rangi problemów o znaczących rozmiarach, a przez to przekreślać dorobek ubezpieczeniowy związany ze znakomicie prosperującymi ubezpieczeniami inwestycyjnymi. Stosunkowo nieduża liczba skarg (146 w 2011 r. i 262 w 2012 r.)¹⁰⁶ kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w porównaniu do liczby zawartych umów ubezpieczenia z UFK (2013 r. – 2,8 mln umów indywidualnych i 2 mln przystąpień do umów ubezpieczeń na życie z UFK¹⁰⁷) miała świadczyć o wykreowaniu przez Rzecznika fikcyjnej, a zarazem krzywdzącej dla rynku ubezpieczeniowego „subiektywnej” oceny ubezpieczeń inwestycyjnych. Zdaniem krytyków Raportu pozytywne doświadczenia rynków ubezpieczeniowych państw Europy Zachodniej związane z funkcjonowaniem ubezpieczeń inwestycyjnych stanowiły dodatkowe uzasadnienie dla bytu tych ubezpieczeń i utrzymania dotychczasowego sposobu ich dystrybucji. Równie

¹⁰⁵ Pismo TU na Życie EUROPA S.A. z dnia 20 grudnia 2012 r. (załącznik nr 3), pismo PIU z dnia 4 stycznia 2013 r., PIU 13/2013 (załącznik nr 4).

¹⁰⁶ Aktualne zestawienie liczby skarg dotyczących UFK kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2010-2015 (3 kwartały) zawiera załącznik nr 5.

¹⁰⁷ Dane PIU wskazane w piśmie z dnia 4 stycznia 2013 r., PIU 13/2013.

nieprzychylna Rzecznikowi Ubezpieczonych krytyka jego poczynań znalazła się w prasie i mediach¹⁰⁸.

W ocenie PIU: „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym były oferowane od wielu lat na polskim rynku i możliwość zawierania takich umów przez zakłady ubezpieczeń nie była dotychczas kwestionowana przez sądy ani organy administracji publicznej. W konsekwencji sugerowanie w raporcie, że takie produkty są w istocie niezgodne z prawem, ich celem jest jedynie wyłudzenie pieniędzy od konsumentów, a działalność instytucji oferujących takie produkty ma charakter przestępczy, może doprowadzić także do osłabienia zaufania społeczeństwa do organów państwa, które przez lata tolerowały taką działalność, a nawet sankcjonowały ją poprzez odpowiednie instytucje nadzorcze (Komisja Nadzoru Finansowego)”¹⁰⁹.

W ostateczności posunięto się nawet do żądania usunięcia ze strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych opracowania ocenianego jako szkodliwe dla rynku ubezpieczeniowego, co było zachowaniem bezprecedensowym, niemającym swojego odpowiednika w dotychczasowej historii działania urzędu Rzecznika. Zachowanie to, chociaż bardzo niepokojące, nie mogło mieć żadnego wpływu na prawidłowe funkcjonowanie Rzecznika Ubezpieczonych – w pełni niezależnej od ubezpieczycieli instytucji.

Rzecznik w zdecydowany i krytyczny sposób odniósł się do prób cenzurowania jego działalności. W odpowiedziach z dnia 14 stycznia 2013 r. oraz 27 marca 2013 r., skierowanych do PIU, poinformował Izbę, iż potwierdzeniem wątpliwości Rzecznika odnoszących się do funkcjonowania ubezpieczeń inwestycyjnych były m.in. pismo Andrzeja Jakubiaka, Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego, adresowane do Wojciecha Kowalczyka, podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów, z dnia 17 grudnia 2012 r. (DLU/WO/075/135/1/2012), oraz wywiad udzielony w dniu 10 stycznia 2013 r. stacji TVN CNBC przez Wojciecha Kwaśniaka, Zastępcę Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego. Ponadto Rzecznik wskazał, że formułowane przez Izbę zarzuty i nakazy określonego postępowania zdecydowanie wykraczają poza kompetencje przedstawiciela

¹⁰⁸ A. Chłopecki (dr hab., prof. UW), *Ubezpieczenia: nieuprawnione wnioski w raporcie*, „Rzeczpospolita” z 31 stycznia 2013 r., <http://archiwum.rp.pl/artukul/1178726-Ubezpieczenia:-nieuprawnione-wnioski-w-raporcie.html>.

¹⁰⁹ Pismo PIU z dnia 4 stycznia 2013 r., PIU 13/2013 (załącznik nr 4).

samorządu ubezpieczeniowego. Rzecznik wyraźnie przy tym podkreślił, że nadzór instytucjonalny sprawuje nad nim nie PIU, lecz pośrednio Prezes Rady Ministrów.

Wraz z upływem czasu stawało się coraz bardziej oczywiste, że Rzecznik nie tylko wyszedł z tej kampanii obronną ręką, lecz także z uwagi na zawartość merytoryczną Raportu zapoczątkował dyskusję¹¹⁰ prowadzącą do zmian w obszarze dystrybucji ubezpieczeń inwestycyjnych oraz w pozostałym zakresie ubezpieczeniowym przybliżył rynek ubezpieczeń w Polsce do wysokich standardów kupieckich oraz konsumenckich. Rezultatem powyższych zmian były rekomendacje oraz wytyczne mające na celu m.in. poprawę niekorzystnej w odbiorze społecznym sytuacji rynku ubezpieczeniowego.

W dyskusji publicznej będącej efektem opublikowania Raportu dominował argument, często podnoszony przez ubezpieczycieli, iż zasadniczą przyczyną nieprawidłowości w funkcjonowaniu ubezpieczeń na życie z UFK jest niewystarczający zakres informacji przekazywanych konsumentom lub też błędne informowanie o cechach ubezpieczeń inwestycyjnych. Stąd też odpowiedzią były rekomendacje branżowe (PIU, ZBP), ustanawiające większe wymogi informacyjne, których celem było ograniczenie bądź wyeliminowanie niekorzystnych dla konsumentów usług ubezpieczeniowych sytuacji związanych z nieprawidłową dystrybucją ubezpieczeń inwestycyjnych. Ubezpieczyciele wskazywali jako źródło wszelkich nieprawidłowości niedoinformowanie klientów odnośnie ryzyka inwestycyjnego, stąd też szczególny nacisk położono na rzetelność i przystępność informacji o korzyściach i ryzyku płynących z tego rodzaju produktów.

Dotychczas ubezpieczyciele osobno, czy też wspólnie z bankami, opracowali następujące rekomendacje dotyczące ubezpieczeń na życie z UFK:

1. *III Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym* – ZBP i PIU z dnia 10 lipca 2012 r.¹¹¹,

¹¹⁰ Publikacje prasowe: *Raport Rzecznika Ubezpieczonych: „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”*, „Wprost” nr 20/2013 (1577); komentarze w internecie, np.: K. Lehmann, *Kilka refleksji po lekturze Raportu Rzecznika Ubezpieczonych*, wpis na blogu *Konsument w Sieci* z 3 stycznia 2013 r., <http://konsumentwsieci.pl/kilka-refleksji-po-lekturze-raportu-rzecznika-ubezpieczonych/>; interpelacje poselskie: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=11DFDC1D>.

¹¹¹

<http://www.piu.com.pl/public/upload/ibrowser/Rekomendacje/III%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf>

2. *Rekomendacja dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi* – PIU z dnia 14 kwietnia 2014 r.¹¹²

W trakcie prac nad drugą częścią Raportu, w PIU przygotowywano projekt kolejnej rekomendacji PIU zatytułowanej *Dobre Praktyki dla umów ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym*. Z tej racji, iż nie była ona konsultowana z Rzecznikiem Finansowym, oraz z braku wiedzy co do jej ostatecznego kształtu opracowanie to nie było przedmiotem analizy przy przygotowywaniu niniejszego opracowania. Rzecznik nie ma też wiedzy na temat stopnia zaawansowania prac nad rekomendacjami PIU ani kiedy zostaną one ukończone. Jednakże informacje o treści rekomendacji przekazane do wiadomości publicznej są ciekawe i warte bliższego omówienia. O zawartości najnowszej rekomendacji możemy dowiedzieć się więcej z zapowiedzi prasowych¹¹³. Warte odnotowania jest to, iż w przeciwieństwie do dotychczas stosowanych przez Izbę rozwiązań, ograniczających się do sposobu prezentacji ubezpieczenia ze szczególnym uwzględnieniem informacji o charakterze produktu, tym razem projekt rekomendacji przewiduje ingerencję w samą treść umów, poprzez ograniczenie wysokości opłat dystrybucyjnych, a w przypadku niezawinionej przez ubezpieczonych sytuacji zaprzestania opłacania składek również umożliwienie wypłaty częściowej, nie większej niż 50% wartości posiadanych na rachunku środków, bez pobierania tzw. opłat likwidacyjnych. Rozwiązanie to, chociaż w dalszym ciągu jest niezadowolające, to jednak uznać należy za znaczące, gdyż przełamuje przyjętą przez branżę ostrożnościową koncepcję podchodzenia do tematu opłat nakładanych na ubezpieczonych. Nie jest to jeszcze rewolucja, ale istotny przebłysk zmiany sposobu myślenia o przyczynach problemów związanych z UFK nie tylko tkwiących w nieprawidłowej dystrybucji tych umów. Zmiana postrzegania źródła problemu miała zapewne wpływ na treść późniejszych porozumień będących podstawą decyzji zobowiązujących Prezesa UOKiK, także omówionych w niniejszym rozdziale.

¹¹² http://www.piu.com.pl/public/upload/ibrowser/UFK/REKOMENDACJA_UFK.pdf.

¹¹³ E. Glapiak, *PIU w obronie klienta*, „Rzeczpospolita” z 14 kwietnia 2015 r. <http://www4.rp.pl/artukul/1193686-PIU-w-obronie-klienta.html>; M. Broda, *PIU: Dobre praktyki dla UFK*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” nr 68 (3715) z 10 kwietnia 2015 r.

Opracowania *III Rekomendacji bancassurance* oraz *Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych* były konsultowane z Rzecznikiem Ubezpieczonych, Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Urzędem Komisji Nadzoru Finansowego. Niewątpliwie samo przełamanie niechęci do zmian i otwarcie na dyskusję ocenić należy jako działania oczekiwane, pożądane i pozytywne, jednakże jest to w dalszym ciągu zbyt mało, aby doprowadzić do realnej poprawy sytuacji w dziedzinie ubezpieczeń inwestycyjnych.

Rzecznik, co warte podkreślenia, nie tylko w Raporcie, lecz także po jego publikacji zwracał uwagę, iż źródłem nieprawidłowości są nie tyle dystrybucja i ograniczony zakres informacji na temat ubezpieczenia inwestycyjnego i ryzyka z nim związanego, ile przede wszystkim zagrożenia ukryte w treści samej umowy. W ocenie Rzecznika Finansowego rekomendacje branżowe mają tę zasadniczą wadę, iż nie dotyczą sedna problemu dotyczącego zawartości umów, a zamiast tego uwypuklają niedostatek obowiązków informacyjnych jako przyczynę problemów. Dlatego też umowy ubezpieczeń inwestycyjnych w dalszym ciągu nie będą wolne od wad, takich jak brak przejrzystości, niejednoznaczność treści i znaczny stopień ich skomplikowania. Nadto zwiększenie zasobu informacyjnego nie wyeliminuje z treści umów postanowień niedozwolonych lub tożsamyh z nimi.

W rekomendacjach trudno też znaleźć wyraźne powiązanie istoty zawodowego charakteru działalności ubezpieczycieli z zasadą kontraktu najwyższego zaufania czy też odniesienie się do społeczno-gospodarczego celu działalności ubezpieczeniowej. Zamiast tego w przeważającej części rekomendacji dostrzec można przewodni istotny interes gospodarczy ubezpieczycieli, banków oraz ich kooperantów. Rekomendacje są raczej próbą zachowania w jak największym zakresie korzystnego dla ubezpieczycieli i banków *status quo*, łagodząc jedynie pewne aspekty problemów związanych z dystrybucją tych ubezpieczeń. Niewątpliwie obawa przed spadkiem wysokich zysków płynących ze sprzedaży ubezpieczeń inwestycyjnych przeważała nad potrzebą ucywilizowania tych produktów. Tym samym ubezpieczenia z UFK po wdrożeniu rekomendacji branżowych nie mogły ulec i nie uległy zasadniczej zmianie, albowiem w dalszym ciągu są produktem konstruowanym na potrzeby branży ubezpieczeniowej, nie zaś podług oczekiwań klientów.

Rzecznik Finansowy jest więc zdania, że rekomendacje branżowe, w których zresztą pokładał duże nadzieje, jakkolwiek bardzo potrzebne, nie zaowocowały zasadniczą

zmianą jakościową. Rekomendacje były nie tylko spóźnione, ale przede wszystkim dalece nieefektywne. Nadto stanowiły one formę swoistej „zastony dymnej” dla uwidocznionych w Raporcie Rzecznika problemów, były próbą wybielenia, stworzenia wrażenia działań zapobiegających nieprawidłowościom. Nie była to zatem refleksja powodowana pobudkami etycznymi, lecz raczej pragmatycznym wyrachowaniem.

1. *III Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym PIU i ZBP*

Publikacja Raportu Rzecznika z dnia 7 grudnia 2012 r. zbiegła się w czasie z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. *III Rekomendacji dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym* (dalej: III Rekomendacja). Rzecznik Ubezpieczonych w piśmie z dnia 20 stycznia 2012 r., opiniującym ówczesny projekt III Rekomendacji, wskazał, że „z uwagi na brak rozwiązań rangi ustawowej dotyczących umów ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym udostępnianych konsumentom w ramach usługi *bancassurance*, w szczególności umów ubezpieczeń grupowych, opowiada się za rozwojem i wdrażaniem tzw. miękkiego prawa („*soft law*”). Stąd też Rzecznik popierał i dalej wspierać będzie wszelkie inicjatywy ze strony branży bankowo-ubezpieczeniowej, ukierunkowane na poprawę dotychczasowych rozwiązań i wyeliminowanie nieprawidłowości, zastrzegając jednocześnie, że w jego ocenie system funkcjonujących rekomendacji jest rozwiązaniem przejściowym i tymczasowym, które ostatecznie powinno przybrać formę ustawową¹¹⁴. Również Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, zaniepokojony skalą nieprawidłowości w dystrybucji ubezpieczeń *bancassurance* (w tym inwestycyjnych), uznał za istotne uregulowanie tej materii w ramach miękkiego prawa, tzw. rekomendacji, wytycznych, traktując powyższe jako uzupełnienie prawa¹¹⁵.

III Rekomendacja została zatwierdzona przez Zarząd Związku Banków Polskich w dniu 10 lipca 2012 r., lecz obowiązywać zaczęła dopiero 1 stycznia 2013 r., a więc w rok po zaopiniowaniu przez Rzecznika Ubezpieczonych. Jej wejście w życie było zatem znacząco spóźnione. Zwiększenie wymogów informacyjnych i poprawa jakości przekazywanych

¹¹⁴ Pismo Rzecznika Ubezpieczonych do PIU z dnia 13 maja 2013 r., RU/84/MAR/CO/13.

¹¹⁵ Odpowiedź Przewodniczącego KNF z dnia 20 maja 2014 r. skierowana do marszałka Senatu, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/public/k8/dokumenty/stenogram/oswiadczenia/bierecki/5202_o.pdf.

konsumentom informacji nie miały zasadniczego wpływu na treść umów i ich jakość. Zabrakło bowiem wyraźnych wytycznych prowadzących do wyeliminowania z wzorców umów niedozwolonych postanowień umownych, w szczególności dotyczących opłat likwidacyjnych. Dla konsumentów o wiele bardziej istotne niż kwestie informacyjne są zagadnienia związane z prawidłową realizacją umowy, gwarantujące sprawne rozpatrywanie reklamacji oraz współdziałanie i opiekę banku na dalszym etapie realizacji umowy.

Samo respektowanie wymogów informacyjnych przy zawieraniu albo przystępowaniu do umowy nie powoduje zmiany jakościowej związanej z treścią umowy. Dodatkowo oprócz aspektu postanowień niedozwolonych istotne jest wyeliminowanie w umowach inwestycyjnych tych wszystkich czynników, które wpływają na obniżenie efektywności inwestycji, a które po części zależne są od ubezpieczyciela oraz jego pośredników, w tym banków, tj. kosztów prowizji, opłat za administrowanie i zarządzanie, wynagrodzeń pośredników. Niestety, w III Rekomendacji zabrakło postanowień zalecających bankom ograniczenie dystrybucji produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych, które cechuje wysoki koszt „wejścia” w inwestycję (opłata za dystrybucję lub dystrybucyjna, liczba pośredników), wysokie opłaty bieżące lub też ich kumulowanie (opłata za zarządzenie i administrowanie, opłata transakcyjna), a także wysokie opłaty za „wyjście” z inwestycji, czyli okryte złą sławą opłata likwidacyjna bądź opłata za wykup.

W piśmie z dnia 20 stycznia 2012 r. Rzecznik Ubezpieczonych odniósł się do treści przedłożonego w dniu 2 stycznia 2012 r. projektu III Rekomendacji. Chociaż w znacznej części uwagi związane były z zapisami dotyczącymi ubezpieczeń ochronnych, to również w przypadku ubezpieczeń inwestycyjnych Rzecznik zgłosił kilka uwag. Postulował m.in. doprecyzowanie zapisu dotyczącego terminu minimalnej składki w odniesieniu do ubezpieczeń inwestycyjnych. Jak bowiem wskazywały liczne skargi konsumentów, częstym i głównym problemem związanym z funkcjonowaniem umów ubezpieczeń inwestycyjnych były błędne informacje, lub też całkowity ich brak, o charakterze płatności składki bądź opłaty ubezpieczeniowej. Konsumentom, błędnie rozumiejąc zapis dotyczący zapłaty składki, przyjmowali, że umowa przewidywała składkę jednorazową, podczas gdy w rzeczywistości obowiązek ten dotyczył opłacania składki regularnej. Błędne przekonanie o obowiązku zapłaty składki jednorazowej potęgowała wysokość pierwszej wpłaty, często odpowiadająca znacznym kwotom związanym z oszczędnościami nierzadko całego życia.

Zaskoczenie, szok i niedowierzanie ubezpieczonych następowało dopiero w chwili uświadomienia sobie błędu i pułapki, w której się znaleźli. Okoliczność ta zazwyczaj wychodziła na jaw z chwilą otrzymania od ubezpieczyciela wezwania do opłacenia zaległej, drugiej – rocznej – raty składki, o tej samej wysokości co pierwszoroczna składka, która w przekonaniu ubezpieczonych miała być tylko jednorazową. Tym sposobem ubezpieczeni, wyzbywszy się oszczędności na poczet pierwszej składki, utwierdzeni w błędnym przekonaniu o jej jednorazowym charakterze, stawali przed koniecznością cyklicznego zadłużania się celem opłacenia kolejnych rat składek, tylko po to, aby nie stracić wszystkich oszczędności „zamrożonych” w ubezpieczeniu inwestycyjnym. Alternatywą była rezygnacja z inwestycji, która z kolei skutkowałą utratą wszystkich oszczędności bądź ich znacznej części¹¹⁶. W większości przypadków konsumenci wybierali ten drugi wariant, gdyż nie dysponowali wolnymi środkami finansowymi. Powierzone sumy pieniężne były często znacznej wartości, stąd też ubezpieczeni decydowali się na rozwiązanie umowy celem ratowania oszczędności. W dalszym ciągu nie byli jednak świadomi konsekwencji związanych z opłatą likwidacyjną bądź opłatą za wykup, która – w zależności od umowy – w pierwszym roku inwestowania w UFK wynosiła od 90 do 100% wartości rachunku funduszu.

Rzecznik proponował więc, aby zapis określający minimalną składkę w § 4 pkt 1 ppkt 8 III Rekomendacji zawierał informację o tym, czy składka ta jest regularna, opłacana z częstotliwością miesięczną albo roczną, czy też jest tylko jednorazowa. Powyższe uwagi zostały na szczęście uwzględnione w § 4 pkt 1 ppkt 6 i 9 III Rekomendacji dotyczących wymogu informowania o „wysokości, terminach i sposobie naliczania wszystkich kosztów ponoszonych przez Klienta, w tym określenie, czy koszty te będą przez Klienta ponoszone jednorazowo, czy okresowo” oraz „określenia wysokości i częstotliwości minimalnej składki bądź opłaty za Ochronę ubezpieczeniową, jaką Ubezpieczający lub Klient zobowiązują się wpłacić w ramach umowy ubezpieczenia”.

Zdaniem Rzecznika w takiej sytuacji konieczne było wprowadzenie mechanizmów pozwalających na utrzymanie ubezpieczenia inwestycyjnego w sytuacji wystąpienia problemów życiowych po stronie ubezpieczonego, skutkujących brakiem możliwości regulowania zobowiązań i utratą wszystkich bądź znacznej części zainwestowanych środków. Nie bez znaczenia bowiem jest fakt, iż inwestowanie to odbywa się w

¹¹⁶M.in. skarga nr RU/WSI/G/3601/AG/09.

perspektywie długoletniej. Zatem strony umowy powinny przewidywać możliwe perturbacje związane z płynnością finansową ubezpieczonego, rzutuące na jego zdolność do opłacania składek. Szczególną uwagę zwracać powinno to, że powierzone ubezpieczycielowi kwoty często stanowią oszczędności całego życia ubezpieczonych, które w przyszłości mają zapewnić im samym oraz ich rodzinom godne życie oraz istotne wsparcie przy zaspokajaniu potrzeb życiowych¹¹⁷.

Rzecznik zalecał, aby bank lub ubezpieczyciel informował o możliwości wystąpienia ryzyka inwestycyjnego związanego z inwestycją, ze wskazaniem rzeczywistej stopy zwrotu, potwierdzonej historycznymi wynikami inwestycyjnymi popartymi analizą i badaniami rynku, oraz wyjaśniał, w jaki sposób zapewnia się konsumentom dostęp do pełnej informacji związanej z ryzykiem inwestycyjnym, a także udzielał jasnej informacji, w jakim zakresie ryzyko inwestycyjne spoczywa na ubezpieczycielu, a w jakim na kliencie. W III Rekomendacji (§ 4 pkt 1 ppkt 11) pozostawiono zapis o „neutralnym” wydźwięku, wskazujący wręcz, że ryzyko inwestycyjne jest „ewentualne”, podczas gdy ryzyko to można jedynie ograniczyć z uwagi na charakter produktu inwestycyjnego i wybór instrumentu finansowego, w który lokowane będą środki pieniężne ubezpieczonych (akcje, obligacje, fundusze inwestycyjne). Zdaniem Rzecznika nie można w takim przypadku mówić o „ewentualności” ryzyka inwestycyjnego. Kluczową zaś kwestią jest nie tyle rozmiar ryzyka, lecz jego intensyfikacja związana z charakterem i konstrukcją umów opartych na funduszach kapitałowych, indeksach etc.

Potrzebę zmiany treści ww. postanowienia Rzecznik uzasadniał tym, że w większości skarg dotyczących umów ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym (tu: funduszem kapitałowym) informacje podawane przez banki albo pośredników finansowych opierały się na optymistycznych założeniach, które nie obejmowały możliwych zmian koniunktury rynkowej, wahań giełdowych itp. Zatem w ocenie Rzecznika akcentowana powinna być przede wszystkim prognozowana stopa zwrotu, jak najbardziej bliska realnym założeniom.

Rekomendacje idące w stronę lepszego poinformowania konsumentów w ocenie Rzecznika nie gwarantowały im pełnej ochrony. Rzecznik Ubezpieczonych postulował

¹¹⁷ W pewnym sensie sytuację tę poprawia projekt nowej rekomendacji PIU *Dobre Praktyki dla umów ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym*, w której proponuje się „preferencyjne” warunki kontynuacji/rezygnacji z UFK.

zmienić treść § 6 pkt 1 i 3 III Rekomendacji w ten sposób, aby banki doręczały warunki ubezpieczenia przed podjęciem decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia (w formie papierowej lub elektronicznej), nie zaś tylko zapewniały „dostęp do Warunków Ubezpieczenia oraz Materiałów informacyjnych przed podjęciem przez Klienta decyzji i złożeniem przez niego oświadczenia woli o objęciu Ochroną, w czasie umożliwiającym mu zapoznanie się z uzyskanymi informacjami”. Należy pamiętać, iż „Warunki Ubezpieczenia” są najważniejszym dokumentem w umowie ubezpieczenia – klient musi wiedzieć o ich istnieniu i mieć do dyspozycji swój egzemplarz, który powinien zostać mu doręczony przed sfinalizowaniem umowy, tak aby miał czas na przestudiowanie warunków i możliwość namysłu nad ich treścią.

W ocenie Rzecznika III Rekomendacja nie mogła doprowadzić do znaczącej poprawy sytuacji konsumentów. Jej pozytywne oddziaływanie w zakresie informacyjnym nie miało przełożenia na problemy dotyczące niekorzystnych dla konsumentów warunków umów, w tym postanowień o charakterze niedozwolonym.

2. *Rekomendacja dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi PIU*

Polska Izba Ubezpieczeń niezależnie od opracowania wspólnie ze Związkiem Banków Polskich III Rekomendacji już na początku 2013 r. rozpoczęła pilne prace nad projektem rekomendacji dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi¹¹⁸. Prace te były zapewne odpowiedzią na Raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r. Jednakże dopiero w ponad rok od rozpoczęcia prac, tj. w dniu 14 kwietnia 2014 r., Zarząd Polskiej Izby Ubezpieczeń przyjął *Rekomendację dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi* (dalej: Rekomendacja PIU).

Rzecznik przedłożony projekt Rekomendacji PIU ocenił jako dobry krok w kierunku eliminowania nieprawidłowości występujących w trakcie zawierania umów ubezpieczeń indywidualnych. Nie zmieniło to jednak jego postrzegania i oceny miękkiego prawa (ang. *soft law*) jako w dłuższej perspektywie nieskutecznego. Generalnie rzecz ujmując, zdaniem Rzecznika tworzone rekomendacje branżowe są wyłącznie ruchem *post factum*, który nie pokryje strat ani nie poprawi nadszarpniętej reputacji ubezpieczycielom,

¹¹⁸ Pismo PIU z dnia 8 kwietnia 2013 r., PIU 471/2013 (załącznik nr 6).

bankom czy firmom doradczym zajmującym się dystrybucją ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, a najprawdopodobniej nie spowoduje też wzrostu zainteresowania konsumentów taką formą ubezpieczenia.

Rekomendacja PIU, tak jak większość rekomendacji, nie odnosiła się do obszaru nieprawidłowości związanych z treścią umowy ubezpieczenia, przewidywała natomiast pokaźny zbiór informacji, niezbędnych i pomocnych w lepszym zrozumieniu przez konsumenta produktu ubezpieczeniowego, jakim jest w tym przypadku ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Autorzy Rekomendacji PIU, podobnie jak miało to miejsce w przypadku wspólnej rekomendacji ZBP i PIU, nie dostrzegli potrzeby stworzenia rekomendacji odnoszących się do treści umów, tj. nie podjęli próby ich ujednolicenia, nadania uniwersalnego brzmienia i poprawy przejrzystości. Zamiast tego ponownie zajęto się problemem nieprawidłowej sprzedaży (*misselling*) oraz zwrócono uwagę na sposoby przeciwdziałania jej poprzez zwiększanie wymogów informacyjnych po stronie podmiotów dystrybuujących umowy ubezpieczeń inwestycyjnych. Dlatego też Rzecznik Ubezpieczonych w piśmie skierowanym do PIU¹¹⁹ apelował, aby rozszerzyć Rekomendację PIU o wskazanie zalecanych – a zarazem dopuszczalnych i akceptowalnych przez rynek – maksymalnych wartości opłat likwidacyjnych czy też minimalnej wartości wykupu, z uwzględnieniem linii orzecniczej Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Zalecenia Rzecznika w tym przedmiocie nie znalazły akceptacji Izby, a w ostatecznej wersji Rekomendacji PIU nie znalazła się żadna wytyczna odnosząca się do problemu wysokości opłat likwidacyjnych czy też wartości wykupu. Z perspektywy Rzecznika trudno jest wytłumaczyć postępowanie PIU w tej sprawie, nie jest zatem możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie, co wpłynęło na takie postrzeganie tej kwestii przez Izbę. Zauważyć jednak należy, iż tworzenie rekomendacji wiąże się z procesem konsultacji i uzgodnień wewnątrz Izby, a więc ostateczny kształt dokumentu jest rezultatem wspólnego stanowiska członków Izby. Można zatem przypuszczać, że powodem zaistniałej sytuacji jest brak konsensusu wewnątrz PIU¹²⁰.

W kolejnym piśmie PIU poinformowała Rzecznika Ubezpieczonych¹²¹, że dzięki przesłanym przez niego uwagom „udało się wprowadzić kilka istotnych poprawek do

¹¹⁹ Pismo Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 13 maja 2013 r., RU/84/MAR/CO/13 (załącznik nr 7).

¹²⁰ Postulat Rzecznika Ubezpieczonych znalazł zastosowanie w decyzjach zobowiązujących Prezesa UOKiK: https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=12034&news_page=1.

¹²¹ Pismo PIU z dnia 30 lipca 2013 r., PIU 970/2013 (załącznik nr 8).

pierwszego projektu. Część z nich to nowe, bardziej precyzyjne zapisy lepiej oddające intencje autorów. Część to zmiany, które pomogą lepiej zabezpieczyć interesy klientów poprzez dostarczenie im wyczerpującej i precyzyjnej informacji o produkcie”. Tym samym uwzględniono m.in. proponowaną w § 5 pkt 6 Rekomendacji PIU zmianę treści, ostrzegającą konsumentów przed możliwością „utraty części a nawet całości zainwestowanych środków pieniężnych”. Zmiana ta została też odpowiednio „wyeksponowana”. Uwzględniono też szereg innych postulatów dotyczących treści Karty Produktu, w tym kwotowego prezentowania opłat związanych z inwestycją oraz ich częstotliwości.

Niestety, w Rekomendacji PIU nie znalazły się zalecenia, aby podjąć działania zmierzające do „ucywilizowania” prowizji pośredników oraz wysokości opłat likwidacyjnych. W Karcie Produktu zabrakło więc informacji dotyczących zasad wynagradzania przez ubezpieczyciela ubezpieczającego – „sprzedawcy”, często przedstawiającego się jako „niezależny doradca”, co konsumentom uzmysłowiłoby jego rzeczywistą rolę w procesie dystrybucji tego rodzaju produktów oraz umożliwiło odpowiedź na pytania, czy pomiędzy sprzedawcą a ubezpieczycielem występuje konflikt i czy „doradca” działa z korzyścią dla konsumenta, czy też przeciwko niemu. Skoro więc rekomendacje branżowe, i nie tylko one, koncentrują się na kwestii określanej mianem *missellingu*, upatrując w niej przyczynę wszelkich nieprawidłowości dotyczących ubezpieczeń inwestycyjnych, to czemu nie postawiono przysłowiowej kropki nad i, aby rozwiązać problem kompleksowo? Zdaniem Rzecznika spowodowane to było faktem, iż to system wynagradzania ubezpieczających oraz pośredników generował zjawisko nieetycznej sprzedaży stając się przyczyną ryzyka prawnego po stronie ubezpieczycieli. W tej ostatniej kwestii warto zauważyć, że niebotyczne prowizje nie tylko determinowały efektywność „sprzedaży” produktów o charakterze inwestycyjnym, lecz również wpływały na treść tych umów. Zgadając się z tezami wskazanymi w rozdziale II niniejszego Raportu, zauważyć można, że nie tylko na tzw. okres referencyjny rzutu na czas trwania umowy, lecz także na kształt opłat wpływ ma koszt dystrybucji ubezpieczeń inwestycyjnych. Zrozumienie powyższych zależności na pewno nie jest łatwe, co tłumaczy przemilczenie problemu lub wybiórczą jego prezentację w mediach. Najczęściej omawiana jest tylko kwestia wadliwej sprzedaży (*misselling*), co niewątpliwie jest po myśli ubezpieczycieli. Natomiast winą obarcza się osoby pośredniczące w zawieraniu umów

ubezpieczenia inwestycyjnego, handlowców, która to informacja jest łatwiej przyswajalna dla przeciętnego odbiorcy. Stąd też w prasie najczęściej słyszymy o przypadkach celowego pomijania przez sprzedawców informacji związanych z produktem o charakterze inwestycyjnym, zaś z drugiej strony podkreśla się nieskazitelność tych produktów jako bezpiecznych. Dlatego też klientom wmawia się, że ubezpieczenie z UFK jest lokatą, programem zabezpieczenia emerytalnego, programem długoletniego oszczędzania itp. Zbyt wysokie prowizje i sprzedaż – rzecz można, że za wszelką cenę – w celu uzyskania najwyższego wyniku biznesowego są najbardziej zauważalnym podłożem zaistniałych nieprawidłowości.

Kolejnym zagadnieniem mającym wpływ na funkcjonowanie umów ubezpieczeń z UFK był problem (i wciąż nim jest) wysokich opłat likwidacyjnych. Rzecznik wielokrotnie sprzeciwiał się takiemu ukształtowaniu umowy ubezpieczenia na życie z UFK, które uprawniałoby ubezpieczyciela do konfiskaty całości zainwestowanych środków w przypadku wycofania się ubezpieczonego z inwestycji. Dlatego też Rzecznik apelował do autorów Rekomendacji PIU o uregulowanie maksymalnej wysokości opłaty likwidacyjnej (minimalnej wykupu) z uwzględnieniem orzecznictwa SOKiK. Postulaty te nie znalazły, niestety, uznania Izby.

Zdaniem PIU: „kwestie związane z wprowadzeniem limitu wysokości prowizji należnej pośrednikom, sposobu jej rozłożenia w czasie, zagadnienia związane z uregulowaniem grupowego ubezpieczenia oraz definicja ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nie powinny być przedmiotem ustaleń między zakładami ubezpieczeń”¹²². Podobne stanowisko zostało zajęte w przypadku wysokości opłat likwidacyjnych. W kwestii samoregulacji być może warto było pójść dalej i wsłuchując się w głosy przedstawicieli rynku ubezpieczeniowego, wdrożyć w życie rozwiązania obecne w innych krajach Unii Europejskiej¹²³. Warto zwrócić uwagę chociażby na postulat podziału prowizji na raty, tak aby nie była płacona jednorazowo, lecz ratalnie w odstępie rocznym, w przeciągu np. pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy. Takie działanie nie tylko wymusiłoby rzetelność informacyjną po stronie pośredników, z uwagi na konieczność osiągnięcia rezultatu w postaci satysfakcji klienta, lecz także lepszą

¹²² *Ibidem*, s. 2.

¹²³ Np. funkcjonujące na rynku niemieckim i austriackim, a odnoszące się do wysokości opłat likwidacyjnych oraz rozłożenia kosztów akwizycji w ciągu pierwszych 5 lat obowiązywania umowy.

efektywność produktu gwarantowaną przez samych ubezpieczycieli, chcących utrzymać klienta w pierwszych newralgicznych pięciu latach inwestycji. Prowadziłyby to również do optymalizacji opłat bieżących związanych z obsługą produktu oraz zmniejszyłyby uciążliwość z tytułu wysokich opłat likwidacyjnych czy niskiej wartości wykupu. Szkoda także, że w Rekomendacji PIU zabrakło propagowania takich pomysłów, jak wypłata prowizji dla pośrednika jedynie z wypracowanego przez produkt zysku czy też całkowita rezygnacja z opłat likwidacyjnych.

Wątpliwości Rzecznika wzbudziła także obszerność przykładowej Karty Produktu, która pomimo niewątpliwie dobrych chęci autorów w powiązaniu z ogólnymi warunkami umowy, regulaminem funduszy oraz dodatkowymi załącznikami może okazać się nieczytelna i przekraczająca możliwości percepcyjne odbiorcy. Sama Karta Produktu, zawierająca istotne, lecz wybiórczo zebrane informacje co do charakteru produktu inwestycyjnego w formie umowy ubezpieczenia – bez dodatkowych zaleceń dotyczących ograniczenia bądź wyeliminowania z treści umów postanowień niedozwolonych i niejednoznacznych – nie jest w stanie uzdrowić negatywnego postrzegania tych produktów.

Ponadto Rzecznik zabiegał, aby w związku z brakiem jakichkolwiek zapisów o odpowiedzialności ubezpieczycieli za naruszenie rekomendacji była przynajmniej zamieszczana na oficjalnej stronie internetowej PIU informacja zawierająca dane ubezpieczycieli będących sygnatariuszami Rekomendacji PIU.

3. Rekomendacje i wytyczne KNF

Wzrost ryzyka prawnego dotyczącego podmiotów nadzorowanych przez Urząd Komisji Nadzoru Finansowego spowodował zwrot w postrzeganiu przez KNF tej części rynku ubezpieczeniowego. Urząd ten wcześniej zajmował stanowisko akceptujące charakter i wysokość opłat pobieranych z tytułu „wyjścia” z umowy¹²⁴. Po publikacji raportu Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r. dotyczącego ubezpieczeń z UFK nastąpiła zasadnicza zmiana w postrzeganiu tej sytuacji. KNF po upływie dwóch lat wydała następujące rekomendacje i wytyczne:

1. Rekomendację U, która weszła w życie w dniu 31 marca 2015 r.,

¹²⁴ Pismo KNF do UOKiK z dnia 21 sierpnia 2006 r., DN1/063/38/4/06, s. 3 (załącznik nr 9).

2. Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń, które weszły w życie – podobnie jak Rekomendacja U – w dniu 31 marca 2015 r.,
oraz
3. Rekomendacja dotycząca badania adekwatności produktu i Rekomendacje dotyczące systemu zarządzania produktem, w czasie sporządzania drugiej części Raportu będące jeszcze w fazie zaawansowanego projektu¹²⁵.

3.1. Rekomendacja U

W dniu 24 czerwca 2014 r. światło dzienne ujrzała ostateczna wersja Rekomendacji U opracowanej przez Komisję Nadzoru Finansowego, a dotyczącej dobrych praktyk w zakresie *bancassurance*¹²⁶. Rekomendacja weszła w życie w dniu 31 marca 2015 r. Jest zatem za wcześnie, aby ocenić jej praktyczny wpływ na rynek finansowy i poprawę sytuacji prawnej konsumentów. Warto jednak zauważyć, że Rekomendacja U jest pierwszym dokumentem Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego dotyczącym tak ważnego segmentu rynku finansowego, jakim są ubezpieczenia, i chociaż dotyczy całego obszaru zagadnień *bancassurance* oraz adresowana jest tylko do banków, to z całą pewnością, również pośrednio, oddziałuje na ubezpieczycieli, będących częścią tandemu bankowo-ubezpieczeniowego odpowiedzialnymi za kształt umów oraz model dystrybucji. Niewątpliwie Rekomendacja U w znacznej części wyeliminowała niedoskonałości wcześniejszych rekomendacji branżowych, nie brak w niej bowiem odważnych i konkretnych wytycznych związanych ze zwalczaniem wadliwej sprzedaży (*misselling*), negacją konfliktu interesów i zakazem prowizji dla banków. Rekomendacja KNF „ucywiliżowała” więc kwestię dystrybucji ubezpieczeń oferowanych w kanale *bancassurance*.

Rekomendacja U, choć spóźniona o co najmniej kilka lat, obnażyła nieprawidłowości w *bancassurance*, a także udzieliła wskazówek, w którym miejscu występują i jak je eliminować. Mimo to Rekomendacja U nie odkryła niczego nowego

¹²⁵ <https://www.knf.gov.pl/regulacje/praktyka/index.html>,
https://www.knf.gov.pl/Images/projekt_Rekomendacji_adekwatnosc_produkту_04.01.2016_tcm75-44062.pdf,
https://www.knf.gov.pl/Images/projekt_Rekomendacje_system%20zarzadzania%20produktem_tcm75-44063.pdf.

¹²⁶ https://www.knf.gov.pl/Images/Rekomendacja_U_tcm75-38338.pdf.

ponad to, co wcześniej ukazywał Rzecznik Ubezpieczonych w swych raportach¹²⁷. Problemy i wypaczenia związane z funkcjonowaniem kanału *bancassurance* w Polsce w ostatnich pięciu latach przybrały tak niepokojące rozmiary, iż nie tylko pogłębiły kryzys zaufania do instytucji i rynków finansowych, co już samo w sobie było sytuacją niepokojącą, lecz także spowodowało wzrost liczby spraw spornych (m.in. pozwy zbiorowe, kary nakładane przez UOKiK). Ich konsekwencje dla rynku są obecnie widoczne i na pewno dotkliwe będą dla branży jeszcze w długiej perspektywie czasu. Niewątpliwie KNF wprowadzając rekomendacje dążyła do przywrócenia zaufania do banków i ubezpieczycieli oraz poprawy nadszarpniętej opinii na ich temat.

Rekomendacja U, składa się z 22 rekomendacji, odnoszących się do 6 obszarów. Przede wszystkim za doniosłe uznać należy postanowienie rekomendacji nr 7, która nakłada na bank obowiązek prowadzenia działalności w warunkach, które nie powodują wystąpienia konfliktu interesów (w szczególności jednoczesnego, faktycznego występowania w roli ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego). Już w piśmie przewodnim do Rekomendacji U Przewodniczący KNF wskazywał na nieprawidłową praktykę łączenia przez banki funkcji ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego: „banki pobierają jednak wynagrodzenie charakterystyczne dla pośrednika ubezpieczeniowego i wykonując inne czynności z zakresu obsługi umowy, pełnią *de facto* rolę pośrednika ubezpieczeniowego, pozostając formalnie wyłącznie ubezpieczającym” (podkreślenie własne). Oznacza to więc, że bank nie mógł występować „na zewnątrz” – *erga omnes*, jako ubezpieczający i jednocześnie, jakoby „w ukryciu”, wykonywać czynności przynależne pośrednikowi ubezpieczeniowego, za które oficjalnie otrzymuje wynagrodzenie w formie prowizji. Stąd też jednoznaczne wskazanie w Rekomendacji U, że bank może otrzymywać wynagrodzenie od ubezpieczyciela tylko wówczas, gdy występuje jako pośrednik ubezpieczeniowy (ubezpieczenie indywidualne). Rekomendacja oczywiście nie pozbawiła banku działającego jako ubezpieczający uprawnienia do zwrotu kosztów czynności związanych z obsługą umowy ubezpieczenia (ubezpieczenie grupowe), jednakże wyraźnie wskazała na brak znaku równości pomiędzy zwrotem kosztów a wynagrodzeniem. Oznacza to, że obecnie koszty te muszą być rzeczywiste, a nie jak to

¹²⁷ Raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 13 grudnia 2007 r. *Podstawowe problemy bancassurance w Polsce* oraz wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK z dnia 21 kwietnia 2011 r., dotyczące praktyk banków i ubezpieczycieli naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

miało miejsce dotychczas – abstrakcyjne. Stąd też ujęcie ich np. w formułę ryczałtowego (prowizyjnego) wynagrodzenia nie jest możliwe. W przypadku banku działającego jako pośrednik ubezpieczeniowy, Rekomendacja U zaleciła, aby prowizja pozostawała w odpowiedniej proporcji do wysokości ponoszonych przez bank kosztów.

Niewątpliwie powyższy zapis wpływa na system prowizyjny, który dotychczas był źródłem wielu nieprawidłowości. Według danych KNF rzeczywista składka ubezpieczeniowa, która trafiała do ubezpieczycieli, wynosiła 5–10% opłaty ubezpieczeniowej, a prowizja banku stanowiła 90–95% tejże opłaty¹²⁸. Wynagrodzenie banku było więc wielokrotnie wyższe niż rzeczywisty koszt ubezpieczenia. Wszystko to w konsekwencji prowadziło do sytuacji, w której konsument miał bardzo ograniczony zakres ochrony ubezpieczeniowej (adekwatny do 5–10% składki), bank zaś praktycznie nie posiadał zabezpieczenia spłaty zobowiązania. Ubezpieczyciel w takim modelu dystrybucji tracił podwójnie: przede wszystkim klientów, a także wizerunek.

Z perspektywy konsumenta ubezpieczenie powinno zapewniać realną ochronę ubezpieczeniową, a *de facto* występujący dotychczas w Polsce model *bancassurance*, oparty o wysokie prowizje dla pośredników, prowadził do wypaczenia istoty ubezpieczenia. Ta niebezpieczna tendencja kurczenia się ochrony ubezpieczeniowej kosztem wynagradzania wszelkiej maści pośredników, niekoniecznie licencjonowanych, nabrała szczególnie na sile w ostatnich latach i doprowadziła do sytuacji, w której ubezpieczenie przestało realizować swoją zasadniczą rolę, tj. realnego zabezpieczenia interesu ubezpieczających.

W odniesieniu do UFK ubezpieczenie stało się instrumentem finansowym dalekim od bezpieczeństwa przynależnego ubezpieczeniom. W ocenie wielu przedstawicieli rynku formalny zapis art. 13 ust. 3 i 4 u.d.u. (obecnie art. 22–24 u.d.u.r.) usprawiedliwia odejście od koncepcji ubezpieczenia ochronnego na rzecz konstrukcji umowy, w której ryzyko inwestycyjne ponosi ubezpieczający. Taka formuła w oczywisty sposób zaburza istotę umowy ubezpieczenia związaną z bezpieczeństwem, zaufaniem i gwarancją pokrycia strat. Ubezpieczenie w formule inwestycyjnej jest ubezpieczeniem tylko z nazwy, w praktyce bowiem pełni funkcję nośnika instrumentu finansowego, w którym ryzyko inwestycji w

¹²⁸ Według analiz przeprowadzonych przez UKNF wynagrodzenia banków za czynności związane z „obsługą” umów ubezpieczenia dochodziły niekiedy do 95% wartości składki opłacanej przez klienta, por. http://www.knf.gov.pl/Images/V_Kongres_bancassurance_2013_10_30_tcm75-37222.pdf.

całości bądź znacznej części spoczywa na ubezpieczającym, ochrona zaś ubezpieczeniowa zdaje się być elementem zbędnym, a wręcz przeszkadzającym w osiągnięciu celu w postaci maksymalizacji zysków.

Jeśli weźmiemy pod uwagę fakt przerwania ryzyka inwestycyjnego na konsumenta, ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej do minimum pozwalającego uznać umowę inwestycyjną za ubezpieczeniową pod względem formalnym, a także nadmiernie wygórowane prowizje dla kanałów sprzedaży i dystrybucji ubezpieczeń, dojdziemy do wniosku, że ubezpieczenie inwestycyjne jest produktem stworzonym przez ubezpieczycieli dla ich samych, gdyż w przeważającej części realizuje interes podmiotu, który go stworzył, oraz sieci powiązanych z nim dystrybutorów. W przypadku ubezpieczycieli oraz współpracujących z nimi banków będzie to źródło dochodu rozłożonego na lata, pozwalającego bez ryzyka na kredytowanie działalności przedsiębiorcy w oderwaniu od czynników koniunkturalnych. Niezależnie bowiem od sytuacji na rynkach kapitałowych ubezpieczyciel i jego sieć sprzedaży będą zarabiać niczym kasyno, które zawsze wygrywa. Niestety, analizując skargi konsumenckie, w znacznej części przypadków można odnieść wrażenie, że głównym celem takiej umowy jest zysk przedsiębiorcy kosztem konsumenta, który nieświadomie został obciążony ciężarem finansowym funkcjonowania bankowo-ubezpieczeniowego aliansu. Wrażenie to dodatkowo potęguje wysokość kosztów związanych z ochroną ubezpieczeniową, która – udzielana za pośrednictwem banków – była dotychczas najdroższa na rynku.

Rekomendacja U, podobnie jak wcześniej omawiane kodeksy branżowe, zakłada również szereg obowiązków informacyjnych po stronie banków, związanych z charakterem umów ubezpieczeń ochronnych i inwestycyjnych. W przypadku tych drugich Rekomendacja U zalecała, aby bank posiadał procedury postępowania w odniesieniu do opłat likwidacyjnych w przypadku wcześniejszego wygaśnięcia umowy ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym (rekomendacja 20.2). Co się zaś tyczy kontrowersyjnych wysokości tych opłat, to KNF zalecała, aby nie były one nadmierne. Te nad wyraz skromne zalecenia odnoszące się do ubezpieczeń inwestycyjnych – gdy weźmie się pod uwagę obecną w orzecznictwie sądów powszechnych tendencję do kwestionowania przyjętej przez rynek ryczałtowej metody ustalania wysokości opłaty likwidacyjnej, a w przypadku niektórych orzeczeń nawet sugerowanie braku legalności tej opłaty – powodują, że Rekomendacja U nie spełniła pokładanych w niej oczekiwań.

Za niespełniający oczekiwań uznać należy brak szczegółowych, bądź bardziej obszernych, rekomendacji dotyczących ubezpieczeń inwestycyjnych. Należy jednak wziąć pod uwagę, że Rekomendacja U adresowana była do banków, nie zaś ubezpieczycieli. Natomiast w przypadku tych drugich wystąpiło oddziaływanie pośrednie, wymuszone zmianą postępowania banków. Regulacje dotyczące UFK i bezpośrednio odnoszące się do ubezpieczycieli znajdują się natomiast w kolejnym opracowaniu KNF – wytycznych dystrybucyjnych.

3.2. Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń

Jak wynika z samego tytułu *Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń* (dalej: Wytyczne) skierowane są do wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w Polsce. Systemowo Wytyczne uzupełniły więc lukę, która powstała po wydaniu Rekomendacji U adresowanej do banków. Jak bowiem wynika ze wstępu do Wytycznych, „stanowią uzupełnienie ww. Rekomendacji, odnosząc się do poszczególnych obowiązków z perspektywy zakładów ubezpieczeń”¹²⁹.

Z punktu widzenia konsumentów w zakresie ubezpieczeń inwestycyjnych doniosłe znaczenie mają wytyczne o nr 5, 6, 7.2, 7.4, 7.6 oraz 11. Organ nadzoru w zasadzie powtórzył szereg rekomendacji kierowanych do banków w Rekomendacji U. Oczekiwania KNF w stosunku do ubezpieczycieli są zatem podobne. Zakład ubezpieczeń nie powinien więc dopuścić do sytuacji konfliktu interesów w odniesieniu do podmiotów odpowiedzialnych za dystrybucję ubezpieczeń inwestycyjnych (wytyczna nr 5), co w przypadku ubezpieczeń grupowych było niemalże standardem. W szczególności jaskrawym przykładem takiej sytuacji były te ubezpieczenia inwestycyjne, w których ubezpieczającym był bank należący do tej samej grupy kapitałowej co ubezpieczyciel i przez niego wynagradzany za pozyskiwanie inwestorów (ubezpieczonych). W ocenie nadzoru wynagradzanie ubezpieczającego przez zakład ubezpieczeń było i jest sytuacją niedopuszczalną (wytyczna nr 6). Przesłanie jest jasne: jedyną akceptowalną formą pośrednictwa, z którą wiąże się wynagradzanie, jest pośrednictwo ubezpieczeniowe.

Według nadzoru szczególny nacisk ubezpieczyciele powinni kłaść na stronę informacyjną. Informacja powinna zawierać nie tylko opis pozytywnych aspektów inwestowania w ubezpieczenia inwestycyjne, lecz również obejmować kwestie ryzyka

¹²⁹ https://www.knf.gov.pl/Images/Wytyczne_dystrybucja_ubezpieczen_24-06-14_tcm75-38337.pdf.

związanego z inwestowaniem oraz opłat, do których ponoszenia może być zobowiązany ubezpieczony (wytyczna nr 7.2). Zakład ubezpieczeń, aby uniknąć nieprawidłowości, powinien zadbać o odpowiednie procedury postępowania zapobiegające oferowaniu produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych nieadekwatnych do potrzeb i możliwości klientów (wytyczna nr 7.4). Dlatego też receptą na niedoskonałości w zakresie informacyjnym jest – tak jak to miało miejsce w przypadku wcześniejszych rekomendacji branżowych oraz Rekomendacji U – tzw. Karta Produktu (wytyczna nr 7.6).

Na końcu znalazła się wytyczna nr 11, która w ocenie Rzecznika powinna mieć najwyższy priorytet. Dotyka ona bowiem najistotniejszego problemu, często pomijanego i niechętnie komentowanego przez branżę, a dotyczącego postanowień niedozwolonych, ukrytych bądź „uśpionych” w treści umów. Zgodnie z jej treścią zakład ubezpieczeń powinien stale monitorować sytuację prawną i odpowiednio reagować w przypadku ujawnienia się abuzywności postanowień umownych zawartych w treści umów, których jest autorem. Ubezpieczyciel jednym słowem powinien dążyć do jak najszybszego usuwania z umowy postanowień niedozwolonych na każdym etapie jej funkcjonowania, jak również przed jej zawarciem (wytyczna nr 11.1). Co ciekawe, za szczególnie ważne nadzór uznał spełnienie powyższych wymogów w odniesieniu do opłat likwidacyjnych (wytyczna nr 11.2). Najciekawszą i chyba najbardziej sugestywną w wymowie jest wytyczna nr 11.3. Otóż ubezpieczyciel powinien w umowie z agentem ubezpieczeniowym przyjąć taki system wynagradzania, aby nie generował on ryzyka prawnego. O co w tym wszystkim chodzi? Otóż wytyczna ta jest odpowiedzią na sytuację związaną z wysokimi opłatami likwidacyjnymi albo za wykup, na których wysokość ma wpływ wynagrodzenie prowizyjne pośredników. Ukrócenie widocznej i narastającej w ostatnich latach patologii ma gwarantować możliwość swobodnego rozwiązania umowy przez klienta i tym samym doprowadzić do zaniku roszczeń związanych z tzw. kosztem „wyjścia” z umowy.

3.3. Rekomendacja dotycząca badania adekwatności produktu oraz Rekomendacje dotyczące systemu zarządzania produktem

W dniu 13 maja 2015 r. Urząd Komisji Nadzoru Finansowego zwrócił się do Rzecznika Ubezpieczonych z prośbą o przekazanie uwag dotyczących przedłożonych wraz z pismem dwóch rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń w sprawie badania

adekwatności produktów oraz zarządzania produktem¹³⁰. Przedstawiony projekt wytycznych produktowych, Rzecznik uznał za istotny i ważny element walki z niewłaściwymi praktykami przy sprzedaży (tzw. *misselling*) oraz sposób na wyeliminowanie konfliktu interesów. Wobec braku skutecznej samoregulacji ubezpieczycieli interwencja organu nadzoru w tym obszarze rynku ubezpieczeniowego była koniecznością. Rzecznik wyraził również nadzieję, że po wprowadzeniu w życie obu projektowanych wytycznych skala problemów i nieprawidłowości związanych z dystrybucją produktów ubezpieczeniowych, w szczególności tych związanych z umowami ubezpieczeń inwestycyjnych, ulegnie znacznemu zmniejszeniu i przyczyni się do wyjścia branży z kryzysu zaufania. Rzecznik w pełni akceptował zaproponowane przez UKNF rozwiązania dotyczące zarówno badania adekwatności produktów pod względem potrzeb i możliwości konsumentów, jak również systemu zarządzania produktem¹³¹.

Przedłożone Rzecznikowi dwa projekty rekomendacji mają szeroki zakres tematyczny i chociaż w ocenie Rzecznika będą miały tylko pośredni wpływ na sytuację konsumentów usług ubezpieczeniowych, to jednak nie można tracić z pola widzenia faktu, iż ich adresatem są zakłady ubezpieczeń. Stąd też zakres opiniowania Rzecznika siłą rzeczy ograniczył się do tych rekomendacji, które mają bądź w przyszłości mogą mieć realny wpływ na wzmocnienie pozycji konsumentów oraz zapewnienie ochrony ich praw przed nieuczciwymi praktykami zakładów ubezpieczeń, związanymi czy to ze sposobem dystrybucji, czy też z samą wadliwością produktów.

W przypadku rekomendacji nr 6 odnoszącej się do badania adekwatności produktu, określającej, co powinna zawierać ankieta zakładu ubezpieczeń aby sprostać potrzebom i możliwościom klienta dla zapewnienia prawidłowej oceny jego potrzeb, Rzecznik zaproponował przestawienie szyku ankiety. Powyższa sugestia została uwzględniona w projekcie opublikowanym na oficjalnej stronie internetowej KNF. W ocenie Rzecznika, już na samym początku rozmowy z klientem powinna zostać zbadana kwestia oczekiwań klienta względem oferowanego mu ubezpieczenia. Stąd też pierwsze zadane pytanie powinno dotyczyć preferowanego rodzaju ubezpieczenia: o charakterze ochronnym, inwestycyjnym czy też mieszanym. Takie pytanie zdaniem Rzecznika

¹³⁰ Pismo Zastępcy Przewodniczącego KNF Lesława Gajka z dnia 13 maja 2015 r., DLU/WO/606/184/1/2015/AW (załącznik nr 10).

¹³¹ Pismo Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 26 maja 2015 r., RU/93/CO/15 (załącznik nr 11).

pozwoiłoby lepiej ukierunkować myślenie klienta o planowanym ubezpieczeniu. Klient zyskałby w ten sposób lepsze rozeznanie, z jakim rodzajem ubezpieczenia ma do czynienia, tj. ochronnym, zabezpieczającym komfort życia, przyszłość osób bliskich czy też z instrumentem finansowym umożliwiającym pomnażanie kapitału, lecz nie gwarantującym osiągnięcia planowanego rezultatu z uwagi na ryzyko inwestycyjne.

Ponadto, w ocenie Rzecznika, w trakcie badania adekwatności produktu za pomocą ankiety niezbędne było ustalenie, czy klient przed zawarciem (lub też przystąpieniem do) umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym miał jakąkolwiek styczność z inwestowaniem na giełdzie papierów wartościowych, a więc czy w ogóle inwestował w fundusze, akcje lub obligacje. Pytanie to mogłoby okazać się kluczowe, gdyż na jego podstawie klient uświadomiłby sobie czy ma odpowiednią wiedzę i doświadczenie w inwestowaniu, czy też mu ich brakuje. Wrażenie spowodowane takim pytaniem powinno stanowić sygnał ostrzegawczy pozwalający ocenić, czy decyzja o inwestowaniu nie jest przedwczesna lub pochopna, zważywszy na niewielkie doświadczenie inwestycyjne. Wydaje się, że postulat ten został uwzględniony w treści rekomendacji nr 7.2.

W pierwotnym projekcie przedstawionym Rzecznikowi Ubezpieczonych, Rzecznik wyraźnie zanegował treść rekomendacji nr 6.1, w której próbowano stworzyć związek celu inwestycyjnego z planowanym przez klienta przeznaczeniem świadczenia z umowy ubezpieczenia, np.: „dodatkowe zabezpieczenie emerytalne, zakup nieruchomości, samochodu, edukację lub finansowanie innych potrzeb lub wydatków spodziewanych w przyszłości”. W ocenie Rzecznika zastosowana wówczas formuła zapytania prowadziłaby do złudnego przeświadczenia po stronie klienta, że cel inwestycyjny pozwoli na realizację jego marzeń. Równie dobrze można bowiem w pytaniu przedstawić klientowi wizję zakupu samolotu lub jachtu. Sugerowanie potencjalnych korzyści jest niczym innym jak chwytem marketingowym, często wykorzystywanym przez nieuczciwych sprzedawców ubezpieczeń inwestycyjnych. Nie można bowiem tracić z pola widzenia faktu, że inwestowanie w fundusze kapitałowe jest inwestycją samą w sobie, która nie obiera za cel konkretnej wartości majątkowej, rzeczowej. Cel ten, jakkolwiek możliwie atrakcyjny, jest często niepewny z uwagi na ryzyko inwestycyjne. Stąd też kreowanie zmaterializowanej wizji celu inwestycyjnego byłoby oczywistym błędem logicznym i w pewien sposób

manipulacją wprowadzającą konsumentów w błąd. W zakresie pozostałych rekomendacji o nr 6.2, 6.3, 6.4, Rzecznik Ubezpieczonych nie zgłaszał zastrzeżeń.

W przypadku pierwotnej wersji wytycznych dotyczącej rekomendacji nr 11.1 ppkt a) Rzecznik proponował jej poszerzenie o następującą treść: wskazanie na ryzyko utraty kapitału, w tym ryzyko kredytowe emitenta, ryzyko kredytowe gwaranta, ryzyko wiarygodności gwaranta, ryzyko związane z indeksem (ryzyko zmienności w czasie, ryzyko nieprzewidywalności zachowania, ryzyko likwidacji indeksu i zastąpienia go innym), ryzyko stóp procentowych, ryzyko kursowe, ryzyko braku rynku wtórnego dla instrumentu bazowego (aktywów). Z powyższych sugestii zrealizowana została uwaga dotycząca ryzyka utraty kapitału i znalazła się w wytycznej nr 12.1 ppkt b).

Rzecznik skrytykował posługiwanie się przez zakłady ubezpieczeń sformułowaniem oszczędzania czy też odkładania na emeryturę, które jego zdaniem jest oczywistym wprowadzeniem konsumenta w błąd, mającym na celu przedstawienie produktu inwestycyjnego jako bezpiecznego i niewiążącego się z ryzykiem inwestycyjnym. W praktyce bardzo często obraz produktu inwestycyjnego łagodzą zapewnienia o gwarancji kapitału, która w rzeczywistości ogranicza się do zwrotu wartości rachunku funduszu, nie zaś sum pieniężnych wpłaconych na fundusz. Dlatego też pod adresem ówczesnej rekomendacji nr 13 Rzecznik zaproponował dopisanie pkt. 3 o treści: „Zakład ubezpieczeń powinien wyraźnie wskazać klientowi, iż oferowany produkt nie jest produktem oszczędnościowym ani sposobem na dodatkowe zabezpieczenie emerytalne, zaś jego celem jest inwestowanie pieniędzy w fundusze kapitałowe”. Stanowisko Rzecznika zostało uwzględnione w zmienionej formie jako wytyczna nr 14.2 i 14.3.

W ocenie Rzecznika Finansowego obszerne opracowanie obu projektów wskazuje, jak znaczna liczba rekomendacji jest niezbędna, aby wykluczyć działania niepożądane przy dystrybucji ubezpieczeń na życie z UFK, czy też w ogólności związanych z systemem zarządzania produktami ubezpieczeniowymi. Odnosząc powyższe uwagi do ubezpieczeń na życie z UFK, obecnie Rzecznik Finansowy stoi na stanowisku, że ubezpieczenia te nie powinny być adresowane do masowego odbiorcy, lecz winny służyć potrzebom jedynie tych konsumentów usług ubezpieczeniowych, którzy posiadają niezbędną wiedzę z zakresu inwestowania w fundusze inwestycyjne, akcje i obligacje. Jaka będzie przyszłość wytycznych KNF, czas pokaże. Rekomendacje te bowiem w trakcie prac nad drugą częścią

Raportu nie zostały jeszcze przyjęte. Proces konsultacji publicznych trwał do dnia 18 stycznia 2016 r. i większość uwag Rzecznika została zasadniczo uwzględniona choć w zmodyfikowanej formie. KNF przewiduje wdrożenie rekomendacji do dnia 1 kwietnia 2016 r.¹³²

4. Decyzje Prezesa UOKiK

Niewątpliwie na obecny oraz przyszły kształt rynku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym będą miały wpływ decyzje Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz wytyczne wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego.

O skali problemu, z jakim zmierzył się Prezes UOKiK, najlepiej świadczy liczba blisko 400 przeanalizowanych ogólnych warunków ubezpieczeń. W postępowania zaangażowane zostały wszystkie delegatury Urzędu. W większości postępowania dotyczyły produktów, w których nierozliczone koszty akwizycyjne były pobierane w postaci opłaty końcowych, np. opłat likwidacyjnych (opłata typu BEL – *Back-End Load*¹³³). W mniejszości postępowania dotyczyły produktów, w których koszty dystrybucyjne były pobierane na początku – w postaci opłat alokacyjnych czy opłat warunkowych (opłata typu FEL – *Front-End Load*¹³⁴).

4.1. Naruszenie zbiorowych interesów konsumentów

1. W 2014 oraz w 2015 r. Prezes UOKiK wszczął wobec 17 ubezpieczycieli¹³⁵ życiowych postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy

¹³² AWI, KNF publikuje projekty rekomendacji produktowych, „Dziennik Ubezpieczeniowy” nr 9 (3907) z 15 stycznia 2016 r.

¹³³ A back-end load is a fee (sales charge or load) that investors pay when selling mutual fund shares within a specified number of years, usually five to 10 years. The fee amounts to a percentage of the value of the share being sold. The fee percentage is highest in the first year and decreases yearly until the specified holding period ends, at which time it drops to zero. (<http://www.investopedia.com/terms/b/back-end-load.asp>).

¹³⁴ A front-end load is a commission or sales charge applied at the time of the initial purchase for an investment, usually mutual funds and insurance policies. It is deducted from the investment amount and, as a result, it lowers the size of the investment (<http://www.investopedia.com/terms/f/front-endload.asp>).

¹³⁵ Aegon TU na Życie S.A., Aviva TU na Życie S.A., AXA Życie TU S.A., Compensa TU na Życie S.A. VIG, Generali Życie TU S.A., MetLife TU na Życie i Reasekuracji S.A., Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A. (poprzednio: ING TU na Życie S.A.), Open Life TU Życie S.A., PKO Życie TU S.A. (poprzednio: Nordea Polska TU na Życie S.A.), PZU Życie S.A., Pramerica Życie TUiR S.A., Skandia Życie TU S.A., STU na Życie Ergo Hestia S.A., TU Allianz Życie Polska S.A., TU na Życie Europa S.A., TU na Życie WARTA S.A., UNIQA TU na Życie S.A.

konsumentów, polegających na stosowaniu we wzorcach umów ubezpieczenia na życie z UFK postanowień umownych, które powodują, że konsumenci rozwiązujący umowę ubezpieczenia zostają pozbawieni części albo całości środków uprzednio wpłaconych jako składki ubezpieczeniowe¹³⁶. Mechanizm ten polegał na zastrzeżeniu:

- 1) opłaty wstępnej¹³⁷,
- 2) opłaty warunkowej¹³⁸,
- 3) opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy¹³⁹,
- 4) opłaty dystrybucyjnej¹⁴⁰,
- 5) opłaty likwidacyjnej¹⁴¹,
- 6) opłaty za wypłatę¹⁴²,
- 7) opłaty za wykup (określanej także jako „koszt wykupu” bądź „koszt wykupu polisy”)¹⁴³,
- 8) pomniejszania wartości wykupu na skutek zastosowania wskaźnika wykupu¹⁴⁴.

Zarzut sformułowany w decyzjach Prezesa UOKiK wskazywał, że praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumentów mogła jednocześnie stanowić czyn nieuczciwej konkurencji określony w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2003 r., Nr 253, poz. 1503 z późn. zm.; dalej: u.z.n.k.). Za podstawę naruszenia został zatem przyjęty art. 24 ust. 1 i 2 pkt 3 u.o.k.k.

2. Zgodnie z art. 24 ust. 1 u.o.k.k. zakazane jest stosowanie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Z treści art. 24 ust. 2 u.o.k.k. wynika, że przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności:

¹³⁶ <https://finanse.uokik.gov.pl/ufk/kalendarium/uokik-wszczyna-postepowania-w-sprawie-ubezpieczen-z-ufk>.

¹³⁷ Tak: TU Allianz Życie Polska S.A.

¹³⁸ Tak: Aegon TU na Życie S.A.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ Tak: Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A., AXA Życie TU S.A.

¹⁴¹ Tak: Aviva TU na Życie S.A., Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A., AXA Życie TU S.A., TU na Życie Europa S.A.

¹⁴² Tak: Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A.

¹⁴³ Tak: TU Allianz Życie Polska S.A., UNIQA TU na Życie S.A.

¹⁴⁴ Tak: MetLife TU na Życie i Reasekuracji S.A., STU na Życie Ergo Hestia S.A., TU na Życie WARTA S.A., Compensa TU na Życie S.A. VIG.

- 1) stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umów uznanych za niedozwolone,
- 2) naruszenie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji,
- 3) nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji.

Aby działania przedsiębiorcy mogły zostać uznane za sprzeczne z powołanymi wyżej przepisami, niezbędne jest wykazanie, iż spełniają one łącznie następujące przesłanki:

- 1) ujawniają się w obrocie konsumenckim, a więc dotyczą relacji przedsiębiorca – konsument,
- 2) stanowią działanie bezprawne,
- 3) naruszają zbiorowe interesy konsumentów¹⁴⁵.

Wszystkie postępowania toczyły się przeciwko ubezpieczycielom – przedsiębiorcom prowadzącym działalność gospodarczą – działalność ubezpieczeniową.

W ocenie Prezesa UOKiK naruszenie zbiorowych interesów konsumentów ma miejsce wtedy, gdy działanie przedsiębiorcy godzi w interesy konsumentów jako zbiorowości, to jest w sytuacji, gdy skierowane jest nie tylko do indywidualnych konsumentów, lecz szerszego, nieograniczonego liczbowo kręgu osób, do których dotarła i dotrzeć może oferta przedsiębiorcy. W rozpatrywanych sprawach wymieniony warunek został spełniony, bowiem oferta usług ubezpieczeniowych przedstawiona przez przedsiębiorcę adresowana była i jest nie do ściśle określonego, konkretnego konsumenta, lecz do z góry nieokreślonej, niemożliwej do zidentyfikowania liczby konsumentów, których sytuacja jest identyczna i wspólna¹⁴⁶.

4.2. Uprawdopodobnienie naruszenia zakazu z art. 24 u.o.k.k.

Dopuszczalność wydania decyzji zobowiązującej warunkowana jest uprawdopodobnieniem, że przedsiębiorca stosuje praktykę, o której mowa w art. 24 u.o.k.k. (art. 28 ust. 1 u.o.k.k.).

¹⁴⁵ Decyzja Prezesa UOKiK nr RGD-7/2015 z dnia 26 listopada 2016 r. dot. UNIQA TU na Życie S.A. (sygn. RGD-61-1/15/MLM).

¹⁴⁶ *Ibidem*.

Poniższy fragment decyzji Prezesa UOKiK¹⁴⁷ wyjaśnia, w jaki sposób zostało uprawdopodobnione naruszenie art. 24 ust. 1 u.o.k.k., zakazującego stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów:

„Art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów zakazuje stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Art. 24 ust. 2 ustawy przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy. Taką praktykę stanowią w szczególności czyny nieuczciwej konkurencji (art. 24 ust. 2 pkt 3). Dla uznania, że mamy do czynienia z praktyką naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, spełnione muszą być dwie przesłanki: działanie przedsiębiorcy musi być bezprawne i jednocześnie naruszać zbiorowy interes konsumentów.

Jako bezprawne należy kwalifikować zachowania sprzeczne z prawem, zasadami współżycia społecznego lub dobrymi obyczajami, bez względu na winę, a nawet świadomość sprawcy. Dla ustalenia bezprawności działania wystarczy, że określone zachowanie koliduje z przepisami prawa¹⁴⁸.

Należy podkreślić, że przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów nie regulują konstrukcji bezprawności działań przedsiębiorcy. Art. 24 ustawy nie ma samodzielnego znaczenia prawnego, ale powinien być interpretowany oraz stosowany w określonym kontekście normatywnym. W celu konkretyzacji tej przesłanki należy zatem sięgnąć do przepisów innych ustaw, na podstawie których możliwe jest dokonanie oceny praktyki przedsiębiorcy w aspekcie jej zgodności z prawem.

W niniejszej sprawie przepisem takim jest art. 3 ust. 1 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Przepis ten stanowi, że czynem nieuczciwej konkurencji jest działanie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, jeżeli zagraża lub narusza interes innego przedsiębiorcy lub klienta.

Uznanie danej praktyki za czyn nieuczciwej konkurencji wymaga wykazania, iż jest ona działaniem lub zaniechaniem podjętym w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, a jej negatywny wydzźwięk przejawia się poprzez zagrożenie lub naruszenie interesu innego przedsiębiorcy (względnie przedsiębiorców) lub klienta (względnie

¹⁴⁷ Decyzja Prezesa UOKiK nr RPZ-11/2015 z dnia 14 października 2016 r. dot. PZU Życie S.A. (sygn. RPZ-61/3/15/JM).

¹⁴⁸ J. Szwaja, *Ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Komentarz*, Warszawa 2000, s. 117–118.

klientów), jeżeli jednocześnie jest sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami¹⁴⁹. Ochrona uczciwości konkurencji (nazywana również jakością konkurencji) odnosi się bezpośrednio do jednostkowych interesów gospodarczych przedsiębiorców, ale z możliwym pośrednim przełożeniem na szerzej rozumiane interesy klientów, w tym konsumentów¹⁵⁰. Należy przy tym zauważyć, że naruszenie interesów konsumentów ma wpływ również na uczciwość konkurencji, gdyż nieprzestrzeganie dobrych obyczajów w relacjach konsumenckich lub też naruszenie przepisów mających na celu ochronę interesów konsumentów powoduje u tego podmiotu, który dokonuje naruszeń powstanie przewagi rynkowej nad konkurencją, która działa zgodnie z prawem¹⁵¹.

Przepis art. 3 ust. 1 powołanej wyżej ustawy odsyła ponadto do przestanki zagrożenia lub naruszenia interesu innego przedsiębiorcy lub klienta. Pojęcie »klienta« ma w tym wypadku znaczenie szerokie i obejmuje także konsumentów w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów¹⁵². Zagrożenie lub naruszenie interesów konsumenta należy przy tym rozpatrywać przede wszystkim w wymiarze ekonomicznym. Oznacza to, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej przedsiębiorca nie powinien podejmować działań sprzecznych z prawem lub dobrymi obyczajami, które mogłyby naruszać lub zagrażać interesom ekonomicznym konsumenta.

Analizowany przepis stanowi klauzulę generalną, niemniej jednak w doktrynie i orzecznictwie zaakceptowany jest pogląd, że może stanowić samodzielną podstawę do uznania praktyki za czyn nieuczciwej konkurencji, pomimo że nie można go odnieść do któregośkolwiek ze stypizowanych czynów wyraźnie zakazanych, wymienionych w rozdziale 2 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji¹⁵³. W rozumieniu tej ustawy dla uznania konkretnego działania lub zaniechania za czyn nieuczciwej konkurencji wystarczy, jeżeli narusza prawo lub dobre obyczaje, przy czym sprzeczność z prawem lub dobrymi obyczajami nie musi istnieć jednocześnie. Jak wskazano powyżej, do stwierdzenia bezprawności wystarczające jest wykazanie, że działanie jest sprzeczne z

¹⁴⁹ *Ibidem*, s. 135.

¹⁵⁰ K. Horubski, (w:) R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.) *System Prawa Administracyjnego*, t. 8B *Publiczne prawo gospodarcze*, C.H. Beck, Legalis 2013.

¹⁵¹ Wyrok SA w Warszawie z dnia 24 maja 2014 r. (VI ACa 1355/13).

¹⁵² Wyroki SOKiK z dnia: 20 lutego 2007 r. (XVII AmA 95/07) i z dnia 2 czerwca 2015 r. (XVII Ama 55/14); M. Kępiński (red.), *System Prawa Prywatnego*, t. 15 *Prawo konkurencji*, C.H. Beck, Legalis 2014.

¹⁵³ Wyrok SA w Łodzi z dnia 31 lipca 1995 r. (I ACr 308/95), wyrok SA w Warszawie z dnia 15 maja 2014 r. (VI ACa 1356/13), wyroki SOKiK z dnia 24 lutego 2015 r. (XVII Ama 88/14) i z dnia 2 czerwca 2015 r. (XVII Ama 55/14).

prawem lub dobrymi obyczajami, bez względu na winę, a nawet świadomość sprawcy. Bezprawność oznacza sprzeczność z porządkiem prawnym rozumianym jako nakazy i zakazy wynikające zarówno z norm prawnych, jak również z norm postępowania (zasad współżycia społecznego, dobrych obyczajów), które powinny być przestrzegane przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą tak jak przepisy prawa. Bezprawnym będzie więc takie zachowanie, które stanowi obiektywne złamanie określonych reguł postępowania. Bez znaczenia jest zamiar i intencja podmiotu popełniającego dany czyn, istotny jest bowiem sam fakt bezprawności danego działania¹⁵⁴. Do przypisania przedsiębiorcy czynu nieuczciwej konkurencji wystarczające jest tym samym ustalenie, że naruszył przepisy prawa lub dobre obyczaje, naruszając lub zagrażając interesom innego przedsiębiorcy lub klienta (konsumenta).

Klauzula generalna to zwrot niedookreślony, mający charakter ocenny i wymagający od organów stosujących prawo przeprowadzania określonych wartościowań. Podstawą ich dokonywania powinny być kryteria określone w systemie pozaprawnych ocen (zasad), do których klauzula generalna sama w sobie odsyła. Posługiwanie się przez ustawodawcę przepisami operującymi klauzulami generalnymi tworzy po stronie organów stosujących prawo swobodę decyzyjną (tzw. luz decyzyjny) w zakresie formułowania rozstrzygnięć opartych na tych przepisach. Możliwość odwołania się w procesie stosowania prawa do pozaprawnych, kształtujących się w praktyce życia społecznego i gospodarczego, systemów normatywnych jest środkiem uelastyczniania prawa, zapobiegania jego zbyt szybkiej dezaktualizacji oraz sposobem zapewniania słuszności rozstrzygnięć. W doktrynie podnosi się, że w sytuacji stałej zmienności realiów gospodarczych oraz postępu technicznego, technologicznego, a w konsekwencji pojawiania się nowych sposobów nieuczciwego konkurowania, istnieje potrzeba przyjęcia takiej konstrukcji prawnej czynu nieuczciwej konkurencji, którą można objąć również nowe, dotychczas nienazwane nieuczciwe zachowania przedsiębiorców.

Taką właśnie funkcję pełni unormowanie czynu nieuczciwej konkurencji zawarte w art. 3 ust. 1 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, ponieważ pozwala na sankcjonowanie zachowań sprzecznych z prawem, jak i tych, które zasługują na naganną ocenę z punktu widzenia sprzeczności z dobrymi obyczajami, zagrażając lub naruszając interesy innych przedsiębiorców lub klientów. Przyjmuje się, że wskazana regulacja

¹⁵⁴ J. Szwaja, *op. cit.*, s. 147.

obejmuje szeroki zakres działań, które wywierają lub mogą wywrzeć wpływ na aktualne lub przyszłe wyniki ekonomiczne przedsiębiorców oraz interesy klientów (w tym konsumentów), a w rezultacie także na interes publiczny¹⁵⁵”.

4.3. Czyn nieuczciwej konkurencji

Zgodnie z art. 3 ust. 1 u.z.n.k. czyn nieuczciwej konkurencji przejawia się w naruszeniu prawa lub dobrych obyczajów. Na użytek toczących się postępowań delikt nieuczciwej konkurencji był postrzegany przede wszystkim przez pryzmat naruszenia dobrych obyczajów:

„Czyn nieuczciwej konkurencji, określony w art. 3 ust. 1 ww. ustawy, polega na naruszeniu dobrych obyczajów. Wprawdzie pojęcie dobrych obyczajów, które występuje w tym przepisie, nie zostało zdefiniowane, niemniej jednak, podobnie jak zasady współżycia społecznego, jest przedmiotem wielu orzeczeń sądowych oraz opracowań doktryny. Wskazuje się w nich, że dobre obyczaje to uczciwe zasady postępowania i ustalone zwyczaje w ujęciu etyczno-moralnym, a na ich treść składają się elementy etyczne i socjologiczne kształtowane przez oceny moralne i społeczne, stanowiące uzupełnienie porządku prawnego.

W zakresie określenia istoty poszanowania dobrych obyczajów orzecznictwo odwołuje się m.in. do istoty dobrego obyczaju jako szeroko rozumianego szacunku dla drugiego człowieka. Przy takim założeniu sprzeczne z dobrym obyczajem jest np. nierzetelne udzielanie informacji konsumentom, wykorzystanie ich niewiedzy czy braku doświadczenia życiowego¹⁵⁶. W doktrynie, przybliżając treść omawianego pojęcia, zwraca się także uwagę na fakt, że wedle tradycyjnego stanowiska dobre obyczaje były oceniane z punktu widzenia zasad etycznych i moralnych, podstawą orzekania zaś miało być poczucie godności ogółu ludzi, myślących sprawiedliwie i słusznie. Miarę tych wymogów stanowił poziom moralny właściwy godziwemu życiu zarobkowemu i gospodarczemu. Posługiwano się w tym ujęciu pewnym wzorcem w postaci przeciętnego członka danej społeczności, a także odwołaniem do pewnych wartości pożądaných i akceptowanych w

¹⁵⁵ K. Horubski, *op. cit.*; wyrok SOKiK z dnia 2 czerwca 2015 r. (XVII Ama 55/14).

¹⁵⁶ Wyrok SA w Warszawie z dnia 10 marca 2005 r. (VI ACa 774/2004).

obrocie rynkowym¹⁵⁷. Literatura dopuszcza także dokonywanie stosownych ocen na podstawie norm środowiskowych, a więc o węższym zasięgu oddziaływania.

Uwzględniając, że normy postępowania będące dobrymi obyczajami mają z reguły charakter moralny i zwyczajowy, nie da się określić ich zamkniętego katalogu. Dopiero w konkretnej sytuacji możliwe jest przypisanie im określonej treści, poprzez ocenę konkretnego postępowania z punktu widzenia ukształtowanej, uczciwej postawy przedsiębiorców – przyjmując za miernik uczciwości ocenę zorientowaną na zapewnienie niezakłóconego funkcjonowania konkurencji przez rzetelne i niezafałszowane współzawodnictwo pod względem jakości, ceny i innych pożądaných przez klientów cech oferowanych towarów i usług oraz poszanowanie pozycji konsumentów. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy: »W płaszczyźnie stosunków kontraktowych zasady te wyrażają się istnieniem powszechnie akceptowanych reguł przyzwoitego zachowania się wobec kontrahenta. Szczególne znaczenie mają reguły uczciwości i rzetelności tzw. kupieckiej, których należy wymagać od przedsiębiorcy – profesjonalisty na rynku, a mianowicie przestrzegania dobrych obyczajów, zasad uczciwego obrotu, rzetelnego postępowania czy lojalności i zaufania«¹⁵⁸.

Zdaniem Prezesa Urzędu, zasady uczciwości i rzetelności kupieckiej przy konstruowaniu umowy ubezpieczenia na życie z UFK powinny uwzględniać również interes konsumentów, a przynajmniej go nie naruszać. Działania ubezpieczyciela nie mogą więc zmierzać do uprzywilejowania tylko własnej pozycji jako strony kontraktu, z jednoczesnym pokrzywdzeniem słabszej strony, czyli konsumenta”¹⁵⁹.

4.4. Przeciętny konsument

Prezes UOKiK uznał, że chociaż przepisy ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji nie przewidują przeprowadzenia testu przeciętnego konsumenta, przy ocenie zasadności zarzucanego przedsiębiorcy czynu nieuczciwej konkurencji, przyjęcie kryterium

¹⁵⁷ Por. A. Kraus, F. Zoll, *Polska ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji*, Wojewódzki Instytut Wydawniczy, Poznań 1929, s. 26 i 171.

¹⁵⁸ Wyrok SN z dnia 22 czerwca 2010 r. (IV CSK 555/09).

¹⁵⁹ Decyzja Prezesa UOKiK nr RPZ-11/2015 z dnia 14 października 2016 r. dot. PZU Życie S.A. (sygn. RPZ-61/3/15/JM).

naruszenia (zagrożenia) interesu przeciętnego konsumenta będzie pomocne dla dokonania obiektywnej oceny zakwestionowanych działań ubezpieczyciela¹⁶⁰.

„Mając na względzie, że definicja przeciętnego konsumenta zawarta została w ustawie z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171 poz. 1206 ze zm.), należy posiłkowo odnieść się do tego aktu prawnego. Zgodnie z art. 2 pkt 8 tej ustawy przez przeciętnego konsumenta rozumie się konsumenta, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny. Oceny tej dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów, przez którą rozumie się dającą się jednoznacznie zidentyfikować grupę konsumentów, szczególnie podatną na oddziaływanie praktyki rynkowej lub na produkt, którego praktyka rynkowa dotyczy, ze względu na szczególne cechy, takie jak wiek, niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa. Wzorzec przeciętnego konsumenta nie jest stały, ale zmienia się w zależności od okoliczności konkretnego przypadku. Stopniowy rozwój orzecznictwa TSUE doprowadził do utrwalenia modelu konsumenta rozważnego, przeciętnie zorientowanego, mającego prawo do rzetelnej informacji niewprowadzającej w błąd, zawierającej wszelkie niezbędne dane wynikające z funkcji i przeznaczenia danego towaru. W świetle tego orzecznictwa, poziom percepcji i uwagi konsumenta różni się w zależności od tego, jakiego produktu dotyczy praktyka rynkowa oraz w jakich okolicznościach produkt ten jest nabywany¹⁶¹”.

4.5. Naruszenie dobrych obyczajów

We wszystkich decyzjach zarzut dopuszczenia się czynu nieuczciwej konkurencji formułowany był jako naruszenie dobrych obyczajów. Różnie były rozkładane akcenty, różna była także kolejność podnoszonych argumentów uzasadniających zarzut naruszenia zbiorowych interesów konsumentów w kontekście sprzeczności z dobrymi obyczajami. Wskazywane było także zachwianie równowagi kontraktowej i nierównomierny rozkład ryzyka gospodarczego, nadmiernie obciążającego konsumenta:

¹⁶⁰ Decyzja Prezesa UOKiK nr RPZ-11/2015 z dnia 14 października 2015 r. dot. PZU Życie S.A. (sygn. RPZ-61/3/15/JM).

¹⁶¹ Por. C-342/97 Lloyd Schuhfabrik Meyer Rec. 1999, s. I-3819, pkt 26; C-299/99 Philips Rec. 2002, s. I-5475, pkt 63, a także wyroki z 2007 r. w sprawach C-353/03 Nestle przeciwko Mars, pkt 25; T-241/05 Procter & Gamble, pkt 43; T-33/04 House of Donut Int, pkt 50–51.

„Nakaz kształtowania takich warunków umownych, które w nadmierny sposób nie prowadzą do uprzywilejowania silniejszej strony umowy. Ubezpieczyciel powinien określić w taki sposób warunki umowy, aby rozkład ciężaru i ryzyka związanego z jej wykonywaniem nie był istotnie zniekształcony na niekorzyść konsumenta. Konsument ma prawo oczekiwać, aby oferowany produkt był dopasowany do jego potrzeb i możliwości, a w przypadku, gdy tak nie jest – by mógł wypowiedzieć umowę w okresie referencyjnym, tj. w czasie, w którym ubezpieczyciel potrąca koszty wstępne, bez ponoszenia z tego tytułu niewspółmiernych sankcji finansowych”¹⁶². Innymi słowy sprzeczność z dobrymi obyczajami polega na „złamaniu równości podmiotów stosunku obligacyjnego”¹⁶³.

W decyzji wydanej wobec PKO Życie TU S.A.¹⁶⁴ istota dobrych obyczajów została wyjaśniona następująco:

„W zakresie określenia istoty poszanowania dobrych obyczajów orzecznictwo odwołuje się m.in. do istoty dobrego obyczaju jako szeroko rozumianego szacunku dla drugiego człowieka. Miarę tych wymogów stanowił poziom moralny właściwy godziwemu życiu zarobkowemu i gospodarczemu. Posługiwano się w tym ujęciu pewnym wzorcem w postaci przeciętnego członka danej społeczności, a także odwołaniem do pewnych wartości pożądanych i akceptowanych w obrocie rynkowym¹⁶⁵. Literatura dopuszcza także dokonywanie stosownych ocen na podstawie norm środowiskowych, a więc o węższym zasięgu oddziaływania.

Z uwagi na to, iż normy postępowania będące »dobrymi obyczajami« mają z reguły charakter moralny i zwyczajowy, nie da się określić zamkniętego ich katalogu. Dopiero w konkretnej sytuacji możliwe jest przypisanie im określonej treści poprzez ocenę konkretnego postępowania z punktu widzenia ukształtowanej, uczciwej postawy przedsiębiorców – przyjmując za miernik uczciwości ocenę zorientowaną na zapewnienie niezakłóconego funkcjonowania konkurencji przez rzetelne i niezafałszowane współzawodnictwo pod względem jakości, ceny i innych pożądanych przez klientów cech oferowanych towarów i usług oraz poszanowanie pozycji konsumentów. Jak słusznie

¹⁶² Decyzja Prezesa UOKiK nr RPZ-11/2015 z dnia 14 października 2015 r. dot. PZU Życie S.A. (sygn. RPZ-61/3/15/JM).

¹⁶³ Decyzja Prezesa UOKiK nr RWR-18/2015 z dnia 2 listopada 2015 r. dot. AXA Życie TU S.A. (sygn. RWR 61-15/2014/WS).

¹⁶⁴ Decyzja Prezesa UOKiK nr RLU-4/2015 z dnia 15 października 2015 r. dot. PKO Życie TU S.A. (sygn. RLU-61-38/13/IM).

¹⁶⁵ Por. A. Kraus, F. Zoll, *op. cit.*, s. 26 i 171.

zauważył Sąd Najwyższy: »W płaszczyźnie stosunków kontraktowych zasady te wyrażają się istnieniem powszechnie akceptowanych reguł przyzwoitego zachowania się wobec kontrahenta. Szczególne znaczenie mają reguły uczciwości i rzetelności tzw. kupieckiej, których należy wymagać od przedsiębiorcy – profesjonalisty na rynku, a mianowicie przestrzegania dobrych obyczajów, zasad uczciwego obrotu, rzetelnego postępowania czy lojalności i zaufania«¹⁶⁶. Zdaniem organu ochrony konsumentów, zasady uczciwości i rzetelności kupieckiej przy tworzeniu umowy ubezpieczenia na życie powinny uwzględniać również interes konsumentów, a przynajmniej go nie naruszać. Działania przedsiębiorcy nie powinny dążyć do uprzywilejowania tylko silniejszej strony kontraktu, z jednoczesnym pokrzywdzeniem tej słabszej – czyli konsumenta”.

W podobny sposób istota dobrych obyczajów została scharakteryzowana w decyzji wydanej wobec STU na Życie Ergo Hestia S.A.¹⁶⁷:

„Pojęcie dobrych obyczajów nie zostało w prawie zdefiniowane, ale podobnie jak zasady współżycia społecznego, jest przedmiotem wielu orzeczeń sądowych oraz opracowań doktryny¹⁶⁸. Wskazuje się w nich, że dobre obyczaje to uczciwe zasady postępowania i ustalone zwyczaje w ujęciu etyczno-moralnym, a na ich treść składają się elementy etyczne i socjologiczne kształtowane przez oceny moralne i społeczne stanowiące uzupełnienie porządku prawnego. W zakresie określenia istoty poszanowania dobrych obyczajów orzecznictwo odwołuje się m.in. do istoty dobrego obyczaju jako szeroko rozumianego szacunku dla drugiego człowieka. Przy takim założeniu sprzeczne z dobrym obyczajem jest np. nierzetelne udzielanie informacji konsumentom, wykorzystanie ich niewiedzy czy braku doświadczenia życiowego. W doktrynie przybliżając treść omawianego pojęcia, zwraca się także uwagę na fakt, iż wedle tradycyjnego stanowiska dobre obyczaje były oceniane z punktu widzenia zasad etycznych i moralnych, podstawą orzekania zaś miało być »poczucie godności ogółu ludzi, myślących sprawiedliwie i słusznie«. Miarę tych wymogów stanowił poziom moralny właściwy godziwemu życiu zarobkowemu i gospodarczemu. Posługiwano się w tym ujęciu pewnym wzorcem w postaci przeciętnego członka danej społeczności, a także odwołaniem do

¹⁶⁶ Wyrok SN z dnia 22 czerwca 2010 r. (IV CSK 555/09).

¹⁶⁷ Decyzja Prezesa UOKiK nr RGD-6/2015 z dnia 26 listopada 2015 r. dot. STU na Życie Ergo Hestia SA (sygn. RGD-61-19/14/15/JM).

¹⁶⁸ Por. np. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 13 listopada 1991 r. (I ACr 411/91, „Wokanda” 1992 nr 4); J. Szwaia, *op. cit.*, s. 122–133; R. Stefanicki, *Dobre obyczaje w prawie polskim*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2002, nr 5.

pewnych wartości pożądaných i akceptowanych w obrocie rynkowym. W literaturze dopuszcza się także dokonywanie stosownych ocen na podstawie norm środowiskowych, a więc o węższym zasięgu oddziaływania.

W wyroku z dnia 16 stycznia 2013 r., w sprawie o sygn. akt XVII AmC 5406/11, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, definiując pojęcie dobrych obyczajów, wskazał, że »poprzez dobre obyczaje rozumiemy pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tymi praktykami życia gospodarczego. Wszystkie one podlegają zmianom w ślad za zmieniającymi się ideologiami politycznymi i społeczno-gospodarczymi oraz przewartościowaniami moralnymi. W szczególności zaś dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywania w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej«. Natomiast w wyroku z dnia 23 lutego 2006 r. sygn. akt XVII Ama 118/04 Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów stwierdził, że »za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u konsumenta, a także wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności«.

Z uwagi na to, iż normy postępowania będące »dobrymi obyczajami« mają z reguły charakter moralny i zwyczajowy, nie da się określić zamkniętego ich katalogu. Dopiero w konkretnej sytuacji możliwe jest przypisanie im określonej treści poprzez ocenę konkretnego postępowania z punktu widzenia ukształtowanej, uczciwej postawy przedsiębiorców – przyjmując za miernik uczciwości ocenę zorientowaną na zapewnienie niezakłóconego funkcjonowania konkurencji przez rzetelne i niezafałszowane współzawodnictwo pod względem jakości, ceny i innych pożądaných przez klientów cech oferowanych towarów i usług oraz poszanowanie pozycji konsumentów. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy: »W płaszczyźnie stosunków kontraktowych zasady te wyrażają się istnieniem powszechnie akceptowanych reguł przyzwoitego zachowania się wobec kontrahenta. Szczególne znaczenie mają reguły uczciwości i rzetelności tzw. kupieckiej, których należy wymagać od przedsiębiorcy – profesjonalisty na rynku, a mianowicie przestrzegania dobrych obyczajów, zasad uczciwego obrotu, rzetelnego postępowania czy

lojalności i zaufania«. Zdaniem organu ochrony konsumentów, zasady uczciwości i rzetelności kupieckiej przy tworzeniu umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powinny uwzględniać również interes konsumentów, a przynajmniej go nie naruszać. Działania przedsiębiorcy nie powinny dążyć do uprzywilejowania tylko silniejszej strony kontraktu, z jednoczesnym pokrzywdzeniem tej słabszej – czyli konsumenta”.

Przenosząc naruszenie dobrych obyczajów na płaszczyznę umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Prezes UOKiK postrzega naruszenie dobrych obyczajów przede wszystkim w ograniczeniu prawa do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego¹⁶⁹:

„W toku postępowania ustalono, że Towarzystwo stosuje bardzo wysokie opłaty w pierwszym roku trwania umowy, sięgające w większości przypadków 99% (...) wartości składek regularnych wpłacanych w tym okresie przez konsumentów. Są to opłaty określone w OWU analizowanych produktów jako opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy (w przypadku produktów z grupy MultiPIN) albo opłata warunkowa (w przypadku produktów z grupy Alfa ETF) – dalej obie powyższe opłaty nazywane będą »opłatami wstępnymi«. Przedmiotowe opłaty są pobierane »z góry«, jeszcze bezpośrednio od każdej zapłaconej składki regularnej należnej za pierwszy obowiązywania umowy przed jej zapisaniem na Subkoncie Składek Regularnych w postaci jednostek uczestnictwa. Co istotne, pobrane opłaty uszczuplają wypłatę dokonywaną przez AEGON w związku z rozwiązaniem przez konsumenta umowy na skutek jej wypowiedzenia albo w wyniku wygaśnięcia umowy na skutek nieopłacenia kolejnych składek regularnych lub też dokonania wykupu (dalej wszystkie trzy sytuacje będą określane mianem »wygaśnięcie umowy«) – o ile, każdy z tych okoliczności nastąpi w Pierwszym Okresie Inwestycji. Jak już zostało to wcześniej wskazane, okres ten w zależności od danego produktu może wynieść od 6 do nawet 15 lat. Po tym okresie konsumentowi zwracana jest wcześniej pobrana opłata (określona jako Premia), która – o ile dany produkt to przewiduje – zostaje pomnożona przez wskaźnik w wysokości (1,05).

Konsekwencją zastrzeżenia tak dużych opłat wstępnych (czyli takich, które pobierane są na początku umowy, prosto ze składek regularnych wpłacanych przez

¹⁶⁹ Decyzja Prezesa UOKiK nr RBG-14/2015 z dnia 28 grudnia 2015 r. dot. Aegon TU na Życie S.A. (sygn. RBG-61-02/15/KL).

konsumentów w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia ufk) w treści OWU jest to, że w przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem Pierwszego Okresu Inwestycji konsumentowi (czyli ubezpieczającemu) nie zostanie wypłacona duża część środków, które przekazał wcześniej Towarzystwu w formie składek regularnych. Co więcej, w przypadku wygaśnięcia umowy w pierwszym roku obowiązywania umowy lub bezpośrednio po tym okresie – konsument pozbawiony zostanie całości środków wcześniej wpłaconych. Wspomniany mechanizm ma na celu przerwienie na konsumentów kosztów początkowych ubezpieczenia (kosztów wstępnych), czyli kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia, na które składają się w głównej mierze koszty akwizycyjne, w tym wysokość prowizji i innego rodzaju wynagrodzenia agenta ubezpieczeniowego¹⁷⁰.

Należy przy tym zauważyć, że umowa ubezpieczenia osobowego, do której należy umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie (art. 830 § 1 k.c.). Uprawnienie do wypowiedzenia umowy przysługuje wyłącznie ubezpieczającemu. Przewidziany przez ustawodawcę model znajduje swoje głębokie uzasadnienie zarówno w aspekcie ochronnym umowy ubezpieczenia na życie, jak i aspekcie inwestycyjnym umowy ubezpieczenia ufk. Prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego nie jest w żaden sposób ograniczone ustawowo. Może być ono realizowane w każdym czasie z zachowaniem terminu wypowiedzenia określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. Wypowiedzenie umowy ma charakter jednostronnego oświadczenia woli. Skuteczność wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego nie jest uzależniona od zgody ubezpieczyciela ani od spełnienia jakichkolwiek dodatkowych przesłanek.

W ocenie Prezesa UOKiK umownym ograniczeniem uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ufk jest obciążanie składek wpłaconych przez konsumentów w pierwszym roku obowiązywania umowy bardzo wysokimi opłatami wstępnymi, które nie są zwracane konsumentom w przypadku wygaśnięcia umowy.

¹⁷⁰ Powyższe najlepiej oddaje postulat prof. dr. hab. M. Wiśniewskiego adresowany do regulatora rynku ubezpieczeniowego: „Należy unikać niefortunnego terminu »opłaty likwidacyjne«. Istotę problemu [kosztów początkowych] lepiej oddają określenia »wartość wykupu«, »stopa wykupu« etc.” – M. Wiśniewski, *Zasadność opłat likwidacyjnych w ubezpieczeniach na życie z UFK – wymiar ekonomiczny i aktuarialny*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 1, s. 110; por. także: M. Wiśniewski, *Wartość polis życiowych z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2, s. 31.

Przedmiotowe opłaty nie są jednocześnie ekwiwalentem żadnych czynności wykonywanych w celu prawidłowego wykonania dotychczasowej umowy lub też nie stanowią kosztów jej rozwiązania, a mają rekompensować Towarzystwu bliżej niezidentyfikowane i nieokreślone koszty poniesione przed zawarciem umowy, w tym przede wszystkim koszty akwizycji (nazwane w umowie dystrybucją), czyli wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego. Groźba utraty dużej części bądź całości środków wpłaconych przez konsumentów w formie składek regularnych w pierwszym roku obowiązywania umowy na rzecz prawidłowego wykonania umowy przez dalszy okres jej trwania stanowi materialne ograniczenie uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ufk w każdym czasie.

W takim też tonie wypowiedział się Sąd Najwyższy, który wskazał, że: »Nie ulega wątpliwości, że niedozwolone są także postanowienia umowne uszczuplające ustawowe uprawnienia konsumenta; nałożenie we wzorcu umowy na konsumenta obowiązku zapłaty kwoty pieniężnej i to w znacznej wysokości, w razie skorzystania przez niego z prawa przyznanego mu w ustawie, jest sprzeczne zarówno z ustawą, jak i dobrymi obyczajami, gdyż zmierza do ograniczenia ustawowego prawa konsumenta, czyniąc ekonomicznie nieopłacalnym korzystanie z tego prawa«¹⁷¹.

Reasumując:

„W ocenie Prezesa UOKiK pobieranie całości lub dużej części wpłaconych środków przez pierwszy rok trwania umowy, a następnie niezwracanie tych środków konsumentom w przypadku rozwiązania umowy w Pierwszym Okresie Inwestycji, może naruszać dobre obyczaje kontraktowe i stanowi wyraz nadużywania przez przedsiębiorcę uprzywilejowanej pozycji względem słabszej strony stosunku obligacyjnego. Tak ustalone opłaty wstępne wprowadzają wyraźną dysproporcję pomiędzy obowiązkami stron umowy w pierwszych jej latach obowiązywania, co przekłada się na sposób wykonania kontraktu przez cały Pierwszy Okres Inwestycji. Ponadto sytuacja ta powoduje, że AEGON w Pierwszym Okresie Inwestycji w nieuczciwy sposób »zatrzymuje« konsumenta przy umowie wyłącznie za pomocą swoistej sankcji ekonomicznej, a nie np. poprzez atrakcyjność oferowanych produktów. Poprzez zastosowanie w OWU analizowanych w niniejszej decyzji postanowień umownych konsument może albo kontynuować ubezpieczenie i płacić składki, pomimo że tego nie chce, albo zrezygnować z

¹⁷¹ Wyrok SN z dnia 23 marca 2005 r. (I CK 586/04).

ubezpieczenia i utracić całość lub znaczną część środków finansowych wpłaconych wcześniej w formie składek regularnych. *De facto* więc wskutek zastosowania analizowanych opłat wstępnych [...] konsument może być pozbawiony faktycznej możliwości rozwiązania umowy”.

Trafnie zostało to także podniesione w decyzji przeciwko AXA Życie TU S.A.¹⁷²:

„W toku postępowania uprawdopodobniono, że stosowane przez AXA rozwiązania kształtują prawa i obowiązki konsumentów w umowach ubezpieczenia na życie z UFK w taki sposób, że prowadzi to do pozbawienia ich procentowo określonej części środków zgromadzonych na właściwych rachunkach. Taka sytuacja jest skutkiem zastrzeżenia we wzorcach umów prawa do zastosowania mechanizmu wartości wykupu albo pobrania opłaty likwidacyjnej. Powyższe rozwiązania znajdują swoje uzasadnienie wyłącznie w przyjętej konstrukcji techniczno-ubezpieczeniowej ubezpieczenia, jednakże nie znajdują legitymizacji w przepisach prawa. Brak jest również podstaw do umniejszenia wartości zgromadzonych środków o ukrytą opłatę likwidacyjną i wypłacanie tzw. wartości wykupu. Wypłata pełnej wartości wykupu, czyli wydanie wszystkich środków pieniężnych z umorzenia jednostek odzwierciedlających aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jest konsekwencją rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek odpadnięcia zobowiązania do dalszego opłacania składek. Przepisy prawa nie pozwalają na pomniejszenie wypłacanej kwoty o jakiegokolwiek potrącenia również z tego względu, że stanowiłoby to materialne ograniczenia prawa ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy w każdym czasie trwania kontraktu. Ustawodawca przesądził, że rozkładem uprawnień prawno kształtujących rządzi asymetria na korzyść ubezpieczającego: tylko ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia osobowego w każdym czasie, czego nie może uczynić ubezpieczyciel”.

Naruszenie dobrych obyczajów przejawia się w tym, że: „Celem przyjętego sposobu ustalania wartości wykupu jest przerzucenie na konsumentów (ubezpieczających) kosztów początkowych ubezpieczenia (kosztów wstępnych), tj. kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia. Do tych kosztów należą w głównej mierze koszty

¹⁷² Decyzja Prezesa UOKiK nr RWR-18/2015 z dnia 2 listopada 2015 r. dot. AXA Życie TU S.A. (sygn. RWR 61-15/2014/WS).

akwizycyjne, w tym wysokość prowizji agenta ubezpieczeniowego¹⁷³. Ten sam argument został podniesiony w decyzji przeciwko Nationale-Nederlanden TU na Życie¹⁷⁴:

„W toku postępowania ustalono, że zakład ubezpieczeń przy rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z ufk stosował różnego rodzaju mechanizmy zmniejszania wartości środków pieniężnych zgromadzonych przez konsumentów na rachunku rejestrującym jednostki uczestnictwa poszczególnych funduszy, nabywane ze składek uiszczanych przez konsumentów (dalej również: »mechanizm zmniejszania wartości środków pieniężnych zgromadzonych przez konsumentów na rachunku«) poprzez pobieranie opłaty likwidacyjnej, opłaty dystrybucyjnej, opłaty za wypłatę, czy też opłat o charakterze likwidacyjnym (w razie zastosowania mechanizmu *Wartości wykupu*) (dalej ww. mechanizmy będą nazywane również ogólnie »opłatą likwidacyjną«). Ich wysokość uzależniona jest od okresu, w którym następuje rozwiązanie umowy, a także od innych czynników np. wysokości składki jednorazowej, częstotliwości opłacania składek (tj. regularnie czy jednorazowo).

Wspomniane mechanizmy mają jeden i ten sam cel: jest nim przerzucenie na ubezpieczonych kosztów początkowych ubezpieczenia (kosztów wstępnych), czyli kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia, na które składają się w głównej mierze koszty akwizycyjne, w tym wysokość prowizji i innego rodzaju wynagrodzenia agenta ubezpieczeniowego¹⁷⁵».

4.6. Zobowiązanie do usunięcia skutków naruszenia

Na jesieni 2015 r. Prezes UOKiK zaczął wydawać pierwsze decyzje, które legalizowały zobowiązania składane przez ubezpieczycieli do obniżenia opłat likwidacyjnych w istniejących umowach i wyeliminowania ich z kwestionowanych wzorców umownych. Zobowiązania ubezpieczycieli mają wejść w życie po upływie czasu określonego w decyzji od jej uprawomocnienia się (od 3 do 6 miesięcy).

Usunięcie skutków naruszenia ma przejawiać się w:

- 1) wycofaniu z obrotu produktów objętych postępowaniem,

¹⁷³ Decyzja Prezesa UOKiK nr RPZ-12/2015 z dnia 2 listopada 2015 r. dot. Pramerica Życie TUiR S.A. (sygn. RPZ 61/4/15/JM).

¹⁷⁴ Decyzja Prezesa UOKiK nr RKR-10/2015 z dnia 23 września 2015 r. dot. Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A. (sygn. RKR-61-13/14/SJ-30/15).

¹⁷⁵ Por. przypis 170.

- 2) zmianie stosowanego mechanizmu wyliczenia świadczenia całkowitego wykupu w obowiązujących umowach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
- 3) przesłaniu informacji do ubezpieczających.

▪ **Zmiana mechanizmu**

Aneks do umowy zawierać ma postanowienie – w kontekście dotychczasowego mechanizmu pomniejszania środków – przewidujące nową wysokość obniżonej opłaty. W przypadku gdy sposób wyliczenia wartości wykupu według nowych zasad okazałby się mniej korzystny od dotychczasowego, ma być stosowany sposób dotychczasowy. W niektórych decyzjach zobowiązujących pojawiała się górna wysokość dokonywanego pomniejszenia według nowych zasad, np. nie więcej niż 5000 zł¹⁷⁶. Zmiana mechanizmu to obniżenie opłaty, podwyższenie wskaźnika wykupu lub podwyższenie tzw. premii rekompensującej pobraną opłatę warunkową. Zmiana mechanizmu to także zmiany podstawy naliczania opłaty za wykup całkowity w ten sposób, że zamiast od aktywów, których poziom nie jest dla konsumenta możliwy do przewidzenia, opłata będzie pobierana od opłaconych należnych składek¹⁷⁷.

Przykładowo, ograniczenie opłaty będzie polegać na tym, że jej nowa wysokość nie będzie wyższa niż 5% wartości umowy. Pojęcie „wartość umowy” rozumiane jest jako suma składek regularnych płaconych przez konsumenta w okresie, przez jaki konsument zgodnie z umową zobowiązany jest do ponoszenia opłat w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy, przy założeniu ciągłego trwania umowy i regularnego opłacania składek w całym okresie ubezpieczenia¹⁷⁸.

▪ **Komunikat do ubezpieczających (ubezpieczonych)**

Informacja o zmianie mechanizmu ustawiania wartości wykupu bądź wysokości opłaty przekazywana ma być ubezpieczonym, którzy są stronami umów ubezpieczenia w dniu wydania decyzji, a którzy nie wypowiedzieli albo nie wystąpili z umów ubezpieczenia przed tym dniem i przed terminem określonym w decyzji o możliwości zawarcia aneksu.

¹⁷⁶ Tak: MetLife TU na Życie i Reasekuracji S.A.

¹⁷⁷ Tak: UNIQA TU na Życie S.A.

¹⁷⁸ Tak: Generali Życie TU S.A.

Komunikat powinien zawierać:

- 1) informację o zmianie mechanizmu wyliczenia świadczenia całkowitego wykupu ze względu na wydanie decyzji zobowiązującej,
- 2) wskazanie strony internetowej UOKiK, gdzie została zamieszczona decyzja,
- 3) informację o możliwości zawarcia aneksu,
- 4) termin, od którego nastąpi zmiana mechanizmu wyliczenia wartości wykupu,
- 5) informację o tym, że akceptacja aneksu do umowy nie wyłącza ani nie ogranicza uprawnień ubezpieczającego do dochodzenia dalej idących roszczeń dotyczących wartości wykupu na drodze cywilnoprawnej.

W celu wyeliminowania dodatkowego przekazu marketingowego w decyzjach zaznaczono, że informacja zawarta w komunikacie powinna zostać ograniczona do elementów treści decyzji. W treści komunikatu ma zostać zamieszczona informacja, że treść komunikatu, jak i informacja o możliwości zawarcia aneksu do umowy znajdzie się na stronie internetowej ubezpieczyciela.

▪ **Aneks do umowy ubezpieczenia**

Zmiana mechanizmu sposobu wyliczenia wartości wykupu ma dokonać się na dwa sposoby. W pierwszym do wysłanego komunikatu ma być dołączany aneks, który podpisany wymaga – dla swojej skuteczności – odesłania na adres siedziby ubezpieczyciela, kontaktu telefonicznego lub wysłania wiadomości drogą elektroniczną z załączonym skanem podpisanego aneksu. Wysłanie komunikatu przez ubezpieczyciela może odbyć się drogą elektroniczną. Podpisany przez ubezpieczającego (ubezpieczonego) aneks (porozumienie) ma być odsyłany zwrotnie – jako podpisany przez ubezpieczyciela. W drugim przypadku mechanizm ten będzie przebiegać odwrotnie: ubezpieczyciel przesyła ubezpieczającemu (ubezpieczonemu) podpisany przez siebie aneks, który będzie mógł być przyjęty przez konsumenta, a podpisany – zwrotnie przesłany na adres ubezpieczyciela.

Jeśli zaś chodzi o umowy ubezpieczenia grupowego, gdyby nie doszło do zawarcia pomiędzy przedsiębiorcami (ubezpieczycielem a bankiem lub pośrednikiem finansowym) aneksu, ubezpieczyciel zobowiąże się do przesłania ubezpieczonym porozumienia, na podstawie którego dojdzie do zmiany mechanizmu określania wartości wykupu.

Szczegóły sposobu zawierania aneksu do umowy ubezpieczenia określają poszczególne decyzje. Należy dodać, że aneks nie jest ugodą, a jego zawarcie nie zamyka ubezpieczającemu drogi do dochodzenia swoich prawnie chronionych interesów – w tym w szczególności dalej idących roszczeń dotyczących wartości wykupu lub opłaty likwidacyjnej – na drodze cywilnej.

4.7. Weryfikacja wykonania zobowiązania

Decyzje zobowiązujące zawierają w swojej treści mechanizm weryfikacji wykonania. W określonym czasie od uprawomocnienia się decyzji (np. 9 miesięcy¹⁷⁹) ubezpieczyciele mają obowiązek złożenia sprawozdania z realizacji wykonania przyjętego zobowiązania poprzez:

- 1) przedłożenie uchwały zarządu ubezpieczyciela wycofującej z obrotu dany produkt ubezpieczeniowy,
- 2) przedłożenie uchwał zarządu ubezpieczyciela dokonujących zmiany wysokości opłat likwidacyjnych lub wskaźników wykupu,
- 3) przedłożenie przykładowej propozycji zawarcia aneksu wraz z pismem przewodnim – odrębnie dla wszystkich grup produktów objętych zobowiązaniem,
- 4) przekazanie danych o liczbie złożonych ofert zawarcia aneksów oraz o liczbie ubezpieczających, którzy do dnia złożenia sprawozdania przyjęli ofertę zawarcia aneksu oraz tych, którzy na ofertę nie odpowiedzieli,
- 5) przekazanie danych o liczbie zawartych porozumień modyfikujących treść stosunku ubezpieczenia w ubezpieczeniach grupowych,
- 6) przekazanie wydruku komunikatu umieszczonego na stronie internetowej ubezpieczyciela.

¹⁷⁹ Tak: TU na Życie WARTA S.A.

4.8. Decyzje zobowiązujące

Prezes UOKiK Adam Jasser w następujący sposób wyjaśnił powody przyjęcia zobowiązań złożonych przez ubezpieczycieli:

„Przyjęliśmy zobowiązania ubezpieczycieli, gdyż w naszej ocenie znacząco i niezwłocznie poprawiają one sytuację konsumentów dotkniętych problemem wysokich kosztów rezygnacji z polis. Na podkreślenie zasługuje wola współpracy z Urzędem i determinacja zarządów, by odbudować zaufanie konsumentów poprzez dobrowolne działania eliminujące niekorzystne skutki zarzucanych praktyk. Negocjacje z ubezpieczycielami objętymi pozostałymi postępowaniami są w toku, ale przyjęcie zobowiązań, tak jak i w tych trzech przypadkach, będzie możliwe, gdy korzyści dla konsumentów będą znaczące. Pragnę również podkreślić, że choć jesteśmy na nie otwarci, negocjacje nie mogą trwać w nieskończoność. Byłoby to nie fair w stosunku do tych firm, które już podjęły działania”¹⁸⁰.

1. Pierwsze zobowiązania zostały przyjęte przez Prezesa UOKiK pod koniec września 2015 r. i dotyczyły 3 z 17 ubezpieczycieli, w stosunku do których zostały wszczęte postępowania, tj. Aviva TU na Życie S.A., TU Allianz Życie Polska S.A. oraz Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A.¹⁸¹

Aviva TU na Życie S.A. zobowiązało się do wycofania ze swojej oferty produktu ubezpieczeniowego z kwestionowanymi opłatami oraz umożliwienia konsumentom bezterminowego aneksowania posiadanych umów. W tym przypadku wysokość opłaty likwidacyjnej nie przekroczy 15% środków zgromadzonych na rachunku, jednak nie więcej niż 1500 zł, a wartość wykupu będzie równa wartości wszystkich środków pomniejszonej o zadłużenie z umów dodatkowych. Ubezpieczyciel będzie też informował o możliwości skorzystania z tych warunków każdego konsumenta, który wyrazi wolę wcześniejszego rozwiązania umowy.

TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązało się do obniżenia kosztu wykupu polisy do poziomu 25% składki regularnej pierwszorocznej, nie więcej niż 5000zł dla umów opłacanych składką regularną i 4% dla umów opłacanych składką jednorazową. O

¹⁸⁰ <https://finanse.uokik.gov.pl/ufk/kalendarium/postepowania-uokik-w-sprawach-polis-z-ufk-zobowiazania-ubezpieczycieli>.

¹⁸¹ *Ibidem*.

obniżeniu opłat przedsiębiorca powiadomi konsumentów listownie i za pośrednictwem strony internetowej.

Nationale-Nederlanden TU na Życie S.A. (poprzednio: ING TU na Życie S.A.) zobowiązało się nie stosować opłat likwidacyjnych w odniesieniu do polis zawartych po 1 stycznia 2016 r. Dla dotychczasowych klientów opłaty te nie będą wyższe niż 15% wartości rachunku w przypadku składek regularnych oraz 1000 zł w przypadku składki jednorazowej¹⁸².

2. Kolejne decyzje zobowiązujące zostały wydane w połowie października 2015 r. i dotyczyły MetLife TU na Życie S.A., PKO Życie TU S.A. oraz PZU Życie S.A.¹⁸³

MetLife TU na Życie S.A. zobowiązało się do umożliwienia konsumentom aneksowania kwestionowanych umów. Zmiany będą dotyczyły 38 wzorców umownych. Zgodnie z nowymi warunkami opłata likwidacyjna będzie wynosiła 25% składki pierwszorocznej w przypadku umów ze składką regularną albo 7,5% w przypadku umów ze składką jednorazową. W obu przypadkach maksymalna kwota pobieranej opłaty nie przekroczy 5000 zł. O możliwości zawarcia aneksu do umowy ubezpieczyciel poinformuje konsumentów listownie. Oferta będzie miała charakter bezterminowy. Jednocześnie każdy konsument zainteresowany likwidacją polisy będzie otrzymywał telefoniczną informację o możliwości zakończenia umowy na korzystniejszych warunkach. Obecnie MetLife nie stosuje już wzorców zakwestionowanych w toku postępowania.

PKO Życie TU S.A. (poprzednio: Nordea Życie S.A.) zobowiązało się wprowadzić zmiany w 25 wzorcach umownych dotyczących polis z UFK oferowanych klientom własnym oraz m.in. banków i pośredników oferujących kredyty hipoteczne (Alior Bank, Bank BPH, Getin Noble Bank, Open Finance, Home Broker i inni). Opłaty likwidacyjne ponoszone przez dotychczasowych klientów zostaną obniżone w przypadku ubezpieczeń ze składką regularną średnio o 75% i nie będą wyższe niż 25% wartości wpłaconych składek oraz 4% dla umów opłacanych składką jednorazową. Ubezpieczyciel przekaze konsumentom propozycję zawarcia aneksu do umowy bądź równoważnego porozumienia. Będzie także informował ich o możliwości skorzystania z nowych warunków za pośrednictwem strony internetowej, aplikacji dla klientów oraz bezpośrednio – za każdym razem gdy klient wyrazi wolę rozwiązania umowy.

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ <https://finanse.uokik.gov.pl/ufk/kalendarium/polisy-na-zycie-z-ufk-kolejne-zobowiazania>.

PZU Życie S.A., które ma w ofercie jedynie produkt ze składką jednorazową, zobowiązało się do obniżenia kosztu wykupu polisy w obowiązujących umowach do poziomu nieprzewyższającego 4% środków zgromadzonych na rachunku udziałów konsumenta, jednak nie więcej niż 7500 zł. Ubezpieczyciel listownie zawiadomi konsumentów o obniżeniu opłat, proponując im podpisanie aneksów do umów. Oferta zawarcia aneksów ma charakter bezterminowy. Konsument będzie mógł z niej skorzystać przez cały okres obowiązywania umowy. Ponadto ubezpieczyciel zobowiązał się, że od 1 stycznia 2016 r. nie będzie zawierał nowych umów w oparciu o zakwestionowany przez Urząd wzorzec umowny, poprzez wycofanie tego wzorca z oferty.

3. Na początku listopada 2015 r. AXA Życie TU S.A. oraz TU na Życie Europa S.A. zobowiązały się do obniżenia opłat likwidacyjnych, a Pramerica TUIR S.A. – do całkowitego odstąpienia od ich pobierania¹⁸⁴.

AXA Życie TU S.A. zobowiązało się obniżyć opłaty pobierane od konsumentów posiadających łącznie 39 produktów. Są wśród nich zarówno polisy indywidualne, jak i grupowe. Ubezpieczyciel oferował je bezpośrednio oraz poprzez banki (m.in. mBank, Idea Bank, BNP Paribas). W przypadku polis opłacanych składką regularną koszty nie przekroczą 25% zgromadzonych środków, natomiast klienci, którzy zdecydują się na wcześniejsze zakończenie umowy ze składką jednorazową poniosą koszty nie wyższe niż 7%. Konsumentom otrzymają od AXA Życie listy zawierające odpowiednie aneksy do umów. Oferta ich zawarcia będzie miała charakter bezterminowy – konsument będzie mógł z niej skorzystać przez cały okres trwania polisy. Dodatkowo informacja o nowych warunkach zostanie umieszczona na stronie internetowej ubezpieczyciela.

TU na Życie Europa S.A. zobowiązało się do zmiany umów ubezpieczenia z UFK zawartych w oparciu o 46 zakwestionowanych w postępowaniu wzorców umów, dotyczących polis indywidualnych i grupowych. Dla polis opłacanych składką regularną maksymalne opłaty likwidacyjne będą wynosiły 25% wartości rachunku. Z kolei konsumenci wycofujący się z ubezpieczeń opłaconych składką jednorazową poniosą koszty nie wyższe niż 4% wartości rachunku lub zainwestowanej składki. Zobowiązania TU na Życie Europa odnoszą się też do opłat określonych w poszczególnych ogólnych warunkach ubezpieczenia jako opłata rozliczeniowa, operacyjna lub manipulacyjna.

¹⁸⁴ <https://finanse.uokik.gov.pl/ufk/kalendarium/polisy-na-zycie-z-ufk-kolejni-ubezpieczyciele-zmienia-zasady-pobierania-oplat-likwidacyjnych>.

Podpisane przez przedstawicieli TU na Życie Europa aneksy do zawartych umów konsumenci otrzymają listownie. Niezależnie od tego informacja o możliwości zakończenia kontraktu na korzystniejszych warunkach znajdzie się na stronie internetowej ubezpieczyciela. Będzie też przekazywana indywidualnie każdemu konsumentowi zainteresowanemu likwidacją polisy.

Pramerica Życie TUiR S.A. w produkcie objętym postępowaniem zobowiązało się całkowicie zrezygnować z pobierania od konsumentów opłaty likwidacyjnej, niezależnie od daty zawarcia umowy. Oznacza to, że w produkcie tym opłaty nie będą pobierane ani od konsumentów będących stronami obowiązujących umów, ani od nowych klientów. Złożone wobec dotychczasowych klientów zobowiązanie ma charakter bezterminowy i jest nieodwołalne – konsument będzie mógł z niego skorzystać przez cały okres obowiązywania umowy. Ubezpieczyciel przekaze konsumentom informacje o odstąpieniu od pobierania opłat pocztą tradycyjną i elektroniczną, a także za pośrednictwem konta w portalu klienta indywidualnego. Komunikat w tej sprawie zostanie też zamieszczony na stronie internetowej Pramerica.

4. Pod koniec listopada 2015 r. do grona ubezpieczycieli, których zobowiązania zostały przyjęte przez Prezesa UOKiK, dołączyły STU na Życie Ergo Hestia S.A., TU na Życie WARTA S.A. i UNIQA TU na Życie S.A.¹⁸⁵

Z treści wydanych decyzji wynika, że STU na Życie Ergo Hestia S.A. zobowiązało się obniżyć opłaty pobierane od konsumentów posiadających łącznie 4 produkty. Są to polisy opłacane składką regularną, dla których koszty likwidacji nie przekroczą 25% zgromadzonych środków, jednocześnie nie więcej niż 5000 zł. Konsumenci otrzymają od ubezpieczyciela listy zawierające odpowiednie aneksy do umów. Z oferty obniżenia opłaty będzie można skorzystać przez cały okres trwania polisy.

Zobowiązanie UNIQA TU na Życie S.A. dotyczy dwóch ubezpieczeń grupowych ze składką regularną. Zgodnie z treścią decyzji maksymalna opłata likwidacyjna nie będzie wynosić więcej niż 27% opłaconych składek. Konsumenci otrzymają od ubezpieczającego pisemną informację o możliwości skorzystania z nowych warunków rozwiązania umowy. Pisma zostaną dostarczone indywidualnie do konsumentów za pośrednictwem poczty

¹⁸⁵ <https://finanse.uokik.gov.pl/ufk/kalendarium/trzej-kolejni-ubezpieczyciele-zmienia-zasady-pobierania-oplat-likwidacyjnych>.

tradycyjnej lub elektronicznej w zależności od przyjętej formy komunikacji z ubezpieczającym.

TU na Życie WARTA S.A. zobowiązało się do zmiany umów ubezpieczenia z UFK zawartych w oparciu o zakwestionowane w postępowaniu wzorce umów dotyczących 19 produktów, polis indywidualnych i grupowych. Dla polis opłacanych składką regularną maksymalne opłaty likwidacyjne będą wynosiły 25% uiszczonych składek. Z kolei konsumenci wycofujący się z ubezpieczeń opłaconych składką jednorazową poniosą koszty nie wyższe niż 4% wpłaconej składki. Konsumenci otrzymają od ubezpieczającego ofertę zawarcia aneksu do umowy – za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej. Będzie ona obowiązywać przez cały okres trwania polisy.

5. Kolejne postępowania zostały zakończone pod koniec grudnia 2015 r. Ich skutkiem było obniżenie wysokości opłat likwidacyjnych przez Aegon TU na Życie S.A., Compensa TU na Życie S.A. VIG, Generali Życie T.U. SA oraz Open Life TU Życie S.A.¹⁸⁶

Aegon TU na Życie S.A. zobowiązało się do wycofania z obrotu kwestionowanych produktów, a także do przedstawienia konsumentom propozycji zmiany opłat w wykonywanych umowach. Inaczej niż w przypadku pozostałych ubezpieczycieli, Aegon TU pobierało z góry, od każdej zapłaconej składki regularnej należnej za pierwszy rok obowiązywania umowy, opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy lub opłaty warunkowe. Po przyjęciu zobowiązania opłaty te nie przekroczą 28% wartości zgromadzonych środków.

Compensa TU na Życie S.A. VIG zobowiązało się obniżyć opłaty w 3 rodzajach wykonywanych umów ubezpieczenia UFK ze składką regularną. Wysokość opłaty likwidacyjnej nie będzie przewyższać 25% wartości rachunku.

Generali Życie TU S.A. zobowiązało się obniżyć opłaty pobierane od konsumentów na podstawie 18 zakwestionowanych wzorców umów. W przypadku polis opłacanych składką regularną koszty nie przekroczą 5% wartości umowy, natomiast klienci, którzy zdecydują się na wcześniejsze zakończenie umowy ze składką jednorazową poniosą koszty nie wyższe niż 6%.

Open Life TU Życie S.A. zobowiązało się do obniżenia kosztu wykupu w 90 produktach ubezpieczeniowych. Dla polis opłacanych składką regularną będą one

¹⁸⁶ <https://finanse.uokik.gov.pl/ufk/kalendarium/uokik-zakonczyl-kolejne-postepowania-w-sprawie-oplat-likwidacyjnych>.

wynosiły maksymalnie 25% wartości rachunku udziałów. Konsumentom posiadającym polisy opłacane składką jednorazową poniosą koszty nieprzekraczające 5% wartości rachunku udziałów.

6. Do dnia dzisiejszego nie doszło do porozumienia co do treści zobowiązania pomiędzy Prezesem UOKiK a Skandia Życie TU S.A. – ostatnim z grona 17 ubezpieczycieli życiowych, w stosunku do których zostały wszczęte postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

5. Podsumowanie

Wieloletnie doświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie: Rzecznika Finansowego) związane z *bancassurance*, w tym w szczególności z problemami dotyczącymi ubezpieczeń inwestycyjnych, pozwalają stwierdzić, że dystrybucja ubezpieczeń kanałem bankowym oraz za pośrednictwem nielicencjonowanych pośredników finansowych przysparza konsumentom wielu problemów. W ocenie Rzecznika Finansowego miękkie prawo (ang. *soft law*) nie jest i nie może być lekarstwem na zasadnicze problemy związane z funkcjonowaniem ubezpieczeń w ogólności. Przede wszystkim rekomendacje czy też wytyczne są w całej swej okazałości jedynie odpowiedzią instytucji finansowych i organu nadzoru na stwierdzone wcześniej przez Rzecznika Ubezpieczonych nieprawidłowości w obszarze rynku ubezpieczeniowego. Dlatego też omówione pokrótce aspekty *soft law* nie stanowiły pożądanego ruchu wyprzedzającego, mającego na celu uprzednie zapobieżenie przypadkom złej sprzedaży (*misselling*), związanym z dystrybucją ubezpieczeń na życie z UFK. O tym, że sytuację tę można było przewidzieć wcześniej, wiemy na przykładzie doświadczeń państw Europy Zachodniej, omówionych szerzej w rozdziale III Raportu poświęconym temu zagadnieniu. Niewątpliwie ubezpieczyciele oraz banki – jako że w swojej działalności czerpią z doświadczeń przedsiębiorstw z państw zachodnich, będących bardzo często spółkami powiązаныmi z nimi kapitałowo – mogli przewidzieć skalę ryzyka związanego z produktami budzącymi tak powszechne zastrzeżenia i wątpliwości – chyba że pomimo tej świadomości działali w pełni świadomie, w poczuciu bezkarności i przyzwolenia. Ubezpieczenia inwestycyjne pojawiły się więc w Polsce nie tylko w formie rozwiązań zachodnioeuropejskich, lecz również w swej nieuczciwej odmianie, określanej mianem

toksycznej. Opłaty likwidacyjne rzędu 100% zainwestowanych pieniędzy są ewenementem na skalę europejską. Czy zatem branża ubezpieczeniowa i nadzór ubezpieczeniowy mogą tolerować i pozwalać na dystrybucję niekorzystnych dla konsumentów umów ubezpieczeń inwestycyjnych? Przykład ostatnich lat i będące jego efektem pogłębienie kryzysu zaufania do instytucji i rynków finansowych były ostatnim ostrzeżeniem dla nas wszystkich i jednoczesnym apelem o wprowadzenie niezbędnych zmian ustawowych. Zmiany te obecnie dokonują się na naszych oczach w związku z nowelizacją ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Nowa ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zawiera przepisy, które co prawda nie rozwiązują wszystkich problemów z umowami ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiąc jedynie półśrodek na drodze poprawy sytuacji. Ustawodawca zdaje się nie dostrzegać, bądź podziela kreowany przez ubezpieczycieli punkt widzenia, wskazujący jako istotę problemu nieuczciwą sprzedaż ubezpieczeń (*misselling*), przykładając rękę do dalszej dystrybucji wątpliwych ubezpieczeń, narażając obywateli na straty finansowe. Obowiązki informacyjne względem klienta, czy też obowiązek dokonania analizy jego potrzeb, jak również obowiązek informacji o najistotniejszych postanowieniach umowy nie spowodują znaczącej poprawy sytuacji, jeśli w umowę ubezpieczenia na życie z UFK wkomponowany będzie destrukcyjny dla ubezpieczeń mechanizm wynagradzania pośrednika, czy też w dalszym ciągu – ubezpieczającego¹⁸⁷, rzutujący na wysokie koszty wstępne umowy i determinujący niekorzystne dla ubezpieczonych rozwiązania w postaci niedozwolonych postanowień umownych. Trudno też upatrywać w dalszym ciągu namiastki ubezpieczenia w umowie, w której ochrona ubezpieczeniowa jest marginalizowana, zaś rolę przewodnią odgrywa inwestowanie, którego ryzyko w pełni ponosi ubezpieczający, zaś ubezpieczyciel niezależnie od efektów inwestycji zarabia na „zarządzaniu” produktem. Niezbędną i oczekiwaną zmianą w takiej sytuacji byłoby powiązanie wynagrodzenia ubezpieczyciela z wynikami inwestycji. Pozwoliłoby to uniknąć wprowadzania do obrotu ubezpieczeń inwestycyjnych opartych na instrumentach finansowych związanych z wysokim ryzykiem.

Wydawać by się mogło również, że art. 18 u.d.u.r. stanowi panaceum ograniczające dotychczas obchodzenie przez ubezpieczycieli i ich sieć sprzedaży przepisy o pośrednictwie ubezpieczeniowym lecz w rzeczywistości niewiele zmieniono w tym

¹⁸⁷ Por. wyjątki wskazane w art. 18 u.d.u.r.

względnie, gdyż wprawdzie w ubezpieczeniu grupowym, ubezpieczający nie będzie mógł otrzymywać wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, jednak w ust. 3 tego przepisu zawarto wyjątek, który ogranicza stosowanie powyższych zasad albowiem „wynagradzanie” jest w dalszym ciągu możliwe w odniesieniu do umów ubezpieczenia grupowego, zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych. Ustawodawca w ten sposób pozostawił furtkę do obchodzenia przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i praktyki polegającej na tym, iż niektórzy pośrednicy, aby nie stosować się do wymogów tej ustawy będą tworzyć stowarzyszenia, które występując w roli ubezpieczającego będą miały możliwość uzyskania wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

W odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym ustawa wprowadza także uprawnienie ubezpieczonego do odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia (co następuje w terminie od 10 do 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy). W przypadku decyzji o odstąpieniu wprowadzono przy tym ograniczenie dotyczące możliwości pomniejszenia wartości zwracanych środków o maksymalnie 4% wartości wpłaconych składek w przypadku produktów strukturyzowanych i tzw. polisolokat lub 4% wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego według stanu na dzień otrzymania informacji o odstąpieniu w przypadku ubezpieczenia z UFK. Ustawa nie zakazuje jednak pobierania opłat likwidacyjnych – o ile nie są one zbyt wysokie i nie godzą w interesy konsumenta. Ustawa bowiem nie wyklucza dalszego stosowania innych opłat związanych z likwidacją polisy. Zatem jedynie całkowity zakaz pobierania opłat w tym charakterze pozwoliłby rozwiązać tę sytuację. W ustawie zabrakło najważniejszej kwestii, tj. wypełnienia umowy treścią, a więc nie znajdziemy w niej definicji ubezpieczenia na życie z UFK, nie dowiemy się jaką część tej umowy ma stanowić ochrona ubezpieczeniowa. W konsekwencji nie zakwestionowano sensu funkcjonowania umów z

grupy 3 działu I, zakładając, że lekiem na chorobę będzie przeczytanie i zapoznanie się pacjenta z ulotką informacyjną, czyli przestrzeżenie ubezpieczającego lub ubezpieczonego o możliwym ryzyku.

Podsumowując dotychczasowe doświadczenia w zakresie wprowadzania tzw. dobrych praktyk, rekomendacji i wytycznych, w pierwszej kolejności stwierdzić należy, iż w przypadku działań Związku Banków Polskich oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń rekomendacje nie skutkowały całkowitym wyeliminowaniem istniejących problemów. Nie mogły tego uczynić, gdyż położono w nich nacisk na eliminację najbardziej widocznego, a przy tym powierzchownego problemu – tj. kwestii informacyjnej. Brak zatem rozwiązań ograniczających opłaty likwidacyjne, opłaty za wykup i sposób wynagradzania pośredników uczyniło rekomendacje nieskutecznymi i ułomnymi. Siłę rekomendacji branżowych osłabił też fakt, iż przystąpiło do nich niewiele zakładów ubezpieczeń. Według oficjalnych danych UKNF jak dotychczas uczyniło to tylko pięciu ubezpieczycieli¹⁸⁸. Ponadto z doświadczeń i obserwacji Rzecznika wynika, że część – wydawałoby się – wyeliminowanych przez rekomendacje nieprawidłowości po pierwszych miesiącach funkcjonowania rekomendacji powróciła w innej, zmodyfikowanej formie. Analogicznej sytuacji należy więc obawiać się również w przypadku skuteczności pozostałych rekomendacji i wytycznych.

Ukłon trzeba jednak oddać w kierunku KNF, która w ostatnim czasie spotęgowała działania mające na celu poprawę sytuacji na rynku ubezpieczeń inwestycyjnych. W ocenie Rzecznika dla zapewnienia konsumentom realnej ochrony ich praw byłoby znacznie lepiej, gdyby część wytycznych dystrybucyjnych oraz rekomendacji produktowych znalazło się w regulacji o randze ustawowej.

Z kolei decyzje Prezesa UOKiK z 2015 i 2016 r. chociaż spowodowały obniżenie opłat likwidacyjnych, dystrybucyjnych, czy też podwyższenie wartości wykupu, nie dotyczyły wszystkich warunków umów, w szczególności tych najbardziej dotkliwych dla konsumentów. W przypadku bowiem porozumień UOKiK z TU na Życie Europa S.A. oraz Open Life TU S.A., decyzje te nie objęły produktów, które najpowszechniej były dystrybuowane, czyli w przypadku TU na Życie Europa S.A. – Pareto II, Libra (I, II, III), a w przypadku Open Life TU S.A.: - Plan Regularnego Oszczędzania Zabezpiecz Przyszłość. Przyczyną tego stanu rzeczy jest fakt, iż UOKiK analizował umowy zawarte w większości po

¹⁸⁸ http://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/zakłady_ubezpieczeń_ufk/index.html (stan na 11.03.2016 r.).

1 stycznia 2013 r., do których badane wzorce umowne mają wciąż zastosowanie bądź, jeżeli nie upłynął rok od końca roku, w którym ubezpieczyciel zaprzestał stosowania praktyki ograniczającej konkurencję związanej z danym wzorcem – art. 93 u.o.k.k.

Powyższe tłumaczy więc dlaczego decyzje Prezesa UOKiK w przypadku niektórych ubezpieczycieli wywołują wrażenie „sera szwajcarskiego”. Nie jest to jednak kwestia zamierzona ani przypadku lecz – jak już wskazano – wynika z ograniczeń prawnych dopuszczalności abstrakcyjnej kontroli wzorców umownych pod kątem ich abuzywności. Przyznać jednak należy doniosłość decyzji Prezesa UOKiK, które zawierają w sobie „przyznanie winy” ubezpieczycieli, iż pobierali oni niedozwolone prawnie opłaty, których wysokość ostatecznie z uwagi na kompromis została utrzymana na poziomie akceptowalnym przez UOKiK, co jednak nie oznacza iż nie mogą one zostać w przyszłości podważone na etapie postępowań sądowych, których decyzje zobowiązujące przecież nie wykluczają. Branża ubezpieczeniowa w ten sposób przyznała, że praktyki, których się powszechnie dopuszczała przy konstruowaniu umów ubezpieczeń inwestycyjnych naruszały zbiorowe interesy konsumentów, a przez to stanowiły przejaw nieuczciwych praktyk rynkowych.

Następstwa wywołane nagannymi praktykami ubezpieczycieli w postaci rekomendacji branżowych, wytycznych nadzoru, decyzji Prezesa UOKiK, czy też rozwiązania ustawowe wprowadzone do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej są działaniami, które w ocenie Rzecznika Finansowego nie zniwelują strat ani nie poprawią w krótkim czasie nadszarpniętej reputacji ubezpieczycieli, banków czy firm doradczych zajmujących się dystrybucją ubezpieczeń na życie z UFK. Najprawdopodobniej nie spowoduje też wzrostu zainteresowania konsumentów taką umową ubezpieczenia. Cóż więc trzeba uczynić, aby uzdrowić zaistniałą sytuację? Niezbędny wydaje się powrót do dyskusji nad istotą i przyszłością umowy ubezpieczenia. Rozwiązaniem wydają się powrót do źródeł i wykluczenie z zakresu umowy ubezpieczenia wszelkiej maści produktów hybrydowych, do których należą m.in. ubezpieczenia inwestycyjne. Nie zapominajmy, iż istotą umowy ubezpieczenia jest ponoszenie ryzyka przez ubezpieczyciela w zamian za opłacaną przez ubezpieczającego składkę ubezpieczeniową. Powyższe założenie nijak się ma do funkcjonującej powszechnie konstrukcji ubezpieczeń inwestycyjnych, w których ciężar ryzyka związany z umową ponosi w całości bądź w przeważającej części ubezpieczający czy też sam ubezpieczony.

Rozdział V.

Działania oddolne poszkodowanych. Działalność Stowarzyszenia „Przywiązani do polisy”

Pisząc o problematyce związanej z funkcjonowaniem na polskim rynku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi oraz o działaniach Rzecznika Ubezpieczonych, mających na celu pomoc klientom tego rynku, nie sposób pominąć inicjatyw oddolnych, podejmowanych przez samych pokrzywdzonych, którzy często są pozostawieni sami sobie i zupełnie bezradni w walce z zakładami ubezpieczeń i bankami, którym powierzyli swoje życiowe oszczędności. Wielu z poszkodowanych korzysta z pomocy Rzecznika Finansowego (dawniej: Rzecznika Ubezpieczonych) lub też zwraca się do miejskich albo powiatowych rzeczników konsumentów. Niektórzy z nich kierują skargi bezpośrednio do takich instytucji, jak UOKiK czy KNF, a nawet zwracają się do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Często ostatecznie skargi te trafiały do Biura Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie: do Biura Rzecznika Finansowego).

Przypuszczać należy, że bardzo wielu klientów posiadających tzw. polisolokaty albo nie zorientowało się jeszcze, co posiada, albo zaniechało wszelkich działań reklamacyjnych, pokornie opłacając składki i czekając na koniec okresu ubezpieczenia. Zauważyć przy tym należy, że media, prawdopodobnie obawiając się złych relacji z reklamodawcami, a tym samym utraty zleceń z ich strony, z rzadka podejmują temat niewłaściwych praktyk przy sprzedaży ubezpieczeń z UFK (tzw. *misselling*), przez co problem nie jest wystarczająco publicznie nagłaśniany.

Źródłem wyczerpujących informacji są natomiast rozmaite strony internetowe, gdzie można nie tylko dowiedzieć się, czym są tzw. polisolokaty i opłaty likwidacyjne, ale również zapoznać się z orzecznictwem sądowym w tym zakresie. Na tychże stronach znaleźć można adresy firm odszkodowawczych oraz kancelarii prawniczych świadczących usługi w zakresie odzyskiwania pieniędzy wpłaconych na potocznie nazywane tzw. polisolokaty. Podkreślić należy, że wiele kancelarii wręcz specjalizuje się w odzyskiwaniu opłat likwidacyjnych, obsługując wnioski powodowe zarówno indywidualne, jak i zbiorowe. Zapewne z inicjatywy lub też przy współpracy niektórych kancelarii czy osób z nimi powiązanych powstały strony internetowe oraz aktywnie działające grupy społecznościowe na portalu Facebook. Można tu wymienić takie adresy internetowe, jak: www.przywiazanidopolisy.pl, www.oplatylikwidacyjne.pl, www.odpolisowani.org,

www.ubezpieczenia-inwestycyjne.com.pl, czy www.oszukaniiprzezpolisy.pl. Odpowiednio na portalu Facebook powstały społeczności: Przywiązani do polisy, Opłaty likwidacyjne, Opolisowani, Polisolokaty Kancelaria Prawna Invictus, Polisy to kradzież. Niektóre z inicjatyw przybrały nawet formę prawną stowarzyszenia, o czym będzie mowa dalej. Jak dowiadujemy się ze strony www.oszukaniiprzezpolisy.pl, jest to serwis dla osób poszkodowanych przez towarzystwa ubezpieczeń, mającym dawać wsparcie prawne ofiarom nieuczciwych praktyk rynkowych, dbając przy tym o jak najniższe koszty obsługi prawnej. Swoją działalność serwis ten rozpoczął w listopadzie 2013 r. i obecnie ma prawie 1600 użytkowników. Na portalu Facebook autorzy projektu zamieszczają informacje o bieżących wydarzeniach dotyczących poszkodowanych, dzielą się swoimi doświadczeniami i poglądami oraz informują o wygranych sprawach sądowych. Założyciele serwisu chwalą się swoimi sukcesami, twierdząc, że przez półtora roku (wpis z sierpnia 2015 r.) pomogli ponad 1500 osobom w sprawie tzw. polisolokat. Podobny charakter ma strona www.oplatylikwidacyjne.pl, mająca świadczyć pomoc w odzyskiwaniu opłat likwidacyjnych nakładanych przez ubezpieczycieli. W społeczności Opłaty likwidacyjne na Facebooku możemy zapoznać się z bieżącymi informacjami na temat orzecznictwa dotyczącego opłat likwidacyjnych, a także dowiemy się o ciekawych artykułach prasowych czy działaniach niektórych instytucji, np. Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie Rzecznika Finansowego). Autorzy chwalą się również swoimi sukcesami, tj. uzyskanymi zwrotami opłat likwidacyjnych w skutek wyroków lub ugód.

Podmiotem podejmującym szczególnie aktywnie działania oddolne, mające na celu pomoc poszkodowanym, jak również czynności wpływające na upowszechnienie informacji o tzw. polisolokatach w internecie jest Stowarzyszenie Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do polisy” (dalej: Stowarzyszenie), któremu poświęcone zostanie więcej uwagi, ze względu na nieco szerszy zakres podejmowanych działań. Warto dodać, że działalność Stowarzyszenia wykazuje wiele podobieństw do aktywności organizacji Which? z Wielkiej Brytanii, o której szerzej mowa w rozdziale III Raportu.

Jak stwierdza Prezes Stowarzyszenia „Przypadkowe spotkanie w Kancelarii LWB kilku osób poszkodowanych przez instytucje finansowe, tj. zakłady ubezpieczeń i banki, zaowocowało założeniem Stowarzyszenia, którego celem miało być wywieranie, również poprzez media, nacisku na instytucje państwowe, głównie te odpowiedzialne za nadzór

nad działalnością instytucji finansowych (chodzi tu m.in. o Komisję Nadzoru Finansowego oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów), aby podejmowały działania mające na celu ochronę praw osób poszkodowanych przez zakłady ubezpieczeń i banki”. W późniejszych wystąpieniach Stowarzyszenia pojawiły się słowa krytyki pod adresem instytucji państwowych, których działania zostały ocenione jako nieskuteczne, o czym poniżej.

W lutym 2014 r. dokonano oficjalnej rejestracji Stowarzyszenia oraz zatwierdzono jego statut. Zgodnie z tymże cele Stowarzyszenia to:

1. Działalność publiczna na rzecz ochrony praw osób poszkodowanych przez nieuczciwe praktyki instytucji finansowych, oferujących swoje produkty osobom fizycznym (konsumentom).
2. Inicjowanie działań mających na celu zmiany w przepisach regulujących działalność instytucji finansowych.
3. Występowanie w imieniu członków Stowarzyszenia w sprawach dotyczących interpretacji przepisów prawa w zakresie działalności instytucji finansowych.
4. Informowanie, edukacja oraz rozwój świadomości społecznej w zakresie nieuczciwych praktyk instytucji finansowych.
5. Upowszechnianie wiedzy na temat działalności instytucji finansowych oraz cech produktów oferowanych przez te instytucje.

Powyższe cele mają być realizowane m.in. poprzez: zabieranie głosu i wyrażanie stanowiska na forum publicznym, wspomaganie działalności w procesie stanowienia prawa, działalność wydawniczą i prasową, organizowanie szkoleń i konferencji, współpracę z różnymi instytucjami, prowadzenie działalności doradczej i informacyjnej na rzecz osób poszkodowanych, podejmowanie interwencji na rzecz członków Stowarzyszenia itp.

Z wypowiedzi Prezesa Stowarzyszenia Jacka Łęskiego dowiadujemy się, że sformułowanych zostało kilka postulatów, których realizacja domaga się Stowarzyszenie. „Po pierwsze, chodzi o pomoc osobom, które mają problemy z »uwolnieniem się« od niekorzystnych umów. Po drugie, zbudowanie takich mechanizmów, które nie pozwolą na ten proceder w takim stanie, jakim znajduje się on obecnie. Nie wolno stosować tego typu

opłat i musi to być wyraźnie zaznaczone¹⁸⁹. Trzecią kwestią jest wzmocnienie urzędu Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie: Rzecznika Finansowego). Zdaniem prezesa Stowarzyszenia to jedyny urząd, który stara się realnie pomagać konsumentom, jednak wyposażony jest w niewystarczające kompetencje. Kolejny postulat to uproszczenie pozwów zbiorowych, które zdaniem J. Łęskiego są drogą przez mękę. Obecnie Stowarzyszenie liczy około 30 stałych członków, jednak strona na portalu społecznościowym Facebook – Przywiązani do polisy – ma ponad 11 tysięcy użytkowników.

W latach 2014–2015 Stowarzyszenie, zgodnie z zadaniami określonymi w statucie, występowało do instytucji państwowych, wnioskując o podjęcie konkretnych działań w celu likwidacji procederu i skutków nieuczciwych praktyk rynkowych rozmaitych instytucji finansowych. Prezes Stowarzyszenia przyznał, że pomocy prawnej w opracowywaniu wystąpień udzielała jedna z kancelarii, która z kolei – jak można sądzić – m.in. za pośrednictwem Stowarzyszenia pozyskuje osoby przystępujące do pozwów zbiorowych.

W maju 2014 r. przedstawiciele Stowarzyszenia wzięli udział w II Kongresie Polskiej Izby Ubezpieczeń, gdzie na ręce Prezesa PIU oraz Przewodniczącego KNF, jako „osób odpowiedzialnych za kształt polskiego systemu ubezpieczeń i za to, w jaki sposób wyglądają relacje między klientami a ubezpieczycielami”, złożyli skargę¹⁹⁰, w której zwracają uwagę na fakt, że sprzedaż na polskim rynku ubezpieczeniowym produktów inwestycyjnych pod płaszczykiem ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym prowadzi do bezprawnego pozbawiania tysięcy ludzi ich oszczędności. W opinii Stowarzyszenia firmy ubezpieczeniowe, poprzez sprzedaż produktów inwestycyjnych, porzuciły swoją tradycyjną działalność i „zaczęły oferować klientom produkty o zyskowności podobnej do gry w ruletkę”. Na pseudopolisach bowiem klient firmy ubezpieczeniowej zawsze traci, głównie z powodu bardzo wysokich opłat, spadku wartości jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, a przede wszystkim z uwagi na wygórowane opłaty likwidacyjne. Taka sytuacja ma daleko idące konsekwencje społeczne i „jest dziś przyczyną morza ludzkich dramatów, rozbitych małżeństw, zniszczonych nadziei na spokojną starość”.

¹⁸⁹ <http://www.strefabiznesu.polskatimes.pl/artukul/polisolokaty-caly-czas-przynosza-straty>.

¹⁹⁰ Pismo Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 6 maja 2014 r. (załącznik nr 12).

W wyniku analizy przebiegu wielu spraw członkowie Stowarzyszenia doszli do wniosku, że produkt inwestycyjny „ubrany w ubezpieczenie” jest łatwiej sprzedać, ze względu na zaufanie klientów do zakładów ubezpieczeń i banków. Niestety, proceder sprzedaży tych toksycznych polis, ogromna skala zjawiska i liczba procesów sądowych zdaniem członków Stowarzyszenia „będą druzgocące dla całej branży ubezpieczeniowej w Polsce”. Stowarzyszenie domaga się podjęcia działań mających na celu zwrot pokrzywdzonym środków zainwestowanych w pseudolokaty.

We wrześniu 2014 r. przedstawiciele Stowarzyszenia spotkali się z przedstawicielami Ministerstwa Finansów. Jak wynika z pisma Prezesa Stowarzyszenia J. Łęskiego, skierowanego na ręce Ministra Finansów¹⁹¹, Ministerstwo było świadome narastającego problemu i podjęło pilne działania mające na celu wypracowanie rozwiązań prawnych, które pozwoliłyby wykluczyć naganne praktyki zakładów ubezpieczeń. Ministerstwo podzieliło stanowisko Stowarzyszenia w zakresie braku skutecznych działań odpowiedzialnych organów instytucji publicznych (głównie KNF), powołanych do ochrony interesów ubezpieczonych i zapobiegania nieuczciwym praktykom na rynku ubezpieczeniowym. Stowarzyszenie oczekiwało konkretnych propozycji zmian legislacyjnych ze strony Ministerstwa, jak również odniesienia się do rozwiązań zaproponowanych przez Stowarzyszenie.

W wystąpieniach Stowarzyszenia mocno przebija zarzut opieszałości, jak również braku działania poszczególnych instytucji państwowych sprawujących nadzór nad rynkiem finansowym w Polsce w kwestii polis z UFK oraz sytuacji poszkodowanych klientów banków i firm ubezpieczeniowych. Zarzuty były kierowane głównie wobec Komisji Nadzoru Finansowego, której celem, zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 614 z późn. zm.), jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku również poprzez rzetelną informację dotyczącą jego funkcjonowania. W październiku 2014 r. Stowarzyszenie zorganizowało pikietę pod siedzibą Komisji Nadzoru Finansowego i skierowało do Przewodniczącego KNF list

¹⁹¹ Pismo Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 28 września 2014 r. (załącznik nr 13).

otwarty¹⁹², zarzucając tej instytucji brak dostatecznego nadzoru nad rynkiem finansowym, a tym samym niewypełnienie ustawowych zadań (ustawa o nadzorze nad rynkiem finansowym). Stowarzyszenie zarzuciło KNF, że organ ten „nie skorzystał z żadnego z przysługujących mu środków prawnych, aby zapobiec patologiom na rynku ubezpieczeń na życie”. Wymienione przez Stowarzyszenie patologie dotyczyły głównie pobierania przez zakłady ubezpieczeń wygórowanych opłat likwidacyjnych, drastycznego spadku wartości aktywów niektórych funduszy (Pareto, Pareto II, Libra, Libra II), na których nabycie KNF wydawała zezwolenie, czy też wykonywania czynności agencji przez banki, występujące w umowach grupowych w roli ubezpieczających. Skutkami wymienionych patologii było pozbawianie konsumentów środków finansowych ulokowanych w pseudoubezpieczeniach, omijanie przez zakłady ubezpieczeń rygorystycznych przepisów prawa zapewniających bezpieczeństwo rynku finansowego poprzez konstruowanie fikcyjnych umów ubezpieczenia będących *de facto* umowami inwestycyjnymi, pozbawienie rynku ubezpieczeniowego przejrzystości i podważenie zaufania uczestników tego rynku do instytucji finansowych. Stowarzyszenie w swoim wystąpieniu domagało się jednocześnie wyjaśnień, dlaczego Przewodniczący KNF nie wydał stosownych zaleceń, aby zakazać zakładom ubezpieczeń stosowania wygórowanych opłat likwidacyjnych, uznawanych przez sądy za bezprawne i rażąco naruszające interesy ubezpieczonych, zakazać tworzenia i dystrybucji przez banki umów ubezpieczenia grupowego z UFK, co stanowiło obejście przepisów prawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym, jak również nie zbadał kwestii sposobu zarządzania aktywami UFK, których wartość drastycznie spadała.

Warto w tym miejscu dodać, że Stowarzyszenie dotarło do pism, z których wynika, że już w czerwcu 2006 r. Departament Polityki Konsumenckiej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wskutek otrzymanych skarg, zwrócił się pisemnie do Komisji Nadzoru Finansowego (działającej wówczas pod nazwą Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych) w sprawie postanowień umów ubezpieczeń na życie oferowanych przez zakłady ubezpieczeń, odnosząc się do wygórowanych kosztów wykupu ubezpieczenia, szczególnie w pierwszych latach trwania umów. W odpowiedzi¹⁹³ organ

¹⁹² List otwarty Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 1 października 2014 r. (załącznik nr 14).

¹⁹³ Pismo KNF do UOKiK z dnia 21 sierpnia 2006 r., DN1/063/38/4/06 (załącznik nr 9).

nadzoru stwierdził, że stosowanie w umowie ubezpieczenia na życie postanowienia mówiącego o tym, że w razie wypowiedzenia przez konsumenta umowy ubezpieczenia w pierwszych dwóch latach jej obowiązywania kwota wykupu wynosi zero złotych, jest praktyką powszechnie stosowaną na całym świecie. Urząd zwracał uwagę na konieczność pokrycia przez zakład ubezpieczeń kosztów, szczególnie tych początkowych, związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (provizja pośrednika). „Zwrot początkowych wydatków zakład ubezpieczeń wkomponuje w wysokość obciążeń bieżących i w wysokość obciążeń związanych z wykupem ubezpieczenia, przy czym im niższe obciążenia bieżące, tym większa wartość opłaty przy wykupie ubezpieczenia w pierwszych latach ubezpieczenia”. Co ciekawe, w opinii organu nadzoru: „Konstrukcja powiązań pomiędzy powyższymi obciążeniami ma również przyczyniać się do tego, aby ubezpieczający nie wypowiadał umowy ubezpieczenia z błahych powodów lub pod wpływem impulsu”. Organ nadzoru nie podzielił stanowiska UOKiK, iż powyższa praktyka, pozbawiająca ubezpieczającego w pierwszych dwóch latach kwoty wykupu ubezpieczenia, powodowała istotne ograniczenie uprawnienia do wypowiedzenia umowy w każdym czasie, wynikającego z art. 830 § 1 k.c. KNF podkreśliła przy tym specyfikę ubezpieczeń na życie i działalności zakładów ubezpieczeń. Jednakże organ nadzoru w swoim uzasadnieniu nie odniósł się bezpośrednio do specyfiki ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, mających głównie charakter inwestycyjny, w których dodatkowo część ochronna jest praktycznie iluzoryczna.

W kontekście przedstawionego wyżej stanowiska KNUiFE z 2006 r. zaskakująca była treść wystąpienia organu nadzoru z dnia 14 kwietnia 2011 r.¹⁹⁴, w którym zwrócił się on do UOKiK o zbadanie postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Plan Inwestycyjny Systematicus, dotyczących opłat likwidacyjnych, pod kątem ich sprzeczności z dobrymi obyczajami oraz jako rażąco naruszających interesy ubezpieczającego, a także o uznanie ich za niedozwolone postanowienia umowne.

W toku dalszej korespondencji pomiędzy wskazywanymi wyżej instytucjami KNF (wcześniej KNUiFE) uzupełniła swoje stanowisko wyrażone w piśmie z czerwca 2006 r. skierowanym do UOKiK¹⁹⁵. Organ nadzoru podtrzymał swoje stanowisko względem

¹⁹⁴ Pismo KNF z dnia 14 kwietnia 2011 r., DOK/WPR/0512/118/4/11/BZ (załącznik nr 15).

¹⁹⁵ Pismo KNF z dnia 10 stycznia 2012 r., DOK/WPR/0512/118/9/11/12/BZ (załącznik nr 16).

uprawnienia zakładów ubezpieczeń do stosowania opłat likwidacyjnych w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Zwrócił jednak uwagę na konieczność ich uzasadnienia w postaci poniesionych przez zakład ubezpieczeń kosztów. Na podstawie analizy istniejącego już w tym czasie orzecznictwa sądowego w zakresie opłat likwidacyjnych organ nadzoru za budzącą wątpliwość uznał praktykę powodującą utratę przez ubezpieczającego całości albo niemal całości zgromadzonego kapitału w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia z UFK, nawet jeżeli strata ta ma pokrycie w kosztach działalności zakładu ubezpieczeń. Przy czym w niniejszym wystąpieniu Komisja dokonała rozróżnienia pomiędzy umowami ubezpieczenia na życie z UFK o charakterze ochronno-inwestycyjnym oraz ubezpieczeniami *stricte* inwestycyjnymi, jak również zwróciła uwagę na konieczność weryfikacji mechanizmów wynagradzania pośredników w przypadku umów ubezpieczenia ze składką regularną. W opinii Komisji: „wartym podkreślenia jest, aby stosowane postanowienia umowne, odnoszące się do opłaty likwidacyjnej/opłaty od wykupu, dokładnie określały za co pobierana jest wskazana opłata. Postanowienie umowne, które wprowadza obowiązek uiszczenia opłaty, w sytuacji gdy nie zostało dokładnie i precyzyjnie określone, za co opłata jest pobierana, może być uznane za klauzulę abuzywną (dotyczy umów zawieranych z konsumentami)”.

W opinii Stowarzyszenia przytoczone powyżej fakty dotyczące działań, a właściwie braku działań ze strony KNF w sprawie wyeliminowania praktyki stosowania w umowach ubezpieczenia na życie z UFK zapisów umownych dotyczących wygórowanych opłat likwidacyjnych, pozbawiających ubezpieczających/ubezpieczonych w pierwszych latach całości lub większej części zgromadzonych środków, dowodzą, że KNF przez lata ignorowała obowiązki nadzorcze wynikające z ustawy i poprzez swoją bierną postawę naraziła na szkody zarówno konsumentów, jak również szeroko pojęty interes publiczny – poprzez podważenie zaufania do systemu finansowego. Dlatego Stowarzyszenie złożyło zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez Przewodniczącą Komisji Nadzoru Finansowego¹⁹⁶, któremu ustawa daje „liczne narzędzia kontroli i nacisku, które mogłyby powstrzymać oszukańczy proceder. Unikanie przez Przewodniczącą KNF wypełniania nałożonych przez prawo obowiązków powinno w takim wypadku być ścigane przez prokuraturę”. Stowarzyszenie wskazało na takie działanie Przewodniczącego KNF,

¹⁹⁶ Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez Przewodniczącą KNF. (załącznik nr 17).

jak blokowanie interwencji UOKiK w sprawie poszkodowanych konsumentów poprzez podtrzymywanie stanowiska, że zakłady ubezpieczeń mają prawo do stosowania opłat likwidacyjnych w wysokości 100% zgromadzonych środków. W opinii Stowarzyszenia Przewodniczący KNF jawnie przedkładał interesy firm ubezpieczeniowych nad dobro indywidualnych konsumentów, wskutek czego nie wydał zaleceń, aby zakłady ubezpieczeń zaprzestały: stosowania wygórowanych opłat likwidacyjnych, tworzenia i dystrybucji umów ubezpieczenia grupowego z UFK, oferowania produktów inwestycyjnych pod pozorem ubezpieczeń na życie z pominięciem przepisów prawa o funduszach inwestycyjnych. Według Stowarzyszenia: „Sytuacja, w której firmy ubezpieczeniowe pozbawione są efektywnego nadzoru, a klienci pozbawieni są ochrony i wsparcia KNF w walce z bezprawnie działającymi firmami ubezpieczeniowymi, stanowi naruszenie konstytucyjnie gwarantowanych praw obywatelskich i jednocześnie stanowi rażące naruszenie Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym”. Prokuratura Rejonowa Warszawa Śródmieście-Północ w Warszawie odmówiła wszczęcia śledztwa, stwierdzając, iż w działaniu Przewodniczącego KNF brak zrealizowania znamion czynu z art. 231 § 1 k.k. czy jakiegokolwiek innego przestępstwa stypizowanego przepisami karnymi, tj. nie stwierdziła przekroczenia uprawnień lub niedopełnienia obowiązków przez Przewodniczącego KNF, w sposób działający na szkodę interesu publicznego bądź prywatnego¹⁹⁷.

Zaskakującej odpowiedzi doczekały się wystąpienia poszkodowanych do KNF w sprawie przeprowadzenia kontroli w spółkach holdingu Getin, tj. TU na Życie Europa S.A. i Open Life TU Życie S.A., oraz wprowadzenia w tych spółkach zarządu komisarycznego. Patronem akcji było Stowarzyszenie. Do KNF wpłynęło prawie 300 skarg poszkodowanych będących klientami wskazanych zakładów ubezpieczeń. Komisja początkowo zwlekała kilka miesięcy z udzieleniem odpowiedzi, a następnie zażądała uiszczenia opłaty skarbowej w wysokości 20 zł od każdego wniosku. Informacje o akcji i jej rezultatach można znaleźć na stronach internetowych Stowarzyszenia¹⁹⁸. W internetowych wpisach możemy m.in. przeczytać: „KNF zamiast zareagować na wnioski klientów zażądała

¹⁹⁷ Por. postanowienie Prokuratury Rejonowej Warszawa Śródmieście-Północ w Warszawie z dnia 3 października 2014 r. o odmowie wszczęcia śledztwa (załącznik nr 18).

¹⁹⁸ <http://przywiazanidopolisy.pl/220-skarg-na-przewodniczacego-knf-do-premier-kopacz-knf-kryje-nieuczciwych-ubezpieczycieli/>; <http://przywiazanidopolisy.pl/premier-kopacz-broni-lamana-konstytucji-ciag-dalszy-skandalu-z-europa-i-open-life/>.

wpłacenia przez nich opłaty skarbowej. Jest to w oczywisty sposób nielegalne i w opinii klientów stanowiło tylko formalny wybieg ze strony KNF. Dlatego napisali skargi na KNF do Premier Ewy Kopacz, która nadzoruje działania Komisji. Ku ich zaskoczeniu pismo z kancelarii premiera powtórzyło absurdalną argumentację KNF. Jeśli obywatel chce, by KNF podjęła interwencję w przypadku patologii w wymienionych towarzystwach, musi najpierw zapłacić. W zgodnej opinii prawników to ciężkie nadużycie. Konstytucja jasno stanowi w artykule 63, że obywatel ma prawo składać skargi i wnioski do organów państwowych”.

Wartym zauważenia działaniem Stowarzyszenia było włączenie się w prace legislacyjne nad nowelizacją ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Dla Stowarzyszenia istotnym było, aby uwzględnione zostały również interesy tysięcy osób posiadających produkty zwane potocznie polisolokatami, zwłaszcza w zakresie możliwości odstąpienia od niekorzystnych umów ubezpieczenia po wejściu w życie nowych przepisów prawa¹⁹⁹. Zaproponowane przez Stowarzyszenie zapisy, pozytywnie zaopiniowane przez Ministerstwo Finansów, nie zostały jednak przychylnie ocenione przez KNF. Niestety, nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie daje szans na rozwiązanie problemu osób, które już posiadają niekorzystne produkty ubezpieczeniowe, a skierowany do Przewodniczącej KFP list Stowarzyszenia pozostał bez odpowiedzi. „Niestety na list nie dostaliśmy żadnej odpowiedzi, a nasze postulaty nie były nawet rozpatrywane na Komisji. Argumenty spływają po parlamentarzystach jak woda po gęsi. W rezultacie pod obrady Sejmu trafi projekt, który kompletnie ignoruje problem setek tysięcy ludzi zrobionych w balona przez firmy ubezpieczeniowe często na spółkę z bankami”²⁰⁰. Prezes Stowarzyszenia potwierdził powyższy pogląd w innej wypowiedzi: „Z punktu widzenia 5 mln posiadaczy polisolokat, o łącznej wartości ponad 50 mld zł, nowa ustawa ubezpieczeniowa nic nie zmienia. Dążąc do sprawiedliwości, poszkodowani nadal są skazani na wieloletnie procesy i ponoszenie dodatkowych kosztów obsługi prawnej. Po raz kolejny rząd i instytucje nadzorcze takie jak KNF czy UOKiK oferują zdesperowanym i oszukanyom ludziom rozwiązanie pozorne, w najmniejszym stopniu nie zmieniające ich sytuacji”²⁰¹.

¹⁹⁹ Por. pismo Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” do Przewodniczącej sejmowej Komisji Finansów Publicznych z dnia 4 sierpnia 2015 r. (załącznik nr 19).

²⁰⁰ <http://przywiazanidopolisy.pl/list-w-sprawie-polisolokat-do-szefowej-sejmowej-komisji-finansow>.

²⁰¹ <http://www.strefabiznesu.polskatimes.pl/arttykul/polisolokaty-caly-czas-przynosza-straty>.

Podobne tezy pojawiły się w artykule *Polisolokatowcy pozostawieni na lodzie* M. Muszyńskiego, zamieszczonym w portalu biznes.pl²⁰². Zdaniem autora: „Politycy i państwo robią niewiele. I choć kolejne sądy miażdżą ubezpieczycieli, to zdarzają się też takie wyroki, gdzie klient przegrywa. Tak było w tym roku w Warszawie, gdzie Skandia wygrała ze swoim klientem, zabierając mu 100 proc. kapitału. Dlatego przedstawiciele poszkodowanych od lat zabiegają o ogólnopolskie uregulowanie problemu. Była na to szansa przy ustawie o ubezpieczeniach, ale propozycje Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) w zakresie stworzenia możliwości wyjścia klientów z polisolokat napotkały na opór Komisji Nadzoru Finansowego. Ta argumentuje, że takie rozwiązanie zachwiałoby stabilnością firm ubezpieczeniowych i spowodowało duże straty w sektorze. W rezultacie czekająca obecnie na podpis prezydenta ustawa eliminuje praktyki wysokich opłat likwidacyjnych tylko z nowo zawieranych umów, ustalając ich maksymalny poziom na 4 proc. Tymczasem osoby, które już podpisały umowy z ubezpieczycielami, o swoje muszą walczyć sami. A długookresowe umowy często zmuszają ich do regularnego wpłacania składek przez 15 a nawet 30 lat”.

Pomimo usilnych działań Stowarzyszenia wspierających walkę posiadaczy tzw. polisolokat o odzyskanie swoich oszczędności z przykrością należy stwierdzić, iż w wielu przypadkach spotkały się one z oporem organów nadzoru, odpowiedzialnych za działalność zakładów ubezpieczeń na polskim rynku. Bezskuteczne okazały się wystąpienia do KNF, jak również do PIU czy do prokuratury. Wydaje się zatem, że w obecnej sytuacji jedynym sposobem na odzyskanie oszczędności przez „przywiązanych do polisy” jest żmudna i kosztowna droga sądowa. Z posiadanych przez Stowarzyszenie informacji wynika, że obecnie tylko w pozwach zbiorowych przeciwko zakładom ubezpieczeń występuje ponad tysiąc poszkodowanych. Dane te potwierdziła m.in. „Gazeta Wyborcza”²⁰³, która przytoczyła wypowiedź radcy prawnego jednej z kancelarii twierdzącego, iż zgłosiło się do niej ponad 1100 poszkodowanych, głównie przez stronę internetową www.przywiazanidopolisy.pl. Kancelaria przygotowała kilkadziesiąt pozwów indywidualnych i zbiorowych. „W imieniu klientów będziemy domagać się od ubezpieczycieli zwrotu bezprawnie pobranych przez nich pieniędzy tytułem opłat

²⁰² <http://biznes.pl/magazyny/polisolokaty-z-ufk-oszukani-wygrywaja-z-ubezpieczycielami-w-sadach/26i1p8>.

²⁰³ *Będzie pozew*, „Gazeta Wyborcza” z 11 kwietnia 2013 r.

likwidacyjnych, nazywanych również opłatami od wykupu. W niektórych przypadkach będziemy domagać się zwrotu całości wpłaconych przez klientów pieniędzy”²⁰⁴.

Niezależnie od braku konkretnych rezultatów oficjalnych wystąpień Stowarzyszenia do organów państwowych, w tym sprawujących nadzór nad zakładami ubezpieczeń, jak również braku zainteresowania głównych mediów opisywanym problemem przyznać należy, że dzięki stronie internetowej www.przywiazanidopolisy.pl, jak również licznym wpisom internetowym, poszkodowani dowiadują się o możliwościach działań, jakie mogą podjąć w celu odzyskania środków ulokowanych w ubezpieczeniach z UFK, oraz uzyskują informacje dotyczące dostępnej pomocy prawnej, o ile zdecydują się wystąpić na drogę sądową. Poniżej przytaczamy kilka istotnych wpisów ze strony internetowej www.przywiazanidopolisy.pl.

▪ **UOKiK znów obiecuje pomoc wkręconym w polisolokaty**

„Temat polisolokat pojawił się 31 sierpnia w Wiadomościach TVP. Dobrą wiadomością ma być w nim, że UOKiK zapowiada interwencję i nowe rozwiązania dla klientów, którzy będą mogli odzyskać »choć część oszczędności«. Nie brzmi to specjalnie optymistycznie. Przypomnijmy, że Prezes UOKiK Adam Jasser obiecywał kontrole i pozytywne dla klientów rozwiązania już w październiku 2014 roku. Od czasu tych zapowiedzi dla klientów nic się nie zmieniło.

Ponurą okolicznością wynikającą z materiału telewizyjnego jest kolejna deklaracja KNF wprowadzająca w błąd klientów. Według Macieja Krzysztozka, rzecznika KNF, oszukańcze polisy »nie są produktem niezgodnym z przepisami prawa«. Rzecznik KNF udaje, że nie wie, że sądy w Polsce już dawno wykryły i osądziły bezprawne zapisy w umowach, jakie ubezpieczyciele podtykają do podpisu klientom. KNF świetnie to wie, ale nie ma najmniejszego zamiaru w to ingerować. Taki mamy w Polsce nadzór finansowy”²⁰⁵.

▪ **Szef UOKiK o polisolokatach mówi jak ubezpieczeniowi lobbyści. Dlaczego?**

„Szef UOKiK udzielił PAP wywiadu w którym mówi o polisolokatach. Najwyraźniej jednak albo my czegoś nie rozumiemy, albo on.

²⁰⁴ *Ibidem*.

²⁰⁵ <http://przywiazanidopolisy.pl/uokik-po-raz-kolejny-obiecuje-pomoc-wkreconym-w-polisolokaty>.

Adam Jasser tłumaczy, że problemem z tzw. polisolokatami jest nie to, że są to z gruntu oszukańcze produkty, tylko że zostały sprzedane niewłaściwym osobom. To stara teza lobby ubezpieczeniowego. Próbuje ono zwalić winę za skandal na nieudolnych sprzedawców, którzy zamiast oskubać młodych i na dorobku, rąbnęli oszczędności starszym, przed emeryturą.

Gdyby Adam Jasser przeczytał orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wiedziałby, że problem tkwi nie w tym, komu to cholerstwo wciśnięto, tylko w samej konstrukcji produktu. To przecież na liście prowadzonej przez UOKiK znajduje się wiele klauzul niedozwolonych umieszczanych w umowach o polisy z UFK, czyli tzw. polisolokatach. Zazwyczaj dotyczą one »opłat likwidacyjnych«, które są formą konfiskaty oszczędności. Taka konfiskata dotyka tych, którzy są niezadowoleni z »produktu« i nie chcą dalej płacić lub chcą się z umowy wycofać z innego powodu.

To klauzule niedozwolone, a to oznacza, że nie mogą być stosowane wobec nikogo – starych, młodych, rudych, łysych i leworęcznych. Sama konstrukcja produktu jest tak pomyślana, by pozbawić pieniędzy »ubezpieczonych«, jej kluczowe zapisy są niedozwolone. Skąd więc pomysł, że są klienci, dla których »taka forma dywersyfikacji oszczędności jak polisolokaty może być właściwa«. Jeśli mimo zajmowania się tą kwestią ponad rok Pan Prezes tego nie załapał, to nie świadczy dobrze o jego kwalifikacjach. Prawda?»²⁰⁶.

▪ **Niewiarygodnie oszukańcze polisy – piszemy do prokuratury!**

Zdaniem Stowarzyszenia zachodzi podejrzenie, że oszustw dokonywano w zorganizowanej grupie przestępczej.

„Stowarzyszenie »Przywiązani do polisy« skierowało do Prokuratury Okręgowej we Wrocławiu zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia oszustwa dotyczącego mienia o wielkiej wartości przez członków zarządu TUnŻ Europa S.A.

Mechanizm oszustwa jest szczegółowo opisany w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie w sprawie o sygn. akt: III C 1453/13 z dnia z 2015-03-27, a sprawa dotyczy umowy produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu. Szczegółowa analiza produktu

²⁰⁶ <http://przywiazanidopolisy.pl/szef-uokik-o-polisolokatach-mowi-jak-ubezpieczeniowi-lobbysci-dlaczego>.

ubezpieczeniowego, jaką sąd przeprowadził w trakcie wieloletniego postępowania, wskazuje na to, że Ubezpieczyciel tak skonstruował umowę, by na niej zawsze zarobić kosztem ubezpieczonego, starannie ukrył mechanizmy godzące w interesy ubezpieczonego i w podstępny sposób doprowadził go do niekorzystnego rozporządzenia swoim mieniem.

Pieniądze, jakie miały być inwestowane w imieniu klienta, trafiały do funduszy inwestycyjnych nienotowanych na rynku, a wartość jednostek uczestnictwa w tych funduszach była obliczana w sposób nieznanymi ani ubezpieczonemu, ani pośrednikowi sprzedającemu »polisę«. Mechanizm ustalania wartości nie był też opisany w umowie ubezpieczeniowej. O sposobie liczenia wartości jednostek uczestnictwa wiadomo tylko tyle, że w czasie, kiedy rosły notowania akcji na rynkach finansowych, a nawet indeks mający służyć do wyliczenia wartości jednostek, same jednostki w niewytłumaczalny sposób traciły na wartości.

W uzasadnieniu podanym przez Sąd Okręgowy mamy kategorię ocenę, że analizowany produkt ubezpieczeniowy został tak skonstruowany, by oszukać klienta: za pomocą błędnych informacji doprowadzić do bezprawnego pozbawienia go majątku znacznej wartości pod pozorem zawarcia umowy ubezpieczeniowej.

Dodatkowo, zdaniem Stowarzyszenia, wymaga zbadania, czy nie występuje tu działanie w zorganizowanej grupie przestępczej. Tak Towarzystwo, jak i firmy współdziałające z nim w procesie bezprawnego pozbawiania Ubezpieczonych ich majątków, są przedsiębiorstwami o wysokim stopniu organizacji, podległymi scentralizowanym strukturom zarządczym. Nie ma tu mowy o działaniu przypadkowym, niezamierzonym. Mamy jednocześnie do czynienia z wieloletnią działalnością zorganizowaną w celu czerpania zysków z masowego oferowania klientom produktów określonych przez Sąd Okręgowy jako »w niewiarygodnym stopniu oszukańcze«. Należy więc ustalić, kto kierował tym procederem, i pociągnąć go do odpowiedzialności karnej.

Wcześniej próby zainteresowania patologiami w działaniu Towarzystwa Ubezpieczeń Na Życie Europa S.A. były ignorowane przez Komisję Nadzoru Finansowego. Tymczasem to Komisja udzieliła zgody Towarzystwu na lokowanie oszczędności klientów w dziwne fundusze i nadzorowała ten proces. Jednocześnie kategorię odmawiała udzielenia informacji o powodach i warunkach udzielenia takiej zgody. Co więcej, mimo

setek wniosków, jakie wpłynęły do niej w tej sprawie, nie informowała o wynikach prowadzonych kontroli i nie wprowadziła w Towarzystwie zarządu komisarycznego”²⁰⁷.

- **Politycy nie mają zamiaru dotykać afery polisolokat**

„Sądy w kolejnych wyrokach potwierdzają, że wysokie opłaty likwidacyjne w tzw. polisolokatach, sięgające nawet 100 proc. wpłaconego kapitału, są niezgodne z prawem. Politycy jednak nie mają zamiaru rozwiązać problemu systemowo, zmuszając klientów do indywidualnej walki”²⁰⁸.

Podsumowanie

Przyznać należy, że osoby poszkodowane, które zakupiły polisy inwestycyjne przed wejściem w życie nowych przepisów²⁰⁹, nie mogą liczyć na radykalną zmianę sytuacji w drodze rozwiązań legislacyjnych, a działania oddolne, takie jak podejmowane przez Stowarzyszenie, są jedynie sposobem na wywieranie społecznego i medialnego nacisku (nie zawsze niestety skutecznym) oraz próbą nagłośnienia problemu. W tym zakresie Stowarzyszenie spełnia swoje zadanie – szczególnie na polu rozpowszechniania informacji o problemie w internecie. „Przywiązani do polis” muszą jednak obecnie radzić sobie sami, przystępując do pozwów zbiorowych lub wnosząc pozwy indywidualne, korzystając z usług licznych firm odszkodowawczych oraz kancelarii prawnych, reklamujących swoje usługi głównie w internecie. Po wpisaniu hasła „polisolokaty” lub „opłaty likwidacyjne” odnajdą linki do stron kancelarii odszkodowawczych, prawnych i adwokackich specjalizujących się w odzyskiwaniu opłat likwidacyjnych oraz kompleksowo wspierających swoich klientów w tych działaniach. Wystarczy wypełnić stosowny formularz. Z przykrością stwierdzić można, że wskutek niedoskonałości i opieszałości

²⁰⁷ <http://przywiazanidopolisy.pl/przywiazani-do-polisy-alarmuja-prokurature-w-sprawie-tunz-europa-s-a-niewiarygodnie-oszukancze-polisy>.

²⁰⁸ <http://przywiazanidopolisy.pl/politycy-nie-maja-zamiaru-rozwiazac-problemu-zmuszajac-klientow-do-indywidualnej-walki>.

²⁰⁹ Nowa ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, która wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., wprowadza szereg postanowień o charakterze prokonsumenckim. Są one w dużym stopniu odpowiedzią na opisywane w niniejszym opracowaniu problemy funkcjonowania rynku ubezpieczeń oraz próbą jego regulacji. Zmiany mają zapewnić większą ochronę klientom firm ubezpieczeniowych. W zakresie polis z UFK ustawa nakazuje rozłożenie w czasie wynagrodzenia dla pośredników. Od 2017 r. ma zacząć obowiązywać dyrektywa MiFID II, zwiększająca zakres ochrony klientów i zmieniająca praktyki w zakresie sprzedaży polis inwestycyjnych.

działań systemu nadzorczego „polisolokatowcy” w najbliższym czasie będą przynosić kolejne zyski – tym razem adwokatom i radcom prawnym.

Można również postawić tezę, że nieskuteczność działań instytucji nadzoru przyczyniły się w pewnym stopniu do utraty zaufania klientów do rynku usług bankowych i ubezpieczeniowych. Fakt, że zjawisko określane jako *misselling* podważa zaufanie klientów do zakładów ubezpieczeń i banków, był wielokrotnie podnoszony zarówno przez Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie: Rzecznika Finansowego), jak i Stowarzyszenie „Przywiązani do polisy”. Jak mówi Jacek Łęski, Prezes Stowarzyszenia: „Dalekosiężne skutki tej sytuacji są takie, że ludzie zaczynają traktować pośredników finansów jak złodziei. Boją się iść do ubezpieczycieli, bo stracą na tym. Boją się iść do banku po kredyt, bo potem się okaże, że warunki są takie, że są niewolnikami. W dłuższej perspektywie prowadzi to do kompletnego wyalienowania instytucji finansowych z normalnego obiegu”²¹⁰.

Problem został zauważony również przez Najwyższą Izbę Kontroli. Jak piszą J. Monkiewicz i M. Monkiewicz: „W raporcie NIK *Funkcjonowanie systemu ochrony praw klientów podmiotów rynku finansowego*, opublikowanym w 2014 r., stwierdza się, że ochrona praw klientów rynku finansowego w Polsce była w latach 2011–2013 nieskuteczna, zaś działalność głównych instytucji systemu ochrony »nie stwarzała klientom rynku finansowego dostatecznej ochrony«. Z tego względu utrzymywał się, zdaniem NIK, wysoki odsetek wadliwych wzorców umów oraz rosła liczba skarg na podmioty rynku finansowego. W opinii NIK skala nieprawidłowości na rynku finansowym »przyczyniła się do znacznego spadku poziomu zaufania konsumentów do instytucji publicznych działających na rzecz ochrony ich praw«²¹¹. Zdaniem autorów artykułu główna słabość ochrony praw konsumentów na polskim rynku to brak działań prewencyjnych zapobiegających problemowi, zanim on się pojawi.

Pisząc o opieszałości i braku skuteczności nie można jednak zarzucić Prezesowi UOKiK braku działania w sprawie tzw. polisolokat. Prowadził on i wciąż prowadzi w tej sprawie stosowne postępowania wobec przedsiębiorców. Do sukcesów można zaliczyć wydane w październiku 2014 r. cztery decyzje administracyjne: „Prezes UOKiK stwierdził

²¹⁰ <http://biznes.pl/magazyny/polisolokaty-z-ufk-oszukani-wygrywaja-z-ubezpieczycielami-w-sadach/26j1p8>.

²¹¹ J. Monkiewicz, M. Monkiewicz, *Tendencje rozwoju ochrony konsumentów na rynku ubezpieczeniowym. Nowe koncepcje i rozwiązania*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 18 (1/2015), s. 14.

naruszenie zbiorowych interesów konsumentów przez cztery instytucje finansowe (jednego ubezpieczyciela i trzech pośredników) zaangażowane w sprzedaż polisolokat.

Rozstrzygnięcia Urzędu dotyczą:

- Aegon TU na Życie (decyzja nr RBG-30/2014), kara finansowa 23 446 206 zł. Nakaz zaniechania praktyki.
- Idea Bank (decyzja nr RKT-30/2014), kara finansowa 4 172 571 zł. Nakaz zaniechania praktyki.
- Open Finance (decyzja nr RKT-29/2014), kara finansowa 1 673 546 zł. Praktyka została zaniechana.
- Raiffeisen Bank Polska (dawniej Polbank EFG) (decyzja nr DDK-2/2014), kara finansowa 21 122 088 zł. Praktyka, której dopuszczał się przejęty przez Raiffeisen Polbank EFG, została zaniechana.

Suma kar nałożonych na wyżej wymienionych przedsiębiorców za naruszenie zbiorowych interesów konsumentów wyniosła 50 414 411 zł²¹². Ponadto w UOKiK toczyły się wówczas 24 postępowania.

Opinia samych poszkodowanych na temat powyższych działań nie była jednak pozytywna. Jak zauważa redakcja portalu fakt.pl, była to pomoc spóźniona. „Państwowe urzędy, dopiero po licznych skargach, wzięły się za kontrole bankowych umów. I zaczęły się sypać srogie kary. UOKiK właśnie nałożył 50 milionów na Aegon TU na Życie, Idea Bank, Open Finance i Polbank EFG (obecnie przejęty przez Raiffeisen Bank Polska) za to, że wprowadzały w błąd klientów, nie wyjaśniając jasno, na czym polegają polisolokaty i z jakim ryzykiem i kosztami wiąże się ta inwestycja. Jak twierdzi szef UOKiK Adam Jasser, tak srogie kary mają obniżyć zyski z nieuczciwych praktyk i zapobiegać recydywie lub nowym naruszeniom. »Uważam, że same instytucje finansowe nie powinny oferować tych produktów – twierdzi Jasser. – Nie obawiam się użyć tego słowa, że były to produkty oszukańcze«²¹³. Zaznaczyć trzeba, że ukarane instytucje nie uiszczyły nałożonych kar finansowych, odwołując się od niekorzystnych dla nich decyzji UOKiK.

Wydaje się, że w ostatnim czasie Prezes UOKiK wyciągnął właściwe wnioski z wcześniejszych działań i zmienił taktykę. Potwierdza to jedna z jego niedawnych wypowiedzi. „Z naszego doświadczenia wynika, że wydanie decyzji stwierdzających

²¹² https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=11255.

²¹³ <http://www.fakt.pl/finanse/beda-kary-dla-nieuczciwych-bankow-od-uokik,artykuly,498425.html>.

naruszenie zbiorowych interesów konsumentów samo w sobie nie musi prowadzić do poprawy sytuacji pokrzywdzonych, nawet jeśli nałożona kara jest wysoka. Ukarane instytucje masowo odwołują się od nich w sądach, co bardzo przeciąga dochodzenie do sprawiedliwości. Chcemy, żeby konsumenci mieli pożytek z naszych działań teraz, a nie za kilka lat i dlatego staramy się przekonać przedsiębiorców, aby dobrowolnie zaproponowali sposób zrekompensowania konsumentom poniesionych przez nich szkód”. „Od września wprowadzamy nową, ważną procedurę, czyli tzw. szczegółowe uzasadnienie zarzutów. Przed wydaniem decyzji administracyjnej będziemy przedsiębiorcom mówili: »to są dowody, to są zarzuty, planujemy wydać decyzję stwierdzającą naruszenie praw«. Nie będziemy wprawdzie wskazywać wysokości planowanej kary, ale okoliczności, które będą miały wpływ na sposób jej wyliczenia już tak. Przedsiębiorca będzie miał określony czas na odniesienie się do tego – będzie mógł np. przedstawić kontrargumenty, nowe okoliczności lub dowody. To nam pozwoli zweryfikować słuszność decyzji, ale da też pole do negocjacji, jeżeli przedsiębiorca będzie chciał sam usunąć skutki swojej niezgodnej z prawem praktyki”²¹⁴.

W efekcie nowej taktyki w ramach postępowań przed Prezesem UOKiK, dotyczących polis z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, sprawy nabrały niemal lawinowego przyśpieszenia. Do końca listopada 2015 r. szesnaście z siedemnastu zakładów ubezpieczeń – Aviva TU na Życie S.A., TU Allianz Życie Polska S.A., Nationale-Nederlanden Życie TU S.A., MetLife TU na Życie S.A., PKO Życie TU S.A., PZU Życie S.A., AXA Życie TU S.A., TU na Życie Europa S.A., Pramerica na Życie TUiR S.A., STU na Życie Ergo Hestia S.A., UNIQA TU na Życie S.A., TU na Życie WARTA S.A., Aegon na Życie TU S.A., TU na Życie Compensa S.A., Generali Życie TU S.A. i Open Life TU na Życie S.A. – zobowiązały się do znaczącego obniżenia opłat likwidacyjnych w istniejących umowach i wyeliminowania z nich kwestionowanych wzorców umownych. UOKiK zaakceptował te zobowiązania jako wychodzące naprzeciw konsumentom i będzie monitorował ich realizację. W toku pozostaje jeszcze jedno postępowanie wobec Skandia Życie TU S.A., gdzie UOKiK zarzucił towarzystwu ubezpieczeń, że wprowadzając opłaty likwidacyjne, przerzuca na konsumentów koszty początkowe zawarcia umowy ubezpieczenia (głównie wynagrodzenie pośredników ubezpieczeniowych). Według UOKiK koszty początkowe

²¹⁴ <http://biznes.onet.pl/wiadomosci/finanse/jasser-wkrotce-uokik-wyda-decyzje-w-sprawie-polisolokat/9vsv73>.

zawarcia umowy powinny obciążać w głównej mierze ubezpieczycieli, a ich poniesienie stanowi zwyczajne ryzyko prowadzenia działalności gospodarczej. Podkreślić należy także fakt, że to UOKiK był inspiratorem wprowadzenia stosownych zapisów dotyczących ograniczenia kosztów likwidacji umowy w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Dla „przywiązanych do polis” ugody z zakładami ubezpieczeń i dobrowolne zobowiązania tychże do obniżenia kosztów likwidacji umowy to – zanim zaczną obowiązywać zapisy nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – jedyna nadzieja na szybsze odzyskanie znacznej części oszczędności.

„Należy podkreślić, że UFK są legalnym produktem ubezpieczeniowym, wprost wymienionym w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (dział I, grupa 3) oraz uwzględnionym w dyrektywach Unii Europejskiej i powszechnie oferowanym w innych krajach. Spory powstają na tle dobrowolnie zawartych umów bądź czynności zmierzających do zawarcia umów (np. *mis-sellingu*); są to spory cywilno-prawne, które w przypadku braku rozwiązania polubownego, są rozstrzygane na drodze sądowej”²¹⁵.

Zakończenie

Rzecznik Finansowy na podstawie długoletnich doświadczeń związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, z uwagi na ogromną skalę złych praktyk instytucji finansowych, jest zdania, iż ubezpieczenia te w przeważającej części okazały się być pułapką inwestycyjną, drenującą portfele klientów. Było to działanie perfekcyjne, sprawiające wrażenie systemowego wprowadzania w błąd, zaplanowanego i realizowanego w majestacie prawa, przy biernej postawie regulatorów. Rzecznik Finansowy nie może się zgodzić z poglądem, iż formalne dopuszczenie do dystrybucji ubezpieczeń inwestycyjnych w Polsce zwalnia organy państwa z aktywnego i prewencyjnego działania ukierunkowanego na zwalczanie nieprawidłowości, których liczba świadczy o znacznej skali problemu. Sugerowanie jednostkowego charakteru nieprawidłowości oraz właściwej drogi ich rozwiązania przed sądem może świadczyć, iż wciąż temat ten jest nie w pełni zauważony bądź niewygodny dla nadzorców rynku finansowego.

Aby zrozumieć, dlaczego mogło dojść do systemowego wprowadzania w błąd czy zjawiska drapieżnej sprzedaży toksycznych umów, niezbędne jest poznanie struktury produktu i zachęt w niego wbudowanych.

W pierwszej kolejności należy cofnąć się do 2003 r. i uchwalonej wówczas przez Sejm ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ustawa ta stworzyła nowe możliwości działalności ubezpieczeniowej związane z dystrybucją ubezpieczeń inwestycyjnych. Chociaż ubezpieczenia te funkcjonowały już wcześniej pod reżimem poprzedniej ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r., to jednak wówczas nie był możliwy tak znaczny

²¹⁵ KNF a UFK – działania w sprawie ubezpieczeń na życie powiązanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (UFK), UKNF 18 września 2014 r., https://www.knf.gov.pl/Images/KNF_UFK_tcm75-39036.pdf.

rozwój, jaki dokonał się po wejściu w życie nowej ustawy, czyli po 2004 r. Nowy rodzaj tych produktów sprowadzał się w zasadzie do ubrania umowy inwestycyjnej w formę ubezpieczenia na życie. Problem w tym, że ustawodawca nie określił granic ani proporcji części inwestycyjnej do ubezpieczeniowej. Wynikało to przede wszystkim z faktu, iż poza samym zezwoleniem na działalność inwestycyjną pod płaszczykiem umowy ubezpieczenia na życie uczyniono niewiele, aby zdefiniować i opisać dany rodzaj umowy. Pozostawiono tym samym swobodę ubezpieczycielom w wypełnieniu umowy treścią. Skutkiem tego jest przerzucenie ryzyka związanego z inwestowaniem na klientów, zaś po stronie ubezpieczycieli ograniczenie ryzyka do zera.

Kolejną przyczyną eskalacji nieprawidłowości był brak szczegółowej regulacji umowy ubezpieczenia na życie oraz pozostawienie poza ramami prawnymi umowy ubezpieczenia grupowego, co z kolei przyczyniło się do powstania nowego, pozaagencyjnego modelu sprzedaży ubezpieczeń przez banki oraz tzw. pośredników finansowych i doradców finansowych, niebędących licencjonowanymi pośrednikami ubezpieczeniowymi. Podmioty te czerpały zyski z wynagrodzenia prowizyjnego, tak samo jak agenci ubezpieczeniowi, z tą jednak różnicą, iż w ich przypadku zyski te były niebotycznie wyższe, gdyż nieskrępowane żadnymi regulacjami prawnymi. W ten sposób uruchomiona została masowa sprzedaż ubezpieczeń, spotęgowana przez wysokie prowizje dla sprzedawców, w skrajnych przypadkach przekraczające nawet 100% pierwszorocznej składki. Nie trudno więc zrozumieć, iż produkt ten był zdecydowanie bardziej sprzedawany niż kupowany. To bowiem sprzedaż kreowała popyt na ubezpieczenia inwestycyjne, a nie odwrotnie. Jednak prawdziwym akceleratorem sprzedaży była bankowa sieć dystrybucji polis inwestycyjnych, dostarczająca dla systemu surowca w postaci klienta masowego, darzącego banki zaufaniem związanym z ideą instytucji zaufania publicznego. Klienci zazwyczaj nie mieli rozeznania i wystarczającej determinacji, aby zrozumieć, iż w rzeczywistości oszczędności swe powierzają nie bankom, lecz ubezpieczycielom, którzy inwestują je w wirtualny świat rynków finansowych. Liczne skargi na postępowanie banków potwierdzają błędne ich postrzeganie jako podmiotów odpowiedzialnych za utratę środków pieniężnych. Wpływ na zniekształcenie kto za produkt odpowiada miał mechanizm powodujący, iż rola ubezpieczyciela nie była tutaj właściwie eksponowana. Ubezpieczyciel działał niejako w

ukryciu, zaś na pierwszym planie były bank i oferta wysokich zysków z lokat, inwestycji, ubezpieczenia.

W końcu sam sposób prezentacji produktu jako „ubezpieczonej lokaty”, a to programu oszczędzania na emeryturę, najlepiej oprocentowanej lokaty, rozwiązania pozwalającego uniknąć tzw. podatku Belki, spłacić kredyt hipoteczny, czy wyłączonego z masy spadkowej gromadzonych na funduszu środków, kuśił konsumentów. Jednakże ubezpieczenie inwestycyjne w żadnym wypadku nie było lokatą, nie było także sposobem na wyższą emeryturę, a także nie pozwalało uniknąć płacenia tzw. podatku Belki, a jedynie oddalało podatek w czasie do momentu zakończenia inwestycji i to pod warunkiem, że inwestycja ta przyniesie jakikolwiek zysk. W kwestii zaś wyników, na bazie postępowań skargowych dotyczących umów z UFK zawartych w latach 1998–2004 można stwierdzić, iż tylko niewielka część inwestycji zakończyła się zyskiem, który na dodatek również nie spełniał oczekiwań inwestorów (wskazuje na to część skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych). Dotyczy to w szczególności tych ubezpieczeń z UFK, w których część ochronna nie była znikoma, lecz przedstawiała realną wartość, powodującą to, iż inwestowanie było jedynie dodatkiem do ubezpieczenia na życie. W przypadku pozostałych umów inwestycje zakończyły się stratą.

Ta mieszanka nazewnictwa i socjotechniki była manipulacją wykorzystującą zaufanie klientów do instytucji bankowych, mającą ich przekonać o bezpieczeństwie powierzonych środków pieniężnych. W sytuacji zaś rozczarowania najczęstszym argumentem obronnym korporacji było powoływanie się na treść deklaracji przystąpienia do umów i oświadczeń o zapoznaniu się z umową i jej zrozumieniu. Trudno jednak o większy cynizm w sytuacji, gdy przeciętna liczba stron takiej umowy wynosiła 30–60 kart zagęszczonego tekstu, pisanego małą czcionką. Dodatkowo stosowano rozczłonkowanie umowy na część zasadniczą, tabele i regulaminy, zaś samą treść cechował znaczny stopień skomplikowania. Wówczas można pojąć, iż przez lekturę mogli przebrnąć tylko i wyłącznie wytrwali w czytaniu i biegli w tematyce ubezpieczeniowo-inwestycyjnej prawnicy, zaś osoba nieobeznana w kwestiach inwestycyjnych nie była w stanie odkryć ryzyk prawnych i finansowych tkwiących w umowie. To wszystko tłumaczy poleganie wielu klientów na zapewnieniach sprzedawców ubezpieczeń z UFK oraz ich późniejsze rozczarowanie i poczucie, że zostali oszukani.

Jednocześnie dystrybucja tradycyjnych ochronnych ubezpieczeń na życie stała się trudniejsza i mniej atrakcyjna zarówno dla ubezpieczycieli, jak i ich sieci sprzedaży. Mniejszy dochód z tych ubezpieczeń rekompensowany był wzrostem sprzedaży ubezpieczeń inwestycyjnych. Spowodowało to odejście rynku od klasycznych umów ubezpieczeń na życie i jego przestawienie się na ubezpieczenia inwestycyjne.

Pozostaje tylko pytanie, w jaki sposób przy tak wysokich prowizjach ubezpieczyciele mogli jeszcze zarabiać na tych produktach? Rozwiązaniem był mechanizm wydłużenia okresu inwestycji o tzw. okres referencyjny, pozwalający bilansować koszty dystrybucji poprzez opłaty bieżące bądź też pobierane z tytułu zerwania umów. Szczególnie nieuczciwy okazał się ten drugi sposób rekompensowania kosztów poprzez zastosowanie bezpiecznika w postaci opłat likwidacyjnych czy też wykupu ubezpieczenia. Mechanizm ten, w przypadku zerwania przez ubezpieczonych umowy ubezpieczenia przed czasem, gwarantował ubezpieczycielom pokrycie kosztów prowizji płaconej dystrybutorom. Niekiedy jednak uzyskane w ten sposób kwoty nie tylko kompensowały koszt związany z wynagrodzeniem prowizyjnym, lecz także pozwalały na osiągnięcie dodatkowego zysku.

Dopiero zjawisko określane mianem *misselling* produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych, które w ostatnich kilku latach osiągnęło tak dużą skalę, obnażyło niedoskonałość i luki polskiego prawa ubezpieczeniowego, szczególnie w zakresie regulacji dotyczących ubezpieczeń grupowych i ich dystrybucji, oraz słabe punkty nadzoru nad rynkiem finansowym.

Należy podkreślić, że jedną z przyczyn niekorzystnego dla całego rynku zjawiska wadliwej sprzedaży (*misselling*) był brak regulacji dotyczących zasad i wysokości wynagrodzenia prowizyjnego agentów i osób wykonujących czynności agencyjne (głównie na rzecz banków) za sprzedaż i dystrybucję umów z UFK. Wysokie wynagrodzenie prowizyjne, z reguły wypłacane z góry, niepowiązane praktycznie z jakimkolwiek ryzykiem zwrotu nawet jego części w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy (ryzyko zostało przerzucone na klientów w formie opłaty likwidacyjnej), stało się zachętą do nieuczciwej sprzedaży produktów z UFK. Doprowadziło to do wypaczenia metodologii i zasad akwizycji ubezpieczeń, a w konsekwencji drastycznego spadku zaufania klientów do zakładów ubezpieczeń i banków. Nie trzeba dodawać, że dla tych instytucji finansowych

kwestia zaufania klientów jest kluczowa, aby skutecznie konkurować na rynku, a odzyskiwanie raz straconego zaufania będzie trwało lata.

Ubezpieczenie każdemu Polakowi posiadającemu podstawową wiedzę z dziedziny ekonomii kojarzy się z bezpieczeństwem i zaufaniem. To właśnie te cechy stanowią o przewadze umowy ubezpieczenia nad innymi kontraktami, które zawieramy w życiu codziennym. Dlaczego akurat ten rodzaj umowy jest szczególny? Odpowiedź na to pytanie znajdziemy nie tylko w przepisach prawa regulujących działalność ubezpieczeniową i umowę ubezpieczenia, lecz także w piśmiennictwie i poglądach doktryny określających umowę ubezpieczenia jako kontrakt najwyższego zaufania.

To właśnie wyjątkowość treści umowy, związana z aspektem życia i zdrowia, powierzenie ubezpieczycielowi informacji wrażliwych związanych z osobą ubezpieczoną i objęcie w zamian ochroną ubezpieczeniową wskazują, iż podstawą tej umowy jest przede wszystkim zaufanie, i to obustronne. Wzmocnieniu tego zaufania służy zasada realności ochrony ubezpieczeniowej, wyrażająca się dążeniem do ograniczenia w treści umowy wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela i zapewnienia ubezpieczonemu pełnej ochrony ubezpieczeniowej. Oczywiście ubezpieczenie musi przynosić korzyści także ubezpieczycielom. Zysk związany z dystrybucją ubezpieczeń nie powinien być jednak jedynym, decydującym celem. Kluczowym kryterium jest bowiem społeczno-gospodarcza rola umowy ubezpieczenia. Zysk więc powinien być z jednej strony godziwy, z drugiej zaś nie może umniejszać społecznego znaczenia umowy. Ubezpieczanie będzie miało sens, gdy właściwe proporcje będą zachowane.

Wprawdzie ustawodawca dopuścił do dystrybucji w Polsce ubezpieczenia inwestycyjne, jednakże z perspektywy czasu stwierdzić należy, iż łączenie umowy ubezpieczenia z umową o charakterze inwestycyjnym było rozwiązaniem błędnym. Ryzyko inwestycji ponosi w tym przypadku nie ubezpieczyciel, lecz konsument. Należało zatem wyodrębnić umowę inwestycyjną i opisać ją jako niezależną od umowy ubezpieczenia, do której dystrybucji uprawnieni byłiby ubezpieczyciele obok działalności klasycznej związanej z zawieraniem umów ubezpieczeń. Pozwoliłoby to uniknąć wielu nieprawidłowości związanych z kolizją przepisów i rozwiązań właściwych naturze stosunków ubezpieczeniowego i inwestycyjnego.

W obecnym stanie rzeczy Rzecznik Finansowy nie może zatem akceptować utożsamiania inwestycji z ubezpieczeniem, gdyż ich cele i funkcje nie dają się ze sobą pogodzić i są zasadniczo odmienne, sprzeciwiając się tym samym postrzeganiu inwestycji przez pryzmat ubezpieczenia. Nie do zaakceptowania jest wprowadzany po części przez samego ustawodawcę oraz w praktyce przez ubezpieczycieli zamęt pojęciowy, wykorzystywany następczo do ukrycia ryzyka związanego z inwestowaniem. Nieetyczna jest stosowana przez ubezpieczycieli praktyka polegająca na pozornym stosowaniu w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym elementu ochronnego. Łączenie różnych produktów w celu formalnego nadania im statusu umowy ubezpieczenia okazało się złym rozwiązaniem, deprecjonującym istotę umowy ubezpieczenia i narażającym klientów instytucji ubezpieczeniowych na ryzyka, które nie występują w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym. Nie można zatem mówić o umowie ubezpieczenia jako kontrakcie najwyższego zaufania, gdy umowa ta powiązana jest z umową inwestycyjną przerzucającą ciężar ryzyka inwestycyjnego na ubezpieczającego.

Ubezpieczenie na życie nie powinno być źródłem problemów, lecz winno kojarzyć się z bezpieczeństwem, pewnością i uczciwością. Ubezpieczenie na życie ma zapewniać jak najszerszy zakres ochrony ubezpieczeniowej za adekwatną cenę. Treść umowy nie może być złożoną, lecz prosta, jasna i czytelna. Jednym słowem powinna to być umowa przyjazna konsumentom, w której przeważać powinien element ochronny bliski klasycznemu wariantowi tej umowy. Ubezpieczyciele i agenci ubezpieczeniowi co do powyższego powinni mieć absolutną jasność. Umowa ubezpieczenia na życie ma przede wszystkim wyrażać interes podmiotu, który jest chroniony. Przewaga partykularnego interesu ubezpieczycieli i ich sieci sprzedaży ponad bezpieczeństwo ubezpieczonych przeczy idei działalności ubezpieczeniowej i jest nie do zaakceptowania. Nie po to stworzono zakłady ubezpieczeń, aby transferowały ryzyko na swoich klientów, lecz u zarania tej działalności był zamysł ponoszenia ryzyka przez ubezpieczycieli w zamian za zapłatę składki ubezpieczeniowej.

Rzecznik Finansowy, mając na uwadze przedstawione w obecnym raporcie problemy, postanowił nie rekomendować umów inwestycyjnych, występujących w obrocie pod nazwą ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,

jako umów adresowanych do masowego odbiorcy, którym jest konsument. Zdecydował tak z uwagi na znaczne skomplikowanie tych umów, dużą skalę generowanych przez nie problemów oraz negatywnych skutków ekonomicznych i społecznych. Dalsze przyzwolenie na taki stan rzeczy jest nie do zaakceptowania. Adresatami tych umów być powinny co najwyżej osoby dysponujące wiedzą z zakresu działania rynków finansowych.

W obecnej sytuacji pozostaje żywić nadzieję, że pod rządami znowelizowanej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i na skutek ostatnich decyzji zobowiązujących Prezesa UOKiK ubezpieczyciele będą odchodzić od mechanizmu przerzucania kosztów początkowych ubezpieczeń inwestycyjnych na klientów, co spowoduje poprawę jakości tych umów, przywrócenie właściwego parytetu elementu ochronnego względem inwestycyjnego. *De lege ferenda* konieczne jest wprowadzenie takich rozwiązań, które oddzieli umowę inwestycyjną od umowy ubezpieczenia, powodując tym samym zwiększenie przejrzystości umowy inwestycyjnej, uwypuklając jej charakter i pozwalając uniknąć kolizji z naturą umowy ubezpieczenia.

Raport przygotowali pracownicy i eksperci Biura Rzecznika Finansowego:

Anna Gadomska-Orłowska

Wojciech Kamieński

Mateusz Kościelniak

Cezary Orłowski

Agnieszka Piekarniak

28	Nabycie	2013-10-28	2013-10-28	204,00	100,00	54,00	34,80	1 911,51	50 001,54	7 284,05	Zrealizowane
29	Nabycie	2013-11-02	2013-11-26	204,00	150,00	54,00	79,24	1 907,47	54 598,87	7 235,08	Zrealizowane
30	Nabycie	2013-12-28	2013-12-27	204,00	160,00	54,00	77,76	1 828,52	56 527,37	7 331,23	Zrealizowane
31	Nabycie	2014-01-27	2014-01-27	204,00	150,00	54,00	71,18	2 107,30	58 904,66	7 042,17	Zrealizowane
32	Nabycie	2014-02-08	2014-02-28	204,00	150,00	54,00	78,16	1 819,74	120 853,80	7 882,73	Zrealizowane
33	Nabycie	2014-03-08	2014-03-28	204,00	150,00	54,00	80,39	1 820,61	102 674,43	8 458,34	Zrealizowane
34	Nabycie	2014-04-08	2014-04-28	204,00	150,00	54,00	84,77	1 789,48	104 443,90	8 853,71	Zrealizowane
35	Nabycie	2014-05-08	2014-05-28	204,00	150,00	54,00	82,03	1 628,60	106 072,51	9 781,97	Zrealizowane
36	Nabycie	2014-06-08	2014-06-28	204,00	150,00	54,00	103,79	1 485,23	107 510,00	11 189,40	Zrealizowane
37	Nabycie	2014-07-08	2014-07-28	204,00	150,00	54,00	101,20	1 482,71	109 001,24	11 000,93	Zrealizowane
38	Nabycie	2014-08-08	2014-08-28	204,00	150,00	54,00	103,60	1 478,88	110 480,12	11 442,53	Zrealizowane
39	Nabycie	2014-09-08	2014-09-28	204,00	150,00	54,00	103,16	1 454,00	111 934,17	11 543,93	Zrealizowane
40	Nabycie	2014-10-08	2014-10-27	204,00	150,00	54,00	110,29	1 390,00	113 324,27	12 481,80	Zrealizowane
41	Nabycie	2014-11-08	2014-11-28	204,00	150,00	54,00	116,37	1 269,66	114 593,93	13 330,44	Zrealizowane
42	Nabycie	2014-12-08	2014-12-29	204,00	150,00	54,00	118,80	1 252,00	115 845,93	13 873,36	Zrealizowane
43	Nabycie	2015-01-08	2015-01-28	204,00	150,00	54,00	132,17	1 133,19	116 979,12	15 473,02	Zrealizowane
44	Nabycie	2015-02-08	2015-02-28	204,00	150,00	54,00	128,98	1 163,67	118 142,79	16 292,60	Zrealizowane
45	Nabycie	2015-03-08	2015-03-28	204,00	150,00	54,00	128,29	1 189,23	119 286,68	16 301,11	Zrealizowane
46	Nabycie	2015-04-08	2015-04-27	204,00	150,00	54,00	127,62	1 178,66	120 445,26	16 371,20	Zrealizowane
47	Nabycie	2015-05-08	2015-05-29	204,00	150,00	54,00	109,08	1 307,16	121 832,42	13 163,70	Zrealizowane
48	Nabycie	2015-06-08	2015-06-26	204,00	150,00	54,00	103,06	1 448,19	123 280,61	12 789,45	Zrealizowane
				15 542,00	13 950,00	2 592,00					

Załącznik nr 3. Pismo TU na Życie EUROPA S.A. z dnia 20 grudnia 2012 r.

Biurowo Rzecznika
Ubezpieczonych

dot. Rv 39
2012
12.12.12

Wrocław, dnia 20.12.2012 r.



Rzecznik Ubezpieczonych
Aleje Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa

Rzecznik Ubezpieczonych: Ubezpieczenia na
życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym z dnia
7 grudnia 2012 r.

W dniu 11 grudnia 2012 r. Rzecznik Ubezpieczonych opublikował raport dotyczący ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (dalej raport). Ponieważ w swoim raporcie Rzecznik wielokrotnie powołuje się na produkty TU na Życie Europa S.A. czujemy się w obowiązku odnieść się do zarzutów zawartych w raporcie oraz wskazać nasze uwagi, zastrzeżenia i komentarze do głoszonych przez Rzecznika tez i opinii.

Przede wszystkim chcielibyśmy podnieść, iż raport odwołuje się do skarg Klientów zgłoszonych w latach 2011-2012. Rzecznik uznaje, że zarzuty przedstawione przez stosunkowo niewielką liczbę konsumentów w odniesieniu do danego produktu ubezpieczeniowego można podnieść również w odniesieniu do pozostałych konsumentów objętych tą samą umową, czy też tym samym rodzajem umów. Naszym zdaniem wyciąganie tak daleko idących wniosków jest zbyt pochopne i stawia pod znakiem zapytania wiarygodność przedstawionych w raporcie tez i opinii. **Rzecznik wskazuje, że liczba skarg na produkty ubezpieczeniowe z UFK rośnie (z 146 w 2011 roku do 262 skarg w 2012 roku), ale jednocześnie Rzecznik nie wskazuje jak ta ilość skarg odnosi się do całego wolumenu sprzedaży.**

Dla przykładu TU na Życie Europa S.A. w latach 2010-2012 notowała wzrost zawieranych stosunków ubezpieczenia, a szczególnie w roku 2011, co skutkowało istotnym wzrostem liczby skarg. Jednakże porównując bezwzględną liczbę skarg versus liczbę wszystkich stosunków ubezpieczenia w ramach ubezpieczeń na życie z UFK zawartych w 2011

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA S.A.

53-333 Wrocław
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. +48 713 341 700
fax +48 713 341 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 500

secretariat@tu.europa.pl
www.tu.europa.pl

NIP 095 17 65 137

Sąd Rejonowy
w Sądzie Rejonowym
dla Województwa Śląskiego
KRS 0000092396

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości 307 200 000 zł

roku w TU na Życie Europa S.A. można zauważyć, że **liczba skarg zgłoszonych do Rzecznika Ubezpieczonych (tj. 40) stanowiła jedynie 0,06 % liczby wszystkich stosunków ubezpieczenia (tj. 58 101) zawartych w tym okresie.**

Liczba skarg w 2012 roku obiektywnie rośnie, jednakże jest to nadal wynik wysokiej ilości przystąpień do ubezpieczeń z UFK z lat 2010-2012. W tych latach spółka zawarła łącznie 107 087 stosunków ubezpieczenia. Należy podkreślić, że **102 skargi zgłoszone w latach 2011 i 2012 stanowią jedynie 0,09% zawartych stosunków ubezpieczenia w tym okresie** – zatem wskazywanie przez Rzecznika Ubezpieczonych na podstawie tak niewielkiego odsetka na nieprawidłowości w całym obszarze wydaje się zbyt daleko idącym uogólnieniem. Na dzień 30 czerwca 2012 roku TU na Życie Europa S.A. plasowało się na 10 pozycji pod względem zebranych aktywów w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych (źródło www.analiza.pl). Na wynik ten ma decydujący wpływ fakt, że pozostałe Towarzystwa Ubezpieczeniowe działają w obszarze ubezpieczeń na życie z UKF znacznie dłużej i przyrost aktywów odbywał się regularnie na przestrzeni wielu lat. Wniosek z tego taki, że analiza ilości skarg tylko w latach 2011-2012 nie obrazuje sytuacji całego rynku i naszym zdaniem jest niepełna i krzywdząca dla TU na Życie Europa S.A.

TU na Życie Europa S.A. współpracuje z wieloma partnerami oferującymi nasze produkty ubezpieczeniowe. Faktycznie, w zakresie produktów ubezpieczeniowych z UFK zaobserwowaliśmy przypadki nieuczciwej sprzedaży, nieprawidłowego informowania o charakterze produktu, co jest bezpośrednio związane z dużym wolumen sprzedaży. Z całą pewnością nie można jednak wysnuwać wniosków jakoby było to zjawisko masowe. Należy stanowczo podkreślić, że większość Ubezpieczonych świadomie skorzystała z naszych produktów z UFK. Obecnie, mimo fazy dekoniunktury, wielu Ubezpieczonych nie zgłasza skarg, ponieważ ma świadomość, że są to produkty długoterminowe, obarczone ryzykiem inwestycyjnym i wrażliwe na wahania indeksów w trakcie trwania okresu inwestycyjnego, a zwrotu zapłaconych środków i ewentualnych zysków należy spodziewać się na zakończenie okresu ubezpieczenia.

Pragniemy zapewnić, że każdorazowo reagujemy na wszelkie zarzuty „misselingu”, rzetelnie i indywidualnie rozpatrujemy takie sprawy w postępowaniach reklamacyjnych. Każdorazowo prowadzimy pogłębione postępowanie wyjaśniające i w przypadku potwierdzenia zarzutów

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA S.A.

53-115 Wrocław
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. +48 71 334 700
fax +48 71 341 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 300

sektantat@tu.europa.pl
www.tu.europa.pl

NP 895 1745 117

Spółka zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym
dla Wrocławia Fabrycznej
pod nr KRS 000092100.

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości: 307 200 000 zł

przychylamy się do roszczeń Ubezpieczonego. Istotny jest przy tym fakt, że wiele reklamacji rozpatrujemy na korzyść Klienta bez interwencji Rzecznika Ubezpieczonych. Ponadto w najbliższym czasie dotychczasowe działania zostaną wzmocnione w związku z wejściem w życie III Rekomendacji Bancassurance.

Z naszych obserwacji wynika, że do Rzecznika trafiają skargi Klientów, którzy wcześniej zwrócili się w postępowaniu reklamacyjnym bezpośrednio do Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego i ich reklamacje nie zostały uznane. W naszej opinii często są to Klienci, którzy świadomie przystąpili do ubezpieczenia z UFK zdając sobie sprawę z ryzyka inwestycyjnego. Niemniej jednak obserwując spadek indeksów próbują wycofać się z zaciągniętych zobowiązań nie ponosząc dodatkowych kosztów. Należy w tym miejscu wskazać, że Raport Rzecznika może tym bardziej zachęcić Klientów do próby rezygnacji z ubezpieczenia z UFK, zwiększając tym samym liczbę skarg Klientów mających świadomość warunków i związanych z produktem ryzyk przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Klienci Ci, powołując się na argumentację wskazaną w raporcie, będą chcieli bezpodstawnie rościć sobie prawo do zwrotu wpłaconych kwot. Dodatkową zachętą do wniosków o rezygnację jest wskazanie w Raporcie Rzecznika, że udowodnienie przez Klientów wprowadzenia ich w błąd jest dla nich niemożliwe, co sugeruje, że ciężar dowodu powinien spoczywać na Ubezpieczycielu lub Ubezpieczającym, którzy także często nie są w stanie udowodnić, że ich działanie było w dobrej wierze. Dodatkowo teza Rzecznika, jaką można wyczytać z raportu, że Ubezpieczyciele oszukują swoich Klientów, tym bardziej stawia Ubezpieczyciela w negatywnym świetle.

Jedną z podstawowych kwestii wskazanych w raporcie jest fakt, że Rzecznik poddaje w wątpliwość czy umowa ubezpieczenia z UFK jest umową ubezpieczenia. W naszej opinii tezy te nie tylko nie znajdują uzasadnienia, ale podważają zaufanie do całego rynku ubezpieczeniowego. Możliwość oferowania takich produktów jest wprost przewidziana w ustawie o działalności ubezpieczeniowej poprzez ustanowienie Grupy 3 Działu I. Ponadto ubezpieczenie z elementem inwestycyjnym przewiduje również Dyrektywa 2002/83, która w Aneksie I wymienia, jako jedną z grup ubezpieczeń ubezpieczenia na życie powiązane z funduszami inwestycyjnymi. Ponadto Komisja Nadzoru Finansowego traktuje przypis z ubezpieczeniowych produktów

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA SA

53-313 Włodzów
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. +48 71 3 341 700
fax +48 71 3 341 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 300

zob.reklamer@pian.europa.pl
www.europa.pl

REGON 147 65 137

Siedziba zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym
dla Wrocławia Fabrycznej
pał. nr 405 0000092396

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości: 107 200 000 zł

inwestycyjnych jako przypis z produktów ubezpieczeniowych co jest zgodne z PSR.

Na niesłuszność powyższych tez wskazują również prawnicy z kancelarii CMS Cameron McKenna, adwokat Małgorzata Surdek oraz radca prawny Paweł Stykowski: „Rzecznik zdaje się sugerować, że tego typu produkty powinny się wyraźnie dzielić na dwie części: część ochronną (składka ochronna i suma ubezpieczenia) oraz część inwestycyjną (składka inwestycyjna i wypłata wartości polisy). Sugestia ta stoi w wyraźnej sprzeczności z zastrzeżeniami Rzecznika wyrażonymi na samym początku raportu, że część inwestycyjna nie powinna mieć charakteru samoistnego.(...) Czytelnik nie znający dobrze produktów i prawa ubezpieczeń może po lekturze raportu nabrać przekonania, że raport bezsprzecznie dowodzi, iż ubezpieczenia z UFK i polisolokaty są z definicji niezgodne z polskim prawem, podczas gdy większość tez Rzecznika Ubezpieczonych jest, co najmniej, kontrowersyjna, niektóre stanowią krzywdzącą generalizację, a jeszcze inne zupełnie nie znajdują oparcia w polskim prawie.(...) Z tego względu dziwi stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych, że ubezpieczenia nie mogą mieć żadnego związku z inwestowaniem. Pozostaje ono w sprzeczności nie tylko z brzmieniem ustawy o działalności ubezpieczeniowej i Dyrektywą 2002/83, ale nawet z europejskimi tradycjami i praktyką w tym zakresie.” Dziennik ubezpieczeniowy nr 3141 z dnia 12.12.2012 r.

Rzecznik wskazuje także, że według niego nazywanie umowy ubezpieczeniowej z UFK umową ubezpieczenia na życie może wprowadzać Klienta w błąd i sugeruje by Klienci byli informowani, że zawierają umowy inwestycyjne a agenci Ubezpieczyciela wykonują czynności doradztwa ubezpieczeniowego. Jednakże, zgodnie z prawem, umowa ubezpieczenia z UFK jest umową ubezpieczenia na życie i odmienne jej oferowanie, zgodnie z sugestiami Rzecznika, stanowiłoby naruszenie zarówno ustawy o działalności ubezpieczeniowej jak również ustawy o funduszach inwestycyjnych.

Kolejnym zaskakującym twierdzeniem zawartym w raporcie jest to, że pobieranie innych opłat niż opłata za ochronę ubezpieczeniową powinno prowadzić do uznania, że umowa z UFK nie jest umową ubezpieczenia. Jest to teza daleko idąca, niezgodna z aktualnym orzecznictwem Sądu Ochrony Konkurencji

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA SA

53-333 Wrocław
ul. Przemysłowa 5/6

tel. +48 71 3 341 200
fax +48 71 3 341 307
Biuro Obsługi Klienta
811 500 330

sekretariat@europa.pl
www.europa.pl

NP 995 17 65 137

Spółka zarejestrowana
w Sądzie Rejestrowym
dla Wrocławia Fabrycznej
pod nr 403 090002199

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości 397 200 000 zł

i Konsumentów, który w swoich orzeczeniach w sprawach dotyczących opłat likwidacyjnych potwierdził dopuszczalność stosowania tych opłat. Rzecznik w raporcie przytaczając orzeczenia sądów posługuje się nimi w sposób wybiórczy, pomijając uzasadnienia wyroków, które są kluczowe dla prawidłowego zrozumienia podstaw, dla których zapisy wskazane w klauzulach 2161, 1749 i 3834 zostały uznane za niedozwolone. Należy podkreślić, że twierdzenie, jakoby klauzule abuzywne były nieodłącznym elementem Warunków Ubezpieczenia umów z UFK mija się z prawdą a ponadto może być krzywdzące dla całego rynku ubezpieczeń na życie z UFK. Spółka nasza dokłada bowiem wszelkich starań, aby nasze produkty były zgodne z prawem i bieżącymi wytycznymi regulatorów i szybko reaguje na zmieniające się otoczenie prawne i regulacyjne. Rzecznik pomija fakt, iż zgodnie z art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń jest zobowiązany pobierać składki w wysokości pozwalającej co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Oznacza to, iż składka nie może pokrywać tylko opłaty za ubezpieczenie ale także winna pokrywać inne koszty zakładu ubezpieczeń.

Wartym zauważenia jest fakt, że Raport zawiera niespójności, które rzutują na rzetelność przedstawianych tez i argumentacji. Przykładem może być fakt, iż Rzecznik nie rozdziela wyraźnie produktów z UFK, czyli uregulowanych w Dziale I, Grupie 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej od pozostałych ubezpieczeń inwestycyjnych oferowanych w ramach Grupy I a których charakter diametralnie się od siebie różni. Rzecznik sugeruje np. że produkty Towarzystwa z UFK reklamowane są jako pozbawione „Podatku Belki” przywołując jako argument artykuł tego dotyczący. Jednak po głębszej analizie przytaczanego artykułu należy stwierdzić, że reklamowany produkt nie jest ubezpieczeniem z UFK a dotyczący ubezpieczenia strukturyzowanego uregulowanego w Grupie I ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w związku z czym zarzuty podnoszone przez Rzecznika nie są prawidłowe. Innym przykładem nieprawidłowości może być wskazywanie na nieczytelność definicji składek, co nie może zostać uznane za zgodne ze stanem faktycznym, gdyż we wszystkich produktach Spółki definicje te są w sposób bardzo szczegółowy opisane.

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA SA

52-133 Wrocław
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. +48 71 3 341 700
fax +48 71 3 341 700
Biuro Ubijnyj Klienta
801 500 300

sekretariat@europa.pl
www.europa.pl

KIP 895 17 65 137

Spółka zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym
dla Miejscowości Fabryczna
KRS 0000002598

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości 307 300 000 zł

Kolejnym twierdzeniem, z którym Spółka nie może się zgodzić, jest zarzut dotyczący braku informowania Klientów o ryzykach czy też nieinformowania Klientów o tym, że prezentowane symulacje i wyniki historyczne nie gwarantują osiągnięcia takich samych zysków w przyszłości. Spółka pragnie sprostować powyższe i wskazać, że w regulaminach UFK jest wykaz wszystkich ryzyk występujących w produkcie, ponadto w deklaracji przystąpienia jest wyraźne oświadczenie, wskazujące na możliwość straty całości lub części wpłaconych środków, natomiast w prezentowanych Klientowi wykresach jest wyraźnie wskazane, że podane tam dane bazują na wynikach historycznych, lub też symulacjach wyników, które nie gwarantują osiągnięcia takich samych zysków w przyszłości.

Rzecznik podnosi także, iż Klienci przystępują do ubezpieczenia nie czytając warunków ubezpieczenia. Należy podkreślić, że Towarzystwo dochowując należytej staranności, dąży do tego, aby Klient dokumenty przed podpisaniem przeczytał i w tym celu przekazuje mu je i umożliwia zapoznanie się z nimi. Nie może jednak brać odpowiedzialności za to, że Klient, pomimo naszych starań, z dokumentami się nie zapozna. W naszej opinii uświadamianie i edukowanie Klientów, między innymi o tym, że przed podpisaniem należy czytać dokumenty, jest zadaniem organów publicznych do tego powołanych (np. KNF, RZU, UOKiK), a przykładem takich działań jest np. kampania społeczna: „Nie daj się nabrać. Sprawdź, zanim podpiszesz”.

Nie możemy zgodzić się także z tezą Rzecznika w zakresie zmiany taktyki kosztowej (strona 61 Raportu) polegającej na *„opakowaniu kosztów akwizycyjnych w opłatę za zarządzanie, która ciężaru kosztów na opłatę za zarządzanie, która teraz (...) przybiera horrendalne kwoty.”* Zaprezentowany przez Rzecznika przykład produktu nie może, tylko ze względu na niestandardową konstrukcję pobierania opłat, stanowić dowodu na stawianą przez Rzecznika tezę. Rzecznik wnioskuje, że skoro stawka opłaty za zarządzanie wynosi 3,5% w skali miesiąca to stawki opłaty za zarządzanie w skali roku wynosi 42% rocznie. Jednakże należy uwzględnić fakt, że opłata ta pobierana jest tylko przez 7 pierwszych miesięcy trwania ubezpieczenia, a produkt trwa 10 lat. Zatem jeśli uczynimy stawkę opłaty za zarządzanie w odniesieniu do 10 lat trwania produktu to wynosi ona jedynie 2,04% rocznie. Nie odbiega więc od standardowych stawek opłat za zarządzanie w produktach inwestycyjnych i jest istotnie niższa od opłat za zarządzanie

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA SA

33-333 Wrocław
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. +48 71 3 341 700
fax +48 71 3 341 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 500

biuro@europa.pl
www.europa.pl

NIP 805 17 05 137

Spółka zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym
dla M. St. Wrocławia (KRS 0000592106)

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości 307 200 000 zł

w nieubezpieczeniowych produktach inwestycyjnych, takich jak np. akcyjne otwarte fundusze inwestycyjne.

Dziwi nas także używanie w tekście raportu sformułowań/słów nacechowanych subiektywnie i emocjonalnie np. „obstrukcja” (strona 37), „horrendalne kwoty” (strona 61), „quasi-ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym” (strona 71), „wehikuly finansowe” (strona 71).

Nieprawdziwe są stwierdzenia, iż „spadek wartości inwestycji wynika w większości przypadków z pobierania wysokich opłat za zarządzanie” oraz, że wycena wartości jednostek funduszu jest nieprawidłowa lub też, że początkowa wartość wyceny jednostki uczestnictwa w stosunku do notowania rynkowego jest zawyżana. Spadek wartości jednostki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest konsekwencją szeregu czynników wynikających z konstrukcji danego produktu i odzwierciedla m.in.:

- aktualne zawirowania na rynkach finansowych przyczyniające się do spadku notowań indeksu, na którym oparta jest wypłata premii dla certyfikatu,
- zmiany m.in. wysokości stóp procentowych oraz kursów walut mające związek z dokonanymi zabezpieczeniami zapewniającymi ochronę kapitału (składki zainwestowanej) w terminie zapadalności,
- różnicę pomiędzy ceną zakupu i sprzedaży certyfikatu.

Dodatkową unikalną cechą wybranych produktów ubezpieczeniowo - inwestycyjnych, która ma wpływ na bieżącą wycenę certyfikatu jest element dźwigni finansowej, tj. naliczanie zysku od wielokrotności pierwszej wpłaty klienta. Klient nabywa certyfikat za 20% jego wartości nominalnej otrzymując jednocześnie prawo do 100% partycypacji w zyskach z indeksu, na którym oparta jest wypłata premii dla certyfikatu. Elementem ubocznym dźwigni finansowej jest fakt, że wspomniana powyżej różnica liczona jest od całkowitej wartości nominalnej certyfikatu (możliwość zbycia na rynku wtórnym tylko całych certyfikatów). W kolejnych latach, wraz z wpływem składek, negatywne oddziaływanie różnicy pomiędzy ceną zakupu i sprzedaży certyfikatów będzie coraz mniejsze, gdyż emitent certyfikatów strukturyzowanych gwarantuje bez względu na dynamikę zmian cen wypłatę w wysokości pełnej kwoty składki zainwestowanej powiększonej o ewentualną premię po upływie całego okresu ubezpieczenia.

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA SA

53-111 Wrocław
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. +48 71 3 341 700
fax +48 71 3 341 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 300

skontakt@tu.europa.pl
www.tu.europa.pl

NIP 895 57 65 537

Sąd Rejonowy dla M. St. w Warszawie
KRS 000012396

Konto bankowe
sąsiedziowski@tu.europa.pl
tel. 801 500 300

Pragniemy także poinformować, że wycena jednostek Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych była wielokrotnie kontrolowana nie tylko przez zewnętrznego audytora ale także przez Komisję Nadzoru Finansowego. Do wyceny jednostek uczestnictwa nie zgłoszono żadnych zastrzeżeń.

Również pochopne wydają się sugestie o tym, że umowy grupowego ubezpieczenia stanowią formę obejścia przepisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym i w związku z tym w konkretnych przypadkach istnieje realna możliwość uznania ich za nieważne na podstawie art. 58 kodeksu cywilnego.

W naszej opinii stawianie w raporcie tak stanowczych i surowych tez wyłącznie na podstawie skarg, które stanowią niewielki promil sprzedaży jest zbyt pochopne, tym bardziej, że są one stawiane przez Rzecznika Ubezpieczonych, który jako funkcjonariusz publiczny cieszy się dużym zaufaniem konsumentów, mediów i nadzoru. Rzecznik posiada kompetencje ustawowe do formułowania wniosków i postulatów, niemniej uważamy, że właśnie ze względu na jego autorytet szczególnie istotne jest ostrożne formułowanie wniosków, w szczególności dotyczących niezgodności z prawem. Swoimi wystąpieniami Rzecznik może bowiem wpływać na zaufanie Klientów do produktów ubezpieczeniowych a pośrednio również do Towarzystw Ubezpieczeniowych, Banków i innych uczestników rynku finansowego oferujących te produkty.

Rzecznik kieruje swój raport przede wszystkim do konsumentów, czyli nieprofesjonalnych uczestników rynku, którzy, jak sam Rzecznik uważa, są niewystarczająco zorientowani w charakterze produktów inwestycyjnych przez co łatwo mogą zostać wprowadzeni w błąd. Jednocześnie publikując bardzo surowy osąd Rzecznik - powołany ustawą do tego by działać w interesie konsumentów - sam może wprowadzić ich w błąd. Klienci zachęcani bowiem wnioskami o bezprawności umów z UFK oraz bezskuteczności przystąpienia do ubezpieczenia mogą w postępowaniach reklamacyjnych lub sądowych podejmować próby uchylecia się od skutków oświadczenia woli złożonego pod wpływem rzekomego błędu lub podstępów. Niewykluczone również, że Raport może posłużyć kancelariom prawnym by zachęcać Klientów do występowania z takimi pozwami, łudząc ich możliwością wygranej i narażając na niepotrzebne koszty sądowe.

Towarzystwo nie twierdzi przy tym, iż sytuacje wprowadzenia Klientów w błąd czy „misselingu” nie miały miejsca. W takich przypadkach

Towarzystwo Ubezpieczania
na Życie EUROPA SA

53-211 Wrocław
ul. Proszkiców Świątkich 3-4

tel. +48 71 3 341 700
fax +48 71 3 341 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 300

sekretariat@tanuropa.pl
www.tanuropa.pl

NIP 891 17 60 137

Spółka zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym
dla Wrocławia Fabrycznej
pod nr KRS 0000091306

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości 307 700 000 zł

nasze Towarzystwo indywidualnie rozpatruje wszystkie przypadki zgłoszonych nieprawidłowości i wyciąga z nich konsekwencje poprawiając jakość obsługi Klientów. Tym bardziej czujemy się niesprawiedliwie potraktowani wysuwanymi przez Rzecznika przeciwko nam zarzutami i narażeniem tym samym na utratę dobrego imienia naszego Towarzystwa.

Uprzejmie prosimy o sprostowanie przez Rzecznika raportu we wskazanym w niniejszym piśmie zakresie. Mając na uwadze wagę sprawy uznajemy za zasadne wysłanie powyższego pisma do wiadomości Komisji Nadzoru Finansowego i Polskiej Izby Ubezpieczeń.

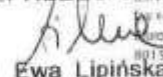
Pozostając z poważaniem

WICEPREZES ZARZĄDU



Piotr Skrzuba

WICEPREZES ZARZĄDU



Ewa Lipińska

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie EUROPA SA

33-333 Wrocław
ul. Powstańców Śląskich 2-4

tel. 71 321 11 11
fax +48 71 3 241 737
biuro Obsługi Klienta
111 500 300

sekretariat@tasospa.pl
www.tasospa.pl

Do wiadomości:

1. Komisja Nadzoru Finansowego
2. Polska Izba Ubezpieczeń

NP 895 17 65 137

Spółka zarejestrowana
w Sądzie Rejonowym
dla Wrocławia Fabrycznej
pod nr KRS 000092396

Kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony
w całości: 307 280 000 zł

Załącznik nr 4. Pismo PIU z dnia 4 stycznia 2013 r.



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

Biuro Rzecznika
Ubezpieczonych

Warszawa, dnia 4 stycznia 2013 r.

PIU 13/2013

2013 -01- 04
dla EW 286/12
WPI YNELO

Szanowna Pani
Aleksandra Wiktorow
Rzecznik Ubezpieczonych

Dotyczy: Raportu Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r., w sprawie ubezpieczeń na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym.

Szanowna Pani Rzecznik,

Polska Izba Ubezpieczeń (dalej jako "PIU"), jako organizacja ustawowo zraszająca ubezpieczycieli polskiego rynku, zapoznała się z opublikowanym w dniu 11 grudnia 2012 r. Raportem z dnia 7 grudnia 2012 r. dotyczącym ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (dalej jako "Raport").¹ PIU, wykonując swoje podstawowe ustawowe zadanie polegające na reprezentowaniu jej członków wobec organów władzy publicznej oraz podejmowaniu działań w celu ochrony ich interesów² pragnie przedstawić swoje stanowisko, jak poniżej.

Rynek ubezpieczeniowy, jak i pozostałe rynki finansowe, nie tylko w Polsce ale i na świecie, są rynkami skomplikowanymi. Ta okoliczność, jak też masowość zawieranych umów powoduje, że mogą się pojawiać na tych rynkach przypadki nieprawidłowości. Istotne jest jednak, że zarówno PIU, jak i inni uczestnicy rynku ubezpieczeń, dostrzegają potencjalne problemy, dotyczące ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie uciekają od tych zagadnień, a PIU niezmiennie wyraża chęć współpracy z organami państwa w celu wypracowania rozwiązań przeciwdziałających takim nieprawidłowościom. W oczywistym interesie członków PIU, a także innych uczestników rynku finansowego oraz organów państwa leży eliminacja niepożądanych zjawisk, co przekłada się na zminimalizowanie liczby skarg kierowanych przez niezadowolonych klientów oraz pogłębianie zaufania konsumentów do zakładów ubezpieczeń. Jednakże zdaniem PIU, działania w powyższym zakresie powinny odbywać się na zasadach dialogu, współpracy i szukania wspólnych rozwiązań, a nie poprzez publikację często nieuzasadnionych twierdzeń i wniosków, które mogą jedynie przyczynić się do zmniejszenia zaufania obywateli nie tylko do podmiotów działających na rynku ubezpieczeń, ale także do właściwych organów państwa, których zadaniem jest sprawowanie nadzoru nad tymi instytucjami.

¹ http://rsu.gov.pl/vodlr/raport_UFK.pdf

² Art. 220 ust. 2 pkt 1) ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (J. t. Dz. U. 2010 nr 11, poz. 88, z późn. zm.) (daj jako "Ustawa o działalności ubezpieczeniowej");

Należy wyrazić zdziwienie i zaskoczenie nie tylko odnoszące się do treści, ale także sposobu publikacji Raportu. Publikacja odbyła się na forum publicznym, z pominięciem jakichkolwiek konsultacji ze środowiskiem ubezpieczeniowym. Opublikowany dokument w nieuzasadniony sposób oskarża ubezpieczycieli, prowadzących działalność w zakresie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, banki i pośredników uczestniczących w dystrybucji takich produktów o bezprawne, nieuczciwe, a nawet przestępcze działania³. Oskarżenia kierowane publicznie przez instytucję państwową wobec podmiotów prywatnych, będących instytucjami szczególnego zaufania społecznego, powinny być sprawdzone i, co najmniej, poparte odpowiednimi dowodami i argumentami uzasadniającymi publiczne ich piętnowanie i podważanie do nich zaufania w oczach opinii publicznej. Nie odnosząc się do tego, czy publikacja Raportu o takiej treści mieści się w ustawowych kompetencjach Rzecznika Ubezpieczonych można mieć wątpliwość, czy eksperci przygotowujący Raport nie pozostawali w konflikcie interesów i zachowali obiektywizm przy formułowaniu tak daleko idących wniosków i oskarżeń.⁴

Wydawałoby się, że tezy i wnioski przedstawiane w tego typu dokumentach powinny być pozbawione zabarwienia emocjonalnego. Włączenie tego ostatniego do treści Raportu wskazuje na mocno subiektywną, a nie obiektywną ocenę przedstawianych sytuacji czy danych (np. sarkastyczne uwagi dotyczące wyjaśnień zakładów ubezpieczeń przedstawianych na wniosek Rzecznika⁵). Podobnie, symulacje produktowe i ekonomiczne przedstawione w Raporcie⁶, są pozbawione jakiegokolwiek wartości merytorycznej, ponieważ przyjęte w nich założenia wskazują, że ich jedynym celem jest wykazanie, że ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe z natury zawsze przynoszą straty. Z takim wnioskiem nie sposób się zgodzić, biorąc pod uwagę dane historyczne, a sformułowanie takie należy przyjąć ze zdziwieniem tym bardziej, że formułuje je podmiot, którego profesjonalna znajomość rynku finansowego nie powinna budzić wątpliwości.

Jak wskazują autorzy Raportu, tezy Raportu oparte są na bardzo niewielkiej, wręcz znikomej liczbie skarg (146 w 2011 r. i 262 w 2012 r.)⁷. Na podstawie danych szacunkowych należy stwierdzić, że obecnie obowiązuje ok. 2,8 mln umów indywidualnych, a 2 mln klientów przystąpiło do grupowych umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.⁸ Oznacza to, że skargi dotyczą mniej niż sześciu setnych promila klientów. Co więcej, z Raportu wynika, iż bezkrytycznie przyjęto relacje skarżących i z góry odrzucono wszelkie argumenty zakładów ubezpieczeń. Na tej podstawie wyciągnięto wnioski dotyczące wszystkich ubezpieczycieli prowadzących działalność w zakresie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także banków i pośredników uczestniczących w dystrybucji takich produktów, kierując daleko idące oskarżenia wobec tych podmiotów, włączając w to sugestie o prowadzenie przez nie działalności przestępczej i wzywając do wyciągnięcia wobec nich możliwie najsurowszych sankcji o charakterze odstrasającym⁹.

Należy uznać, że powyżej wskazane założenia Raportu stawiają pod znakiem zapytania jego wiarygodność i poprawność metodologiczną. W szczególności, zdaniem PIU, tezę autorów Raportu¹⁰, że wnioski odnośnie wszystkich zakładów ubezpieczeń można

³ m. in. str. 6, 35, 139 – 140 Raportu;

⁴ Raport został przygotowany m.in. przez współpracowników kancelarii prawnej reprezentującej klientów w sporach z zakładami ubezpieczeń;

⁵ str. 70 Raportu;

⁶ str. 73-101 Raportu;

⁷ str. 3 Raportu;

⁸ źródło: dane własne PIU;

⁹ str. 144 Raportu;

¹⁰ str. 5 Raportu;

wyciągać na podstawie kilkuset skarg. Oczywiście pragniemy wyraźnie zaznaczyć, że branża będzie konsekwentnie podejmowała działania, zmierzające do minimalizacji liczby skarg, niezależnie od ich skali. Jednak dokonana na ich podstawie ocenę całego rynku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi należy uznać za niezgodną z zasadami logiki i krzywdzącą dla większości zakładów ubezpieczeń.

PIU pragnie także zauważyć, że w Raporcie całkowicie pominięto fakt, iż w okresie, którego dotyczy Raport, doszło do głębokiego i długotrwałego kryzysu, który negatywnie wpłynął na cały rynek finansowy i kapitałowy. Z lektury Raportu przeciętny konsument może wyciągnąć błędny i nieuzasadniony wniosek, że jedynie ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe nie generowały zadowalających zysków, ponieważ ich celem jest pobieranie zawyżonych opłat od ubezpieczających, podczas gdy inne formy inwestowania przynosiły oczekiwane korzyści bez ponoszenia kosztów. Ponadto, pominięto zupełnie fakt, że umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym mają z natury charakter długoterminowy i ich założeniem jest przynoszenie zysku, przy założeniu odpowiedniego okresu trwania umowy i inwestowania środków pochodzących ze składek w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.¹¹ Taka jest natura tego typu ubezpieczeń na życie i ich podstawowy cel.

W Raporcie postawiono instytucjom finansowym zarzuty, które nie stanowią o odrębności rynku finansowego i nie są dla niego charakterystyczne, gdyż równie dobrze mogłyby mieć zastosowanie do wszystkich przedsiębiorców zawierających umowy z konsumentami. Trudno, bowiem, za uzasadniony zarzut uznać dążenie do maksymalizacji zysku (co, zwłaszcza w przypadku ściśle nadzorowanej gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń i konieczności zapewnienia ochrony innych ubezpieczonych, zdaje się być zarzutem zupełnie chybionym), czy też korzystanie z wzorców umownych¹², które są charakterystyczne dla tego typu umów.

Wskazane powyżej okoliczności skłaniają PIU do twierdzenia, że Raport wydaje się być pozbawiony obiektywizmu i podporządkowany z góry przyjętej tezie, że ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym służą wyludzaniu pieniędzy od ubezpieczających i ubezpieczonych przez instytucje finansowe, które działają bez wyjątku w sposób niezgodny z prawem lub wręcz prowadzą działalność przestępczą.¹³ Taka teza jest oczywiście nieprawdziwa i nie można się z nią zgodzić. Zdziwienie PIU pogłębia fakt, że w Raporcie została nie tylko zakwestionowana działalność instytucji finansowych związanych z ubezpieczeniami na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, ale także obowiązujące w Polsce¹⁴ i w Unii Europejskiej¹⁵ regulacje prawne dotyczące takich produktów. Wbrew wyraźnym przepisom prawa polskiego i dyrektyw unijnych w Raporcie stwierdzono, że umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami

¹¹ M. Szczepańska "Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.", LEX 2011; m. in. str. 5, 10, 47 i 143 Raportu;

¹² str. 143 Raportu: "Wydaje się także, iż stan, w którym przez wiele lat umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie były przedmiotem szczegółowych analiz doprowadził do obecnej sytuacji, w której indywidualni konsumenci tracą setki tysięcy złotych wskutek działań osób nakierowanych wyłącznie na osiągnięcie przychodu z pominięciem reguł etycznych czy uczciwości kupieckiej" (...) "przyszła najwyższy czas aby stanowczo ograniczyć patologie łaczące ten segment rynku."

¹⁴ Art. 4 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej w związku z załącznikiem do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Dział I grupa 3, a także inne przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej, np. art. 13 ust. 4 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej;

¹⁵ Punkt III, Załącznika I do Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz.U.UE.L.2002, nr 345, poz.1, z późn. zm.);

kapitałowymi w ogóle nie są umowami ubezpieczenia w rozumieniu polskiego prawa¹⁶, a ubezpieczyciele w zakresie zawierania takich umów nie prowadzą działalności ubezpieczeniowej, lecz działalność maklerską.¹⁷ Należy przy tym wskazać, że konstrukcja takich umów w Polsce nie różni się znacząco od konstrukcji przyjętych w innych państwach Unii Europejskiej, gdzie nie ma wątpliwości, iż umowa ubezpieczenia, w której nawet stosunkowo niewielka część składki przeznaczona jest na ochronę ubezpieczeniową, a większa – na inwestycje w określone fundusze, jest umową ubezpieczenia, a zakłady ubezpieczeń mogą zawierać takie umowy w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej. Taki jest, bowiem, charakter i cel tego produktu.

Zdziwienie budzi także konstatacja zawarta w Raporcie, która kwestionuje istotę umów ubezpieczenia na życie i dożycie, w oderwaniu od przepisów prawa regulujących tę materię oraz ustalonych od lat poglądów doktryny i orzecznictwa.¹⁸

Zastanawia także, w jak wielu miejscach Raportu uwagi w nim zawarte wskazują, że pominięto obowiązujące przepisy, związane z przedmiotem Raportu¹⁹, co stawia pod znakiem zapytania wiarygodność i zasadność wniosków w nim przedstawionych. Kwestionowana wydaje się być także sama istota prawa cywilnego i obrotu gospodarczego poprzez podważanie związania strony oświadczeniem woli zawarcia umowy w sytuacji, gdy umowa nie przynosi tej stronie oczekiwanych korzyści.²⁰ Trudno wskazać, jakimi kryteriami oceny kierowano się czyniąc takie konstatacje. Należy również zauważyć, że w wielu miejscach tezy stawiane w Raporcie odnośnie obowiązujących przepisów są wzajemnie sprzeczne.²¹

Niewątpliwie, celem działań podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych jest ochrona interesów ubezpieczających i ubezpieczonych. Można jednak mieć uzasadnione wątpliwości, czy umieszczanie na forum publicznym tego typu dokumentów ten cel realizuje, lub czy go realizuje w odpowiedni sposób. Nie kwestionując intencji działań Rzecznika

¹⁶ m.in. str. 14 Raportu *"Istnieją jednak argumenty, które mogą wskazywać na to, że umowa taka de facto umową ubezpieczenia nie jest."*, str. 25 Raportu: *"Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym niewiele jednak ma wspólnego z umową ubezpieczenia na życie"*

¹⁷ Str. 26 Raportu: *"W odniesieniu do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, których celem jest w całości bądź w większej części inwestycja w instrumenty finansowe i pochodne instrumenty finansowe, działalność ubezpieczyciela ma de facto charakter działalności maklerskiej"*.

¹⁸ Str. 15 Raportu: *"Jeżeli jednak zdarzenie, które powoduje wypłatę świadczenia przez zakład ubezpieczeń jest pewne, to nie mamy do czynienia z umową ubezpieczenia."*

¹⁹ Przykładowo: na stronie 4 Raportu Rzecznik stwierdza, iż *"Dynamiczny rozwój tego typu produktów powoduje częste zmiany zapisów umownych, których konsument nie jest w stanie na bieżąco śledzić ani kontrolować"*, podczas, gdy taki wniosek jest sprzeczny za zapisami art. 830 ust. 4 Kodeksu cywilnego w stosunku do postanowień ogólnych warunków umowy ubezpieczenia oraz art. 384 (1) KC w stosunku do pozostałych wzorców umownych, stwierdzenia, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest umową ubezpieczenia, a zakłady ubezpieczeń zawierające takie umowy prowadzą działalność maklerską – patrz: przypisy 18 i 19, str. 19: *"Brak jest ponadto uzasadnienia prawnego do pobierania opłat innych, niż opłata za ryzyko ubezpieczeniowe."* – stwierdzenie sprzeczne z art. 13 ust. 4 pkt 5) oraz art. 18 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej, str. 21 *"Z kolei fakt, iż kwota wypłacana po zakończeniu umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest sumą ubezpieczenia, a nieokreśloną wartością przyszłą uzyskaną w skutek inwestycji w fundusze kapitałowe oznacza, iż ubezpieczyciel dokonując wypłaty środków pieniężnych, nie wypłaca świadczenia z umowy ubezpieczenia, a świadczenie pieniężne oparte na innej podstawie prawnej"* – stwierdzenie sprzeczne z art. 805 ust. 2 pkt 2) Kodeksu cywilnego oraz art. Art. 12a pkt 2) i art. 13 ust. 4 pkt 2) Ustawy o działalności ubezpieczeniowej;

²⁰ Str. 5 i str. 13 Raportu.

²¹ Przykładowo: na stronie 36 Raportu w przypisie nr 83 Rzecznik stwierdza, że warunkiem związania konsumenta wzorcem umownych (ogólnymi warunkami ubezpieczenia) w ramach grupowej umowy ubezpieczenia jest uprzednie doręczenie mu tych warunków przed przystąpieniem przez niego do ubezpieczenia, natomiast na str. 135 Raportu Rzecznik stwierdza, że *"sam fakt złożenia przez ubezpieczonego oświadczenia o otrzymaniu i zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia jest z punktu widzenia skuteczności związania go postanowieniami wzorca okolicznością prawnie irrelewantną, albowiem określony w art. 384 § 1 k.c. obowiązek doręczenia wzorca dotyczy tylko drugiej strony umowy."*

Ubezpieczonych, można zadać sobie pytanie, czy w ramach ustawowych kompetencji tego organu zostało mu przyznane kwestionowanie obowiązujących w Polsce (a także w Unii Europejskiej) przepisów oraz czy taka działalność realizuje cele, dla których Rzecznik został powołany²². Wydaje się, że służą temu inne, odpowiedniejsze narzędzia, przede wszystkim występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej.²³ Trudno uznać, że publiczna krytyka wprowadzonych przez ustawodawcę rozwiązań prawnych pozwala na wypełnianie zadań Rzecznika Ubezpieczonych, chyba, że cel takiej krytyki jest jedynie populistyczny.

PIU odnotowuje z obawą, że sposób przedstawienia zagadnień poruszonych w Raporcie, może zostać odebrany jako zamiar ingerencji w kompetencje innych organów powołanych do rozpoznawania określonych spraw. Czym innym, jest jednoznaczne stwierdzenie, że dane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń stanowią niedozwolone postanowienia umowne pomimo braku wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w tym zakresie²⁴, a czym innym stwierdzenie, że określone działania wyczerpują znamiona czynów przestępczych, bez wskazania przy tym na prawomocny wyrok sądu karnego, który rozstrzygałby tę kwestię.²⁵ Warto podkreślić, że we właściwych postępowaniach podmioty wskazane w Raporcie miałyby ustawowo zagwarantowaną możliwość obrony własnych racji. Tymczasem, opublikowanie Raportu bez możliwości przedstawienia swojego stanowiska przez podmioty, wobec których zarzuty zostały zaadresowane, odebrało im możliwość jakiegokolwiek obrony albo, przynajmniej polemiki na etapie tworzenia raportu. W świetle sformułowanych w Raporcie zarzutów wydaje się to nie do pogodzenia z podstawowymi zasadami prawa.

Stawiając zakłady ubezpieczeń w roli podmiotów działających niezgodnie z przepisami prawa autorzy raportu wydają się nie zauważać, że konstatacje poczynione w Raporcie mogą skłaniać do wniosku, że stanowią przejaw doradztwa inwestycyjnego. Z lektury Raportu przeciętny konsument może wyciągnąć wniosek, że inwestowanie w fundusze inwestycyjne jest bardziej opłacalne, niż zawieranie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wydaje się, że rolą Rzecznika Ubezpieczonych nie jest tego typu doradztwo, polegające na wskazywaniu konsumentom, w jakie produkty warto inwestować swoje środki, a w jakie nie. Rzecznik nie ma ku temu ani ustawowych kompetencji, ani odpowiedniej wiedzy. Udzielanie tego typu porad na forum publicznym wiąże się także z kolejną wątpliwością, tj. zakresem odpowiedzialności za udzielane publicznie porady. Trudno uznać taką działalność za mającą na celu ochronę słabszych uczestników rynku.

Jako organizacja reprezentująca ubezpieczycieli, PIU nie może zaakceptować faktu niedwuznacznej sugestii wyrażonej w Raporcie, że podmioty uczestniczące w zawieraniu i wykonywaniu umów na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym uczestniczą w działalności przestępczej, a nawet domagania się w Raporcie przykładowego ukarania osób odpowiedzialnych za takie działania²⁶. PIU pragnie wskazać, że na gruncie obecnie

²² Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. nr 124, poz. 1153, z późn. zm.) (dalej jako: "Ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym") "Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych." Zadania Rzecznika zostały określone w art. 20 Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym.

²³ Na podstawie art. 20 pkt 3) Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym.

²⁴ str. 111 – 122 Raportu.

²⁵ str. 139 – 142 Raportu.

²⁶ str. 144 Raportu.

obowiązujących przepisów (art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego²⁷) Rzecznik Ubezpieczonych ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić prokuratora lub Policję, jeżeli w związku ze swą działalnością dowiedział się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu. Zatem, w miejsce publikacji Raportu, Rzecznik Ubezpieczonych, w przypadku istnienia stosownych przesłanek powinien był podjąć działania przewidziane przepisami prawa. Brak złożenia takich zawiadomień, pomimo uzasadnionego podejrzenia popełniania czynów przestępczych przez instytucje finansowe, o których mowa w Raporcie, może zostać uznane za naruszenie ustawowych obowiązków Rzecznika Ubezpieczonych. W przypadku, jednak, jeżeli brak było dostatecznie uzasadnionych wiadomości co do popełnienia takich czynów, wiarygodność zarzutów stawianych w tym zakresie w Raporcie może budzić daleko idące wątpliwości i stawiać pod znakiem zapytania wiarygodność całej treści Raportu.

W ocenie PIU postulat autorów Raportu o ograniczeniu możliwości oferowania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jedynie do "profesjonalnych uczestników rynku"²⁸ oznaczałby w praktyce likwidację takich produktów, stanowiąc niespotykane na skalę europejską i nieuzasadnione na gruncie Konstytucji ograniczenie swobody działalności gospodarczej. Skutkiem Raportu i niczym nieuzasadnionych twierdzeń w nim zawartych (bo tak należy rozumieć, jak się wydaje, sugestie, że ubezpieczyciele prowadzą działalność o charakterze przestępczym) może być niczym nieuzasadnione, choć znaczne, osłabienie zaufania społeczeństwa do zakładów ubezpieczeń oraz innych instytucji finansowych wskazanych w Raporcie. Takie działania wpływają negatywnie na całą gospodarkę znacząco ograniczając zaufanie konsumentów do instytucji finansowych i organów państwa. Biorąc pod uwagę fakt, iż są to instytucje o szczególnym znaczeniu i charakterze, objęte szczególnym nadzorem, przeciętny konsument może odnieść wrażenie, że nie tylko te podmioty, ale także państwo, w tym poprzez stanowione przepisy prawa, mają wyłącznie na celu zerowanie na nieświadomości konsumenta, dążąc do osiągnięcia przez niego dolegliwych strat finansowych lub im czynnie nie przeciwdziałając. Nawet teoretyczne przyjęcie, że właśnie taki skutek może odnieść Raport, budzi ogromne obawy.

Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są oferowane od wielu lat na polskim rynku i możliwość zawierania takich umów przez zakłady ubezpieczeń nie była dotychczas kwestionowana przez sądy ani organy administracji publicznej. W konsekwencji sugerowanie w Raporcie, że takie produkty są w istocie niezgodne z prawem, ich celem jest jedynie wyłudzenie pieniędzy od konsumentów, a działalność instytucji oferujących takie produkty ma charakter przestępczy, może doprowadzić także do osłabienia zaufania społeczeństwa do organów państwa, które przez lata tolerowały taką działalność, a nawet sankcjonowały ją poprzez odpowiednie instytucje nadzorcze (Komisja Nadzoru Finansowego).

Należy ponownie podkreślić, że PIU nie przechodzi obojętnie wobec problemów występujących na rynku ubezpieczeniowym i niezmiennie podejmuje działania mające na celu przeciwdziałanie ewentualnym nieprawidłowościom. Zdaniem PIU w dotychczasowej praktyce wypracowano efektywny model współpracy pomiędzy uczestnikami rynku oraz instytucjami państwowymi oparty na dialogu, współpracy i poszanowaniu interesów

²⁷ Zgodnie z tym przepisem: "Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa."

²⁸ str. 50 i 69 Raportu.

wszystkich zainteresowanych podmiotów. Rozwiązania wypracowane wspólnie przez PIU, Związek Banków Polskich oraz właściwe instytucje państwowe należy uznać za skuteczne i sprawdzające się w praktyce. Efektem ostatnich prac PIU jest, m.in. opracowanie wspólnie ze Związkiem Banków Polskich *III Rekomendacji dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym* (dalej jako "**III Rekomendacja**"). Należy podkreślić, że przy tworzeniu postanowień III Rekomendacji uwzględniono uwagi i sugestie Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Ministerstwa Finansów oraz Rzecznika Ubezpieczonych.

Zdaniem PIU właśnie taki model współpracy jest najbardziej pożądany w celu rozwiązywania problemów występujących na rynku ubezpieczeniowym oraz przeciwdziałania ewentualnym nieprawidłowościom. Natomiast działania podejmowane odrębnie przez poszczególne organy, bez konsultacji z innymi podmiotami na rynku finansowym, mogą prowadzić do niepotrzebnej eskalacji problemu oraz osłabienia zaufania obywateli do państwa i nadzorowanych przez państwo podmiotów. PIU ponownie wyraża chęć współpracy i spotkania z Panią Rzecznik Ubezpieczonych w celu dyskusji nad zaobserwowanymi przez Panią Rzecznik nieprawidłowościami na rynku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz podjęcia prac nad rozwiązaniami mającymi przeciwdziałać takim nieprawidłowościom (jeżeli Pani Rzecznik uważa III Rekomendację za niewystarczający instrument w tym zakresie). Jednocześnie PIU zwraca się do Pani Rzecznik z uprzejmą prośbą o usunięcie Raportu ze strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych z powodów opisanych w treści niniejszego pisma. Jeżeli Pani Rzecznik uzna, że nie zachodzi taka potrzeba, PIU zwraca się z uprzejmą prośbą o opublikowanie niniejszego pisma na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych w bezpośrednim sąsiedztwie Raportu, aby czytelnicy Raportu mieli możliwość zapoznania się także ze stanowiskiem zakładów ubezpieczeń w przedmiocie kwestii poruszonych w Raporcie oraz zawartych w nim zarzutów pod adresem podmiotów oferujących umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Z wyrazami szacunku,


Przełożony Zarządu
Polskiej Izby Ubezpieczeń
J. Grzegorz Mielczyński

Załącznik nr 5. Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2010-2015 (3 kwartały) dotyczących UFK

Lp.	Rok	Liczba skarg (dot. UFK)	Liczba skarg (ogółem)	%
1.	2010	103	11 947	0,86
2.	2011	146	14 356	1,01
3.	2012	516	15273	3,4
4.	2013	1216	16516	7,4
5.	2014	1422	15429	9,2
6.	2015*	1070	14273	7,5

* Dane nie obejmują IV kwartału 2015 r.



Warszawa, 8 kwietnia, 2013 r.

PIU 471/2013

Biuro Rzecznika
Ubezpieczonych

2013-04-10

WV 84/13
WPLYNEŁO

Szanowna Pani
Aleksandra Wiktorow
Rzecznik Ubezpieczonych

Szanowna Pani Rzecznik,

Nawiązując do spotkania 21 stycznia 2013 r. zainicjowanego przez Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Związek Banków Polskich, w którym udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Ubezpieczonych oraz Arbiter Bankowy, przekazuję w załączeniu do konsultacji projekt *Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi*.

Przesłany projekt jest efektem złożonego przez PIU podczas spotkania zobowiązania do przygotowania w pierwszym kwartale br. samoregulacji rynku ubezpieczeniowego, która przyczyni się do wyeliminowania zjawiska misselingu i zapewnienia większej ochrony Klientom.

Celem Rekomendacji jest przede wszystkim upowszechnienie dobrych praktyk w zakresie przejrzystego informowania Klientów o ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, poprzez zaproponowanie wzoru standardowej Karty Produktu, stanowiącej dodatkową informację dostarczaną Klientowi przed zawarciem ubezpieczenia lub przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego. Celem opracowania jest zapewnienie Klientowi porównywalnej informacji o ubezpieczeniach oferowanych przez różnych ubezpieczycieli. Wprowadzona Rekomendacją Karta Produktu prezentuje podstawowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym, niezbędne Klientowi do podjęcia świadomej decyzji jego zakupu:

1. Opis podstawowych parametrów oferowanego produktu (tj. horyzont czasowy, częstotliwość opłacania składki, zakres ubezpieczenia, etc.);
2. Opis ryzyk związanych z oferowanym produktem;
3. Listę opłat związanych z produktem, wraz z ich wysokością na przestrzeni życia produktu;
4. Symulację przebiegu ubezpieczenia ukazującą w prosty i czytelny sposób wartości wpłaconych przez Klientów składek vs. wartość kwoty do wypłacenia Klientowi w przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia.

Informacja będzie przekazywana językiem prostym, jasnym i zrozumiałym dla Klienta a jej zakres powinien umożliwić Klientowi łatwe porównanie ofert różnych zakładów ubezpieczeń.

Wprowadzenie rekomendacji dobrych praktyk oraz możliwość dobrowolnego do niej przystępowania jest w naszej opinii najważniejszym sposobem adresowania transparentności oferty produktowej i informacji marketingowej oraz zwiększania komfortu Klientów zakładów ubezpieczeń poprzez lepsze dopasowanie oferty produktowej do Ich potrzeb. Jest jednocześnie najskuteczniejszą metodą na zmniejszenie niekorzystnych zjawisk sprzedażowych, w tym *missellingu*, przy jednoczesnym umożliwieniu zakładom ubezpieczeń zachowania swobody w kształtowaniu warunków umów z pośrednikami, w zakresie wynagrodzenia prowizyjnego, warunków wykupu wartości polisy, opłat, gwarancji czy innych parametrów kontraktu ubezpieczenia.

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o przekazanie do 8 maja 2013 r. do Polskiej Izby Ubezpieczeń opinii do załączonego projektu. Mamy nadzieję, że przyczyni się on do upowszechnienia wśród zakładów ubezpieczeń wyższych standardów obsługi klientów.

Jednocześnie zgłaszamy gotowość do udzielenia wszelkich dodatkowych informacji na temat przesłanego projektu w ramach spotkania roboczego we wskazanym przez Panią Rzecznik terminie.

Z wyrazami szacunku,



Jan Grzegorz Prądyński
Prezes Zarządu
Polskiej Izby Ubezpieczeń



Rzecznik
Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Aleksandra Wiktorow

RU/ 84 /MAR/CO/13

Warszawa, 15 V / 13

Pan
Jan Grzegorz Prądyński
Prezes Zarządu
Polskiej Izby Ubezpieczeń
ul. Wspólna 47/49
00-684 Warszawa

de

Pragnę podziękować za przesłanie projektu Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Chociaż przedstawiony projekt Rekomendacji uznać należy za pozytywny krok w kierunku eliminowania nieprawidłowości występujących w trakcie zawierania umów ubezpieczeń indywidualnych, to w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych działanie takie uznać należy za spóźnione. Przedłożony projekt Rekomendacji nie stanowi bowiem pożądanego ruchu wyprzedzającego, mającego na celu zapobieżenie przypadkom złej sprzedaży - *missellingu* związanym z dystrybucją ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, które występowały znaczenie wcześniej, a które w ostatnich dwóch latach przybrały niepokojące rozmiary, pogłębiając kryzys zaufania do instytucji i rynków finansowych. Rekomendacja jest wyłącznie ruchem *post factum*, który w ocenie Rzecznika nie przywróci strat ani nadszarpniętej reputacji ubezpieczycielom, bankom czy firmom doradczym zajmującym się dystrybucją ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Najprawdopodobniej nie spowoduje też wzrostu zainteresowania konsumentów taką umową ubezpieczenia.

Ponadto, w ocenie Rzecznika, dotychczasowe doświadczenia w zakresie wprowadzania tzw. „dobrych praktyk” w odniesieniu do produktów ubezpieczeniowych przygotowywane przez Związek Banków Polskich wspólnie z Polską Izbą Ubezpieczeń, nie skutkowały całkowitym wyeliminowaniem istniejących problemów. Część nieprawidłowości, po pierwszych miesiącach obowiązywania rekomendacji, powróciła w innej, zmodyfikowanej formie. Analogicznej sytuacji obawiamy się również w stosunku do skuteczności zaproponowanej obecnie Rekomendacji, tym bardziej, że jej nieprzestrzeganie nie będzie wiązało się z żadnymi odczuwalnymi sankcjami.

Rzecznik Ubezpieczonych jest więc zdania, że rekomendacje nie są w stanie rozwiązać wszystkich problemów, w szczególności tych, związanych z luką w prawie dotyczącą braku regulacji umowy ubezpieczenia grupowego i umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Szczegółowe argumenty w tej kwestii zostały przedstawione na styczniowym spotkaniu zorganizowanym przez Związek Banków Polskich. Rekomendacje z racji swej istoty nie mogą bowiem zastępować powszechnego prawa lecz powinny działać *in plus* – jako wartość dodana, polepszająca sytuację konsumenta ponad tą która wynika z norm powszechnie obowiązujących, a których niestety w przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, oprócz wzmianki w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, w zasadzie nie ma. Biorąc pod uwagę obecny deficyt rozwiązań rangi ustawowej dotyczących umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym udostępnianych konsumentom, w szczególności grupowych umów ubezpieczenia, Rzecznik opowiada się za wdrażaniem do obrotu miękkiego prawa (*soft law*) z tym zastrzeżeniem, że kierunek takich działań uznaje jedynie za pomocniczy, przejściowy, a tym samym tymczasowy, zaś rozwiązanie wszystkich problemów ostatecznie powinno przybrać rangę ustawową za czym jednoznacznie opowiada się również Minister Finansów oraz organ nadzoru finansowego (KNF).

I. Uwagi generalne.

Rekomendacja przewiduje rozszerzony zakres informacyjny niezbędny i konieczny do zrozumienia przez konsumenta produktu ubezpieczeniowego jakim jest ubezpieczenie na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (UFK). Twórcy Rekomendacji wydają się jednak nie dostrzegać lub celowo pomijać fakt, że problem *missellingu*, nie jest jedynym czynnikiem generującym nieprawidłowości związane z umowami ubezpieczenia na życie z UFK. Poza *missellingiem* najczęstszą płaszczyzną sporów prowadzonych pomiędzy konsumentem a ubezpieczycielem są zapisy umów dotyczące wysokości i konstrukcji opłat

(w tym głównie opłaty likwidacyjnej), wykupu ubezpieczenia, a także wartości wypłacanych świadczeń. Dlatego pożądane jest rozszerzenie Rekomendacji o wskazanie zalecanych - a zarazem dopuszczalnych i akceptowalnych przez rynek - maksymalnych wartości opłat likwidacyjnych czy też minimalnej wartości wykupu, z uwzględnieniem linii orzeczniczej SOKiK'u.

Wątpliwości Rzecznika budzi także sama obszerność przykładowej Karty Produktu, która zawiera 5 stron. Pomimo niewątpliwie dobrych chęci autorów, te 5 kolejnych do przeanalizowania przez konsumenta stron, stosunkowo przyswajalnego tekstu, w połączeniu z produktem oraz załącznikami do niego, może się okazać czynnikiem zniechęcającym do zapoznania się z prezentowaną treścią, jak to niestety często bywa w przypadku lektury obszernie zredagowanych ogólnych warunków ubezpieczeń z załącznikami.

Wielka szkoda, że w treści Rekomendacji w ogóle nie ma informacji wskazującej na kryteria ustanawiania wynagrodzenia prowizyjnego dla dystrybutora produktu. Brak jest także informacji w Karcie Produktu wskazującej na fakt wynagradzania przez ubezpieczyciela ubezpieczającego - „sprzedawcy”, często przedstawiającego się jako „niezależny doradca”, co Klientowi uzmysłowiłoby rzeczywistą jego rolę w procesie dystrybucji tego rodzaju produktów. System wynagradzania ubezpieczających oraz pośredników generuje zjawisko nieetycznej sprzedaży „za wszelką cenę”. Stąd też zdiagnozowane przypadki pomijania przez „sprzedawców” informacji związanych z produktem o charakterze inwestycyjnym, sugerowanie iż jest lokatą, programem zabezpieczenia emerytalnego, programem długoletniego oszczędzania. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych to właśnie zbyt wysokie prowizje, np. pochłaniające wielokrotność składki rocznej albo wysokość składki pobieranej w ciągu 2, 3 lat trwania umowy, są podłożem zaistniałych nieprawidłowości po stronie sprzedażowej.

Sama więc Karta Produktu, zawierająca istotne lecz wybiórczo zebrane informacje, co do charakteru produktu inwestycyjnego w formie umowy ubezpieczenia, bez dodatkowych zaleceń ukierunkowanych do ubezpieczycieli dotyczących ograniczenia bądź wyeliminowania z treści umów tzw. ognisk zapalnych, nie jest wystarczająca, nie wyeliminuje negatywnego odbioru sprzedaży tych produktów, gdyż nie obejmuje podstawowych czynników leżących u źródła powstałych problemów.

W kwestii samoregulacji być może warto pójść dalej i wsłuchując się w głosy przedstawicieli rynku ubezpieczeniowego, wdrożyć w życie rozwiązania obecne w innych krajach Unii Europejskiej, chociażby postulat podziału prowizji na raty, tak aby nie była płacona jednorazowo lecz ratalnie w odstępie rocznym, w przeciągu np. pierwszych pięciu lat

obowiązywania umowy. Takie działanie nie tylko wymusić może rzetelność informacyjną po stronie pośredników, z uwagi na osiągnięcie rezultatu satysfakcji klienta, ale także lepszą efektywność produktu gwarantowaną przez samych ubezpieczycieli, chcących utrzymać Klienta w pierwszych newralgicznych pięciu latach inwestycji. Prowadziłoby to nie tylko do optymalizacji opłat bieżących z obsługą produktu, ale także zmniejszyło uciążliwość z tytułu wysokich opłat likwidacyjnych czy niskiej wartości wykupu. Warto byłoby, aby Polska Izba Ubezpieczeń szerzej propagowała dobre praktyki niektórych ubezpieczycieli, jak np. wypłata prowizji jedynie z wypracowanego przez produkt zysku czy też całkowita rezygnacja z opłat likwidacyjnych.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych byłoby wskazane, aby branża bankowa, a także pośredników finansowych, w odpowiednim zakresie, przyjęła bądź zalecała przyjęcie Rekomendacji. Niewątpliwie w stosunkach bankowo-ubezpieczeniowych dla poprawy ochrony praw konsumenta niezbędne jest współdziałanie wszystkich podmiotów zaangażowanych w tego typu transakcje. W dużej mierze to od pośredników finansowych i banków będzie zależało czy Karta Produktu będzie wręczana, a przede wszystkim, czy będzie odpowiednio objaśniana konsumentom.

Rzecznik Ubezpieczonych pragnie również zwrócić uwagę na potrzebę odpowiedniego przeszkolenia pracowników ubezpieczycieli, banków, agentów, pośredników (doradców) którzy będą oferowali klientom przystąpienie do umowy ubezpieczenia grupowego na życie z UFK. Minimalny zakres szkolenia z pewnością powinien obejmować warunki ubezpieczeń oferowanych przez bank. Warto byłoby, aby szkolenia nie ograniczały się jednak do samej treści Warunków Ubezpieczenia i obejmowały przedstawienie specyfiki ubezpieczeń grupowych.

Rzecznik Ubezpieczonych apeluje o potraktowanie jako priorytetowej kwestii oceny przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego czy konkretna osoba (konsument) faktycznie kwalifikuje się do objęcia ubezpieczeniem inwestycyjnym – UFK. Sprzedaż ubezpieczeń inwestycyjnych osobom w wieku emerytalnym, schorowanym, bez stałego przychodu na odpowiednim poziomie, dla których z uwagi na ich warunki ochrona od początku zawarcia umowy jest dla nich nieodpowiednia, zaś część inwestycyjna nieprzydatna, gdyż niepotrzebnie zamraża ich kapitał potrzebny na bieżące cele życia codziennego musi zostać wyeliminowana.

Rzecznik Ubezpieczonych proponuje umieszczenie w Rekomendacji zapisów dotyczących dążenia do rozwiązywania ewentualnych sporów na drodze polubownej. Szczególnie cieszyłaby nas deklaracja banków i ubezpieczycieli, iż będą oni rozstrzygać spory z ubezpieczonymi powstałe w związku z umową ubezpieczenia z UFK przed Sądem

Polubownym przy Rzeczniku Ubezpieczonych lub innych instytucjach tego rodzaju. Zapis na sąd polubowny może znaleźć się w każdej umowie ubezpieczenia grupowego, jeżeli tylko obie strony wyrażą na to zgodę. Takie rozwiązanie pełniłoby, w ocenie Rzecznika, w dużej części funkcję prewencyjną, jak również byłoby kolejnym dowodem na to, iż ubezpieczyciele i bankowcy chcą faktycznie wyeliminować z rynku nieprawidłowe praktyki. Jest to o tyle ważne, iż w umowie ubezpieczenia grupowego tak naprawdę sam konsument (ubezpieczony) w większości przypadków nie będzie miał legitymacji procesowej do wystąpienia przeciwko ubezpieczycielowi, ani przeciwko bankowi.

II. Uwagi szczegółowe

Wątpliwości Rzecznik Ubezpieczonych budzą następujące zapisy Rekomendacji:

§ 1 – Cel Rekomendacji

Definiowanie Rekomendacji jako „*niewiążących sugestii dotyczących standardowej Karty Produktu*”, już u samej podstawy ukazuje jej słabość albowiem dowodzi, że sygnatariusze Rekomendacji nie będą związani jej treścią, a jedynie będzie ona stanowiła formę zaleceń odnośnie tego, co powinno znaleźć się w treści Karty Produktu. Idąc dalej, każdy sygnatariusz Rekomendacji będzie miał możliwość wprowadzenia własnej formy Karty Produktu, która może zawierać jedynie wybrane elementy powołane w Rekomendacji.

Ponadto, niezrozumiałe jest wpisanie jako jednego z celów Rekomendacji dążenia do zapewnienia „Klientowi porównywalnej informacji o ubezpieczeniach oferowanych przez różnych Ubezpieczycieli.” Chociaż jest to istotna informacja z punktu widzenia wyboru najlepszej oferty ubezpieczeniowej, to jednak odnośnie Karty jest informacją zbędną, zważywszy iż Karta Produktu ma co do zasady zawierać zwięzłe informacje na temat konkretnego produktu, a nie być „folderem reklamowym” czy „porównywarką” poszczególnych ofert ubezpieczycieli.

Rekomendacja zakłada, że Karta Produktu stanowi „*dodatkową informację dostarczaną Klientowi*”. Stąd też nie powinna być podpisywana przez klienta ani zawierać jakichkolwiek zastrzeżeń prawnych.

§3 - Definicje

pkt a. Karta Produktu.

Sugerujemy zmianę stylistyczną polegającą na zastąpieniu zwrotu „dostarczany” wyrazem „doręczony” oraz dodaniem „ ..., z którego treścią Klient powinien być zapoznany.” Samo doręczenie dokumentu nie jest jednoznaczne z odpowiednim wyjaśnieniem jej treści, a skoro celem Rekomendacji jest podniesienie świadomości konsumentów odnośnie treści umowy, do której przystępują, to odpowiednie objaśnienie i wskazanie najistotniejszych kwestii wydaje się kluczowym elementem sprzedaży.

W odniesieniu do zapisu, iż: „Karta Produktu jest dokumentem samodzielnym, nie będącym częścią umowy ubezpieczenia ... proponujemy szczegółowo przeanalizować cel i skutek wprowadzenia dokumentu Karty Produktu i doprecyzować go w Rekomendacji. Dokument opisujący istotne cechy umowy ubezpieczenia na życie z UFK „przygotowywany indywidualnie dla każdego Klienta (...) odnoszący się do wariantu Ubezpieczenia wybranego przez Klienta.” (§ 4 pkt 1 Rekomendacji) nie może być jednocześnie niezwiązany z umową, tzn. być dokumentem abstrakcyjnym, oderwanym od umowy. Zachodzi tu więc oczywista sprzeczność założeń. Istnieje również obawa, iż w praktyce dokument będzie wykorzystywany przez ubezpieczycieli w celu powoływania indywidualnych ustaleń z klientem. Podczas konferencji PIU dnia 11 kwietnia 2013 r. przekazano informację, iż dokument będzie jednak podpisywany przez klienta, co będzie ewidentnie świadczyło o tym, że jest to część umowy ubezpieczenia.

§ 4 pkt 1.

W ocenie Rzecznika wątpliwości budzi to, w jaki sposób oraz kto będzie indywidualizował Kartę Produktu. Powyższe jest niezmiernie istotne zważywszy, że produkty z UFK są dystrybuowane m. in. przez banki. Powstaje zatem uzasadniona obawa o rzetelność i odpowiedzialność za proces „indywidualizowania” Karty. Nie ulega bowiem wątpliwości, że sama Karta opracowywana jest przez ubezpieczyciela, zaś jej „wypełnieniem” np. wysokość składki, imię i nazwisko ubezpieczonego, zajmować się będzie „sprzedawca”. Jak będzie ten proces przebiegał w praktyce – okaże się dopiero po dłuższym czasie.

§4 pkt 3

Wnosimy o dodanie zdania: Karta Produktu powinna zawierać także informację czy ubezpieczający, pośrednik ubezpieczeniowy są wynagradzani przez ubezpieczyciela z tytułu

zawarcia przez konsumenta umowy ubezpieczenia bądź przystąpienia do niej oraz informację jaka część składki będzie stanowić wynagrodzenie prowizyjne do pośrednika.

§5 pkt 1 ppkt 3)

Wyjaśnienia wymaga zwrot: „z istotną częścią ochronną”. Zalecamy zdefiniowanie jak należy rozumieć ww. pojęcie poprzez zamieszczenia jego definicji w § 3 Rekomendacji zatytułowanym „Definicje”.

§5 pkt 6

Generalna uwaga dotyczy zapisu: Ryzyko utraty części/całości środków, które powinno być w ocenie Rzecznika w sposób szczególny wyeksponowane, np. utraty części **NAWET UTRATY CAŁOŚCI** środków. Informacja ta powinna być odpowiednio widoczna.

ppkt (2)

Rzecznik Ubezpieczonych wielokrotnie dawał wyraz sprzeciwu takiemu ukształtowaniu umowy ubezpieczenia na życie z UFK, która uprawnia ubezpieczyciela do konfiskaty całości zainwestowanych środków w przypadku wycofania się ubezpieczonego z inwestycji. Dlatego też w tym przypadku opowiadamy się za uregulowaniem w Rekomendacji stawki maksymalnej wysokości opłaty likwidacyjnej (minimalnej wykupu) z uwzględnieniem obecnego orzecznictwa SOKiK, które wyraźnie wskazuje, że jeżeli wysokość opłaty likwidacyjnej pochłania całość bądź znaczną część powierzonych na inwestycję środków pieniężnych, wówczas istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że opłata w takiej formie stanowi rodzaj sankcji za rezygnację ubezpieczonego z dalszego kontynuowania umowy. Jeśli więc opłata likwidacyjna nie jest w żaden sposób powiązana z realnie poniesionymi wydatkami – nie ma związku z rzeczywistymi kosztami rozwiązania umowy, wówczas tak sformułowane postanowienie umowne naruszać będzie dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków, stanowiąc przykład swoistej kary umownej czy też „wynagrodzenia” dla ubezpieczyciela nie znajdującego ekwiwalentu w świadczeniu wzajemnym ubezpieczającego. Stosowanie wygórowanej opłaty likwidacyjnej której wysokość nie ma pokrycia w wydatkach

ubezpieczyciela będzie więc wypełniało dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c. (niedozwolone klauzule umowne).¹

Ponadto, proponujemy dodanie pkt (5) o treści: ryzyko niepowodzenia inwestycji związane z kosztem obsługi ubezpieczenia (opłaty transakcyjne, za zarządzanie, administracyjne). Opłaty bieżące pochłaniają część zainwestowanego kapitału, co wiąże się z ryzykiem, iż zysk z inwestycji (przy założeniu że w ogóle wystąpi) nie będzie w stanie wyrównać straty wynikłej z faktu zastosowania opłat bieżących.

§ 10 – Postanowienia końcowe.

W związku z brakiem w Dobrych Praktykach jakichkolwiek zapisów o odpowiedzialności ubezpieczycieli za naruszenia Rekomendacji, odmowę przystąpienia albo wystąpienia z niej, proponujemy dodanie zapisu o zamieszczeniu na oficjalnej stronie internetowej PIU oraz o przekazaniu do UKNF informacji zawierającej dane ubezpieczyciela oraz odpowiedni komunikat w przypadku, gdy dany podmiot nie będzie już sygnatariuszem Rekomendacji.

III. Uwagi dotyczące treści Przykładu Karty Produktu

Informacje o opłatach w Karcie Produktu

Generalna uwaga dotyczy braku informacji, że opłaty obniżają kwotę przekazywaną na inwestycję. Przykłady Opłat są wyrażone procentowo [%] w stosunku rocznym, nie jest jednak wskazane od jakiej wartości naliczany jest %, a jest to bardzo istotne, gdyż uwidacznia realny wpływ opłat na powodzenie inwestycji. Ponadto zasadne byłoby w sposób szczególnie wyeksponowanie informacji czy opłaty związane z obsługą produktu (bieżące) są pobierane co miesiąc czy raz w roku.

Wychodząc z założenia, że Karta Produktu ma charakter zindywidualizowany, za zasadne przyjęć należy, iż wszelkie opłaty powinny być wskazane kwotowo w zależności od rzeczywistych kosztów konkretnej umowy. Procentowe ujęcie opłat, w połączeniu z różnorodnością wartości, do jakich się odnoszą, jak wynika z doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych, nie jest wystarczające, skutkuje dezinformacją i brakiem możliwości świadomej oceny kosztów inwestycji. Przykład niejasno sprecyzowanych opłat podany został w zaproponowanej Karcie Produktu (Pkt II – Informacje o opłatach – „opłata jest pobierana

¹ Tak też w wyroku Sąd Apelacyjny w Warszawie w sprawie o sygn. akt VI ACa 1175/09.

proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres pomiędzy poprzednią wyceną a wyceną na moment, w którym pobiera się opłatę”. Takie zapisy są dla przeciętnych konsumentów zupełnie niezrozumiałe. Powołując tego typu zapis w przykładowej Karcie Produktu tym samym PIU sugeruje, iż użyte sformułowania spełniają wymóg jasności, czytelności i nie wprowadzają w błąd. Skoro kwotowe ustalenie poszczególnych opłat jest możliwe po zawarciu umowy ubezpieczenia, to nie ma przeszkód aby ich wysokość podać klientowi przed podjęciem decyzji o wpłacie pierwszej składki ubezpieczeniowej.

Symulacje wartości ubezpieczenia

Generalna uwaga dotycząca prezentowanych symulacji związana jest z tym, że dotyczą one przede wszystkim optymistycznych założeń, które nie obejmują możliwych zmian koniunktury rynkowej, wahań giełdowych. Sugerujemy więc wskazanie dodatkowo realnej stopy zwrotu na dzień sporządzenia Karty Produktu dla Klienta.

Pozostałe uwagi:

- Zakładane stopy zwrotu są podane przed naliczeniem opłat, a powinny być podane po ich naliczeniu.
- Nie można także ukrywać faktu opodatkowania świadczenia podatkiem z tytułu zysków kapitałowych (tzw. podatek Belki). Skoro wartość Wykupu jest obliczana po pobraniu wszystkich opłat, to powinna być również obliczona po potrąceniu podatku od zysków.
- Zwrot „Skumulowana wartość wpłaconych składek”, zgodnie z § 8 pkt 6 ppkt (1) Rekomendacji powinien być zastąpiony sformułowaniem: „Wartość wpłaconych składek”.

Rozwiązanie polegające na wypłacie świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości uzależnionej od tego, która wartość – Suma Ubezpieczenia czy wartość funduszu jest większa w momencie zgonu ubezpieczonego, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wyczerpuje znamiona niedozwolonego postanowienia umownego.

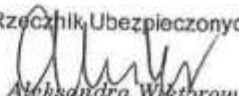
Oczywistym być powinno, a jak wskazuje powyższy przykład – nie jest, że w przypadku śmierci ubezpieczonego następuje spełnienie świadczenia dotyczącego części ochronnej umowy ubezpieczenia – art. 805 § 2 pkt 2 k.c. oraz dodatkowo realizacja części kapitałowej umowy związanej z wypłatą środków pieniężnych zgromadzonych w UFK.

Istotą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest to, że jedynie część składki przeznaczana jest na pokrycie ryzyka udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a więc jest składką ubezpieczeniową *sensu stricto*, natomiast pozostała jej część

jest alokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, a więc podlega inwestowaniu. Co za tym idzie zainwestowane środki nie powinny być przedmiotem świadczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Innymi słowy należy więc stwierdzić, że w przypadku umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wartość świadczenia należnego ubezpieczonemu w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego winna być skorelowana z sumą ubezpieczenia i finansowana z tej części składki, jaka jest przeznaczana na pokrycie ryzyka. Tymczasem jak wynika z powyższego postanowienia możliwa jest sytuacja (zwłaszcza po upływie długiego okresu od zawarcia umowy), w której zamiast sumy ubezpieczenia, ubezpieczonemu zostanie wypłacona Wartość Rachunku Ubezpieczającego, czyli *de facto* zostanie zrealizowana Całkowita Wypłata tyle, że bez dokonania potrąceń z tytułu opłaty likwidacyjnej i opłaty od wykupu, ale już ze stosownymi potrąceniami z tytułu podatku dochodowego od zysków kapitałowych (tzw. podatek Belki). W takim przypadku, świadczenie ubezpieczeniowe związane z wystąpieniem w umowie określonego zdarzenia ubezpieczeniowego (spełnienia ryzyka) zostaje zastąpione innym – Wypłatą Całkowitą środków zgromadzonych na rachunku, która to wypłata nie ma nic wspólnego z ryzykiem ani częścią składki ponoszonej za ryzyko.

W związku z powyższym mamy do czynienia z sytuacją, gdy składka ubezpieczeniowa uiszczana przez ubezpieczonego na pokrycie ryzyka nie znajduje ekwiwalentu we wzajemnym świadczeniu ubezpieczyciela z tytułu zajścia wypadku przewidzianego w umowie albowiem świadczenie to wypłacane jest z własnych środków ubezpieczonego zgromadzonych na UFK.

Mając nadzieję, że powyższe uwagi i propozycje zmian będą pomocne przy dalszych pracach nad wdrożeniem Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, pozostaję

Rzecznik Ubezpieczonych

Aleksandra Wiktrow



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

00/p uzad.

Biurowo Rzecznika
Ubezpieczonych

2013-07-31
dot. RU/84/MAR/CO/13
WPEYNELO

PIU 970/2013

Warszawa, 30 lipca 2013 r.

Szanowna Pani
Aleksandra Wiktorow
Rzecznik Ubezpieczonych

Szanowna Pani Rzeczniku,

W imieniu Polskiej Izby Ubezpieczeń bardzo dziękuję za uwagi do projektu *Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi* przekazane w piśmie o sygn.: RU/84/MAR/CO/13 z dnia 13 maja 2013 r. W trakcie ostatnich tygodni, w Polskiej Izbie Ubezpieczeń trwały prace nad uwzględnieniem wszystkich opinii i uwag przesłanych przez Rzecznika Ubezpieczonych, Komisję Nadzoru Finansowego, Ministerstwo Finansów oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Zebranie wszystkich komentarzy zajęło więcej czasu niż pierwotnie zakładaliśmy, ale ich pozyskanie i jak najpełniejsze uwzględnienie uznaliśmy za kluczowe dla powodzenia projektu wdrożenia Rekomendacji i związanej z nią Karty Produktu.

Dzięki przesłanym przez Panią Rzecznik uwagom udało się wprowadzić kilka istotnych poprawek do pierwotnego projektu. Część z nich to nowe, bardziej precyzyjne zapisy lepiej oddające intencje autorów. Część to zmiany, które pomogą lepiej zabezpieczyć interesy klientów poprzez dostarczenie im wyczerpującej i precyzyjnej informacji o produkcie. Za wszystkie uwagi i komentarze jeszcze raz, w imieniu pracujących nad projektem pracowników zakładów ubezpieczeń i PIU, dziękuję.

Celem Rekomendacji jest upowszechnienie dobrych praktyk w zakresie przejrzystego informowania klientów o ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym poprzez określenie zaleceń dotyczących standardowej Karty Produktu, stanowiącej dodatkową informację dostarczaną przed zawarciem ubezpieczenia lub przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego. Ponadto, Karta Produktu ma dostarczyć klientom wystandaryzowaną informację o ubezpieczeniach oferowanych przez różnych ubezpieczycieli, tak aby maksymalnie ułatwić porównanie różnych ofert. Tak sformułowane zadanie nie pozwala na uwzględnienie wszystkich postulatów Pani Rzecznik odnoszących się do funkcjonowania rynku ubezpieczeń w Polsce. W rekomendacji nie podejmujemy kwestii których rozstrzygnięcie jest obecnie przedmiotem prac Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego (IMD II oraz MIFID II) oraz tych których uregulowanie, nawet w ramach tzw. „soft-law”, nie leży w kompetencjach zakładów ubezpieczeń. Naszym zdaniem kwestie związane z wprowadzeniem limitu wysokości prowizji należnej pośrednikom, sposobu jej rozłożenia w czasie, zagadnienia związane z uregulowaniem umowy grupowego ubezpieczenia

oraz definicja ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nie powinny być przedmiotem ustaleń między zakładami ubezpieczeń.

Pragnę zwrócić uwagę, że pojawiający się we wszystkich przesłanych opiniach urzędów postulat skrócenia Karty Produktu (np. do 3 stron), jest sprzeczny z wnioskami o wprowadzenie do Karty Produktu nowych elementów, czy rozszerzenia jej o dodatkowe opisy i definicje. Również podnoszony przez Panią Rzecznik zarzut, że Karta Produktu „zawiera istotne lecz wybiórcze zebrane informacje dotyczące charakteru produktu inwestycyjnego” można do nich zaliczyć. Projekt opracowywany przez PIU szeroko przedstawia wszystkie najistotniejsze elementy, które mogą mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia. Dowodem na to jest porównanie Rekomendacji z projektem rozporządzenia Komisji Europejskiej dotyczącym PRIP, który obejmuje znacznie mniejszy zakres informacji przekazywanych klientom w Karcie Kluczowych Informacji (KID).

Poniżej przedstawiam odpowiedź na uwagi szczegółowe do Rekomendacji:

1. Par. 1 „Cel Rekomendacji”
 - a. usunięto słowo „niewiązanych”, które w zamyśle autorów miało odnosić się do dobrowolności przystępowania przez zakłady ubezpieczeń do Rekomendacji, a mogło być zrozumiane jako brak zobowiązania ich do przestrzegania zapisów Rekomendacji,
 - b. pozostajemy na stanowisku, że Karta poza dostarczeniem informacji o produkcie powinna poprzez standaryzację zakresu informacji służyć do prostego porównywania ofert zakładów ubezpieczeń w celu dokonania najlepszego wyboru,
 - c. Karta Produktu nie będzie podpisywana przez klienta tylko będzie kwitowany jej odbiór,
 - d. zastrzeżenia prawne zamieszczone w Karcie Produktu mają jedynie uświadomić klientowi informacyjny cel przekazania Karty.
2. Par. 3 „Definicje”, pkt a. „Karta Produktu”
 - a. wprowadzono zapis „*Karta Produktu jest dokumentem samodzielnym, wiążącym dla Ubezpieczyciela, nie będącym częścią umowy ubezpieczenia ani materiałów marketingowych*”, który zwraca uwagę, że Karta nie stanowi indywidualnego uzgodnienia warunków kontraktu z klientem i nie jest wzorcem umownym.
3. Par. 4 pkt 1. – za proces dostarczania Karty klientom odpowiadać będą zakłady ubezpieczeń. W ich dobrze pojętym interesie będzie leżało zapewnienie właściwego wdrożenia Rekomendacji.
4. Par. 4 pkt 3. – tak jak zaznaczono wyżej, kwestia informowania klientów o wysokości prowizji dla pośrednika jest przedmiotem dyskusji w trakcie prac nad IMD II w Komisji Europejskiej.
5. Par. 5 pkt 1 ppkt 3) – zwrot „z istotną częścią ochronną” pozostawiamy bez zmian. Jego interpretacja będzie zależeć od cech charakterystycznych produktów oferowanych przez zakłady ubezpieczeń.
6. Par. 5 pkt 6 – informacja o możliwości utraty przez klienta „części a nawet całości środków” została wyeksponowana. Postulat uregulowania w Rekomendacji maksymalnej wysokości tzw. opłaty likwidacyjnej został

omówiony wyżej. W przykładzie Karty zgodnie z sugestią umieściliśmy takie parametry, które nie są sprzeczne z orzeczeniami SOKiK.

7. Par. 10 „Postanowienia końcowe” – intencją środowiska ubezpieczeniowego jest jak najszersze wdrożenie Rekomendacji. Naszym zamiarem jest umieszczanie informacji o zakładach ubezpieczeń, które przystąpiły do stosowania Rekomendacji.

Odpowiedź na uwagi dotyczące Przykładowej Karty Produktu:

8. Definicje opłat wskazują na sposób ich pobierania, a symulacja odzwierciedla ich wysokość. Została uzupełniona informacja o ich częstotliwości.
9. Propozycja prezentowania opłat kwotowo została w pełni zaakceptowana.
10. Informacja o istnieniu powszechnie obowiązujących zasad opodatkowania dochodów (podatek Belki) nie jest niezbędna. Zwyczaj ten jest powszechny. W sytuacji gdy inne podmioty rynku, takie jak TFI, takiej informacji nie przedstawiają. Ekspozowanie podatku od dochodów kapitałowych przez zakłady ubezpieczeń może uniemożliwić rzetelne porównanie ofert.
11. Symulacje wartości ubezpieczenia są przygotowane dla trzech wariantów: bazowego, o podwyższonej rentowności i o obniżonej rentowności. Taki wybór bazuje na wieloletnich doświadczeniach rynków kapitałowych. Dodatkowo, zaznaczono, że możliwa jest realizacja gorszych wyników.
12. Kwestionowane rozwiązanie polegające na wypłacie świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości uzależnionej od tego, która z wartości – suma ubezpieczenia czy wartość rachunku jest większa w momencie śmierci ubezpieczonego, jest rozwiązaniem praktykowanym i zgodnym z obowiązującymi regulacjami.

W załączeniu przekazuję poprawiony projekt *Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi* wraz z Przykładem Karty Produktu.

Pragnę zaznaczyć, że zmiany wprowadzone w przestanych dokumentach są również efektem opinii i uwag nadesłanych przez KNF, Ministerstwo Finansów oraz UOKiK.

Mam nadzieję, że ze względu na istotne znaczenie Rekomendacji dla dalszego rozwoju rynku ubezpieczeniowego w naszym kraju, mogę liczyć na przychylny stanowisko Pani Rzecznik do przestanego projektu oraz pomoc w jego przyszłym wdrażaniu poprzez szerokie informowanie opinii o nowych rozwiązaniach korzystnych dla ubezpieczonych.

Z wyrazami szacunku,

Prezes Zarządu
Polskiej Izby Ubezpieczeń
[Podpis]
J. Grzegorz Trzcinański

3



URZĄD KOMISJI NADZORU UBEZPIECZEŃ
I FUNDUSZY EMERYTALNYCH

Departament Nadzoru Ubezpieczeń Działu I

DN1/063/38/4/06

Warszawa, 2006-08-24

PANI MONIKA STEC
Zastępcza Dyrektora
Departamentu Polityki Konsumentckiej
Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa

20475

Szanowna Pani Dyrektor,

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 czerwca 2006r. nr DDK-076-201/06/BK w sprawie postanowień umów ubezpieczeń na życie odnoszących się do obciążeń związanych z wykupem ubezpieczenia proszę o przyjęcie następującego stanowiska organu nadzoru.

Jednoznaczna prawna ocena kwestii przedstawionej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej UOKiK) jest utrudniona z racji na ogólność wystąpienia skierowanego do organu nadzoru, jak również złożoność jarydyczną poruszonej materii. W szczególności UOKiK nie wskazuje choćby, czy problematyka dotyczy umów przypisanych do grupy 1 działu I załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.), czy umów z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, tj. umów przypisanych do grupy 3 działu I. Ponadto, UOKiK abstrahuje od jakichkolwiek konkretnych wzorców umownych, a fakt ten ma znaczenie o tyle, że pojęcie „wykupu”, jakkolwiek ma charakter ustawowy, to pozostaje bez legalnej definicji. W konsekwencji, szczegółowego zdefiniowania tego pojęcia dokonuje praktyka ubezpieczeniowa w ramach treści poszczególnych wzorców umownych. Z racji na potencjalną różnorodność nie sposób jest – w oparciu o treść wystąpienia UOKiK – zająć jednoznacznego stanowiska. Z tego też względu poczynione w niniejszym stanowisku spostrzeżenia należy uważać za ogólne, nie dające podstaw do oceny konkretnych postanowień umownych.

Na wstępie należy przede wszystkim podnieść, iż konstrukcja wartości wykupu ubezpieczenia jest stosowana w produktach ubezpieczeniowych na całym świecie, zaś oferowane w Polsce produkty ubezpieczeniowe z zakresu ubezpieczeń na życie nie odbiegają w tym zakresie od oferty zakładów ubezpieczeń na życie prowadzących działalność w innych krajach.

1. Odnosnie do wskazanej przez UOKiK sprawy stosowania w umowach ubezpieczeń na życie postanowień mówiących, iż w razie wypowiedzenia przez konsumenta umowy ubezpieczenia w ciągu dwóch pierwszych lat obowiązywania umowy suma wykupu polisy jest równa zero złotych organ nadzoru podnosi, iż jest to powszechnie stosowana na całym świecie praktyka.

Przykładowo w niemieckiej ustawie o umowie ubezpieczenia (VVG), w § 176(3) zapisano jedynie, iż wartość wykupu obliczana jest na podstawie powszechnie stosowanych reguł matematyki ubezpieczeniowej. Z kolei zgodnie z informacjami dla konsumentów przedstawionymi na stronie internetowej organu nadzoru ubezpieczeniowego w Wielkiej

21.08.2006

Brytanii (FSA), po 3 latach i później wartość wykupu powinna odpowiadać przynajmniej wartości opłaconych składek. Z powyższych regulacji nie wynika zatem, by zakłady ubezpieczeń były ograniczane w samodzielnym kształtowaniu wartości wykupu, przynajmniej w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia, co wynika ze specyficznych cech tej umowy.

Wg teorii ubezpieczeń na życie¹ w żadnym z ubezpieczeń wykup polisy nie jest możliwy w pierwszym okresie po zawarciu ubezpieczenia, ale dopiero po upływie pewnego czasu, zwykle dwóch lat od zawarcia umowy, co wiąże się przede wszystkim z wysokimi kosztami zawarcia ubezpieczenia.

W miarę upływu kolejnych lat okresu ubezpieczenia możliwa suma wykupu rośnie i po wskazanym w umowie okresie zbliża się w końcu do pełnej wartości polisy. Dzieje się tak głównie ze względu na koszty zawarcia ubezpieczenia amortyzowane w okresie opłacania składki (prowisja pierwszoroczna sięga, a niekiedy przewyższa wysokość pierwszorocznej składki), koszty administracyjne i inne straty związane z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia.

W szczególności w ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wyróżnia się cztery rodzaje obciążeń kosztowych²:

1. obciążenia początkowe (tzw. opłata alokacyjna, określana w procentach wpłaconej składki) przeznaczone na pokrycie kosztów początkowych zakładu ubezpieczeń, np. kosztów oceny ryzyka ubezpieczeniowego (w tym: koszty ewentualnych badań medycznych, wynagrodzenie lekarza badającego ubezpieczonego przed zawarciem takiej umowy, wynagrodzenie pracowników zakładu ubezpieczeń dokonujących ostatecznej oceny ryzyka), kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia (w tym: prowizja pośrednika ubezpieczeniowego, koszty druków ubezpieczeniowych oraz ich wysyłki, koszty wprowadzenia umowy do systemu informatycznego),
2. obciążenia związane z wykupem ubezpieczenia przeznaczone na pokrycie niepokrytych jeszcze bieżącą składką kosztów początkowych zakładu ubezpieczeń, zwykle określane w procentach wartości polisy,
3. obciążenia związane z administrowaniem ubezpieczeniem przeznaczone na pokrycie bieżących wydatków, np. kosztu zakupu / sprzedaży jednostek funduszu, zarządzania funduszem, przeniesienie środków pomiędzy funduszami, zmiany alokacji, itp., a także niepokrytych ewentualnie wydatków początkowych,
4. obciążenia związane z ochroną ubezpieczeniową.

Poziom obciążeń związanych z wykupem ubezpieczenia oraz poziom obciążeń początkowych i obciążeń bieżących są ze sobą wzajemnie powiązane. Przykładowo, jeśli zakład ubezpieczeń chce uzyskać bardzo szybko zwrot poniesionych wydatków początkowych może wprowadzić bardzo wysokie obciążenia początkowe w pierwszym lub w ciągu dwóch pierwszych lat umowy, co jednocześnie może pozwolić na rezygnację z pobierania opłat przy wykupie ubezpieczenia po tym okresie. Natomiast w sytuacji, gdy nie występują opłaty alokacyjne w tym okresie lub są one niskie (zakład ubezpieczeń niejako kredytyje ubezpieczającego), zwrot początkowych wydatków zakład ubezpieczeń wkomponuje w wysokość obciążeń bieżących i w wysokość obciążeń związanych z wykupem ubezpieczenia, przy czym im niższe obciążenia bieżące, tym większa wartość opłaty przy wykupie ubezpieczenia w pierwszych latach ubezpieczenia. W takim przypadku konstrukcja powiązań pomiędzy powyższymi obciążeniami ma również przyczynić się do tego, aby ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia z błahych powodów lub pod wpływem impulsu.

¹ Eugeniusz Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, POLTEX, Warszawa 2004, str. 47

² *ibidem*, str. 181-189

Należy ponadto zauważyć, iż w przypadku gdy ubezpieczający nie może z różnych względów opłacać składek w wielu produktach ubezpieczeniowych przewidziana jest możliwość zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe, ze zmniejszoną sumą ubezpieczenia, ewentualnie ubezpieczenie bezskładkowe ze skróconym okresem trwania.

W związku z powyższym organ nadzoru nie może zgodzić się z opinią UOKiK, iż stosowana powszechnie praktyka, zgodnie z którą wartość wykupu w pierwszych dwóch latach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia wynosi zero złotych powoduje istotne ograniczenie uprawnień do wypowiedzenia umowy w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, o którym mowa w art. 330 § 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.). Co więcej, wydaje się, iż ponieważ opisane powyżej ukształtowanie możliwości wykupu ubezpieczenia ma charakter utrwalony i uzasadniony specyfiką działalności zakładu ubezpieczeń, to można je uznać za mieszczące się w granicach swobody kształtowania treści stosunku umownego (granicą taką, w myśl art. 353¹ Kodeksu cywilnego, obok litery prawa i zasad współżycia społecznego, jest również właściwość (natura) stosunku prawnego).

Organ nadzoru zwraca również uwagę na fakt, iż w umowie ubezpieczenia, zgodnie z art. 13 ust.1 pkt 3 oraz art. 13 ust. 4 pkt 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, muszą znaleźć się zapisy odnośnie do zasad ustalania wartości wykupu, w związku z czym ubezpieczający ma pełną świadomość na jakie warunki umowy w tym zakresie się decyduje, zatem znajduje tu zastosowanie zasada „*volenti non fit injuria*” (chcącemu nie dzieje się krzywda).

2. Odnośnie do wątpliwości UOKiK co do przedmiotowej praktyki zakładów ubezpieczeń w kontekście regulacji art. 384¹ Kodeksu cywilnego, to należy zwrócić uwagę, iż przepis ten nie ma zastosowania do ubezpieczeń na życie. Należy bowiem zwrócić uwagę na przepis art. 13 ust.2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zgodnie z którym zmian umowy ubezpieczenia odbywa się poprzez wyrażenie przez strony zgody na zmianę warunków umowy. Przepis ten, jako *lex specialis*, uchyla zatem stosowanie art. 384¹ Kodeksu cywilnego w ubezpieczeniach na życie.

3. Odnośnie do twierdzenia UOKiK, że w ubezpieczeniach z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym duża część składki jest przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa ww. funduszy należy podnieść, iż nie zawsze odzwierciedla ono rzeczywistość. Przykładowo w sprzedawanym w Polsce ubezpieczeniu uniwersalnym z ochroną maksymalną, którego celem jest zagwarantowanie wysokiego świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego, większa część składki przeznaczona jest na pokrycie ryzyka śmierci (wysoka suma ubezpieczenia), mniejsza zaś stanowi składkę oszczędnościową³.

Jednocześnie organ nadzoru nie może również zgodzić się z wątpliwościami UOKiK co do obciążenia kosztami wypowiedzenia umowy wyłącznie konsumenta, w kontekście art. 385³ pkt 16 Kodeksu cywilnego.

Należy bowiem podnieść, iż zakłady ubezpieczeń ponoszą w pierwszych latach umowy ubezpieczenia znaczne koszty, które mogą przewyższać wartość zainkasowanej składki w tym okresie. Najbardziej standardowe koszty przy zawieraniu takiej umowy to prowizja agenta ubezpieczeniowego, koszty oceny ryzyka ubezpieczeniowego, koszty druków ubezpieczeniowych oraz ich wysyłki, koszty wprowadzenia umowy do systemu informatycznego. Prawie wszystkie te koszty (poza na ogół częścią prowizji agencji) są z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń nie do odzyskania w razie wypowiedzenia przez

³ *ibidem*, str. 173-175

ubezpieczającego umowy ubezpieczenia. Nie można zatem twierdzić, iż jedynie jedna strona obciążona jest kosztami wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

W opinii organu nadzoru również wątpliwości UOKiK co do naruszenia dyspozycji art. 385³ pkt 12 Kodeksu cywilnego wydają się nieuzasadnione. Przede wszystkim wydaje się, iż nie można utożsamiać wartości wykupu ze zwrotem uiszczonej przez konsumenta zapłaty za nie spełnione w całości lub części świadczenie zakładu ubezpieczeń, gdy konsument zrezygnuje z wykonania umowy ubezpieczenia. W umowach ubezpieczenia na życie wartość wykupu jest bowiem specyficznym rodzajem świadczenia z umowy ubezpieczenia. Umowy te przewidują również instytucję zwrotu składki ubezpieczeniowej, jednakże jedynie w przypadkach skorzystania przez kontrahenta zakładu ubezpieczeń z prawa do odstąpienia od umowy ubezpieczenia, o którym mowa w art. 812 § 4 Kodeksu cywilnego.

Ponadto, zdaniem organu nadzoru, gdyby nawet utożsamić instytucję wartości wykupu z obowiązkiem zwrotu konsumentowi uiszczonej zapłaty za świadczenie nie spełnione w całości lub części, jeżeli konsument zrezygnuje z zawarcia umowy lub jej wykonania (co z uwagi na powyższe wyjaśnienia wydaje się merytorycznie niepoprawne), nadal nie można twierdzić, iż generalnie postanowienia umów ubezpieczeń na życie wyłączają ww. obowiązek zwrotu. Pewne i to szczegółowo uzasadnione powyżej ograniczenia w tym zakresie występują zazwyczaj w ciągu pierwszych lat trwania umowy ubezpieczenia. W opinii organu nadzoru o naruszeniu w/w przepisu Kodeksu cywilnego można byłoby mówić jedynie, gdyby zakłady ubezpieczeń nie przyznawały żadnych świadczeń w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia.

Konkludując, zdaniem organu nadzoru w przypadku umowy ubezpieczenia na życie nie można posługiwać się konstrukcjami przyjętymi w innych umowach cywilnoprawnych nie uwzględniając jej specyfiki.

Jednocześnie organ nadzoru zapewnia, iż w prowadzonych czynnościach badane jest również czy nadzorowane zakłady ubezpieczeń na życie prowadzą działalność zgodnie z zawartymi umowami ubezpieczenia. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w tym zakresie podejmowane są stosowne działania, w tym mające na celu ochronę interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

Z poważaniem,

ZASTĘPCA DYREKTORA
DEPARTAMENTU NADZORU
UBEZPIECZEŃ DZIAŁU I

A. Świsłowski
Andrzej Świsłowski

Załącznik nr 10. Pismo KNF z dnia 13 maja 2015 r.



KOMISJA NADZORU FINANSOWEGO

Zastępca Przewodniczącego
Lesław Gajek

Warszawa, dnia 13 maja 2015 r.

DLU/WO/ 606/184/1/ 2015 /AH

Pani Aleksandra Wiktorow
Rzecznik Ubezpieczonych

Szanowna Pani Preres,

W załączeniu przekazuję projekty rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń w sprawie badania adekwatności produktu oraz w sprawie zarządzania produktem, zwracając się z prośbą o przekazanie ewentualnych uwag, w terminie 10 dni od otrzymania niniejszego pisma.

Biuro Rzecznika
Ubezpieczonych

2015-05-15
PW/S3/AS
WPLYNEŁO

Z paszportem
Z-ca PRZEWODNICZĄCEGO
Komisji Nadzoru Finansowego
Lesław Gajek

Załączniki:

1. Projekt rekomendacji dotyczących badania adekwatności produktu
2. Projekt rekomendacji dotyczących zarządzania produktem

Załącznik nr 11. Pismo Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 26 maja 2015 r.



Rzecznik
Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Aleksandra Wiktorow

RU/ 83 /CO/15

26-05-2015 Warszawa,

Pan
Lesław Gajek
Zastępca Przewodniczącego
Komisji Nadzoru Finansowego

w odpowiedzi na pismo z dnia 13 maja 2015 r. o nr DLU/WO/606/184/1/2015/AW w sprawie dwóch projektów rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących adekwatności produktu oraz zarządzania nim, uprzejmie dziękuję za przesłanie ww. opracowań, prosząc zarazem o przyjęcie poniższych uwag.

Przedstawione projekty rekomendacji produktowych Rzecznik Ubezpieczonych uznaje za pozytywny krok w kierunku eliminowania nieprawidłowości występujących w trakcie zawierania umów ubezpieczeń indywidualnych albo przystępowania do umów ubezpieczenia grupowego. W szczególności wysoce pozytywnie należy ocenić zwłaszcza te zapisy rekomendacji, których istotą jest zapobieganie zjawisku *missellingu* oraz eliminowanie konfliktu interesów. Bez wątplenia bowiem uznać należy, iż nieprawidłowości w powyższym zakresie doprowadziły do wielu nieszczęść, a nawet tragedii ludzkich, co w konsekwencji przyczyniło się do powstania obecnego kryzysu zaufania do instytucji ubezpieczeniowych, także rzutującego negatywnie na cały rynek finansowy.

Kryzys zaufania społecznego do zakładów ubezpieczeń dziś już jest faktem. Nieudolne próby samoregulacji branży, fiasko rekomendacji (*soft law*), pogłębiły jedynie zle

postrzeganie branży przez społeczeństwo. Dlatego też wobec braku samoregulacji ubezpieczycieli interwencja organu nadzoru nie jest już tylko potrzebą chwili lecz koniecznością. Stąd też wyrażam przekonanie, że zdecydowane działanie organu nadzoru jest w stanie tę sytuację zmienić z korzyścią dla wszystkich uczestników rynku.

Rzecznik Ubezpieczonych wyraża nadzieję, że po wprowadzeniu w życie obu projektowanych rekomendacji skala problemów i nieprawidłowości związanych z dystrybucją produktów ubezpieczeniowych, w szczególności tych związanych z umowami ubezpieczeń inwestycyjnych, ulegnie znacznemu zmniejszeniu i przyczyni się do wyjścia branży z kryzysu zaufania. Rzecznik Ubezpieczonych chociaż ma przede wszystkim na uwadze sytuację prawną osób, których interesy reprezentuje, to jednak nie pozostaje obojętny na niepokojące procesy zachodzące w samej branży, spoglądając z troską także i w tym kierunku. Dlatego też głównie mając na celu dobro ubezpieczonych będzie również wspierał inicjatywy organu nadzoru, które nawet jeśli tylko w sposób pośredni, gdyż nie są adresowane bezpośrednio do konsumentów, mogą w stopniu znacznym przyczynić się do uzdrowienia branży ubezpieczeniowej. Wyrażam przeto przekonanie, że obecnie podjęte działania UKNF pozwolą w niedalekiej przyszłości uniknąć znaczących perturbacji na rynku ubezpieczeniowym, co pozwoli zabezpieczyć prawa słabszych podmiotów reprezentowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych, a jednocześnie będących pod ochroną organu nadzoru, z pożytkiem dla stabilności podmiotów nadzorowanych.

Dlatego też Rzecznik Ubezpieczonych w pełni akceptuje proponowane przez UKNF rozwiązania dotyczące zarówno badania adekwatności produktów względem potrzeb i rozeznania konsumentów, jak również systemu zarządzania produktem.

I. Uwaga generalna

Przedłożone dwa projekty rekomendacji określają wytyczne o szerokim zakresie tematycznym i chociaż pośrednio będą miały wpływ na sytuację konsumentów usług ubezpieczeniowych, to jednak nie można tracić z pola widzenia faktu, iż ich adresatem są zakłady ubezpieczeń. Stąd też zakres opiniowania Rzecznika Ubezpieczonych siłą rzeczy jest ograniczony i odnosi się tylko do tych wytycznych, które mają bądź w przyszłości mogą mieć realny wpływ na wzmocnienie pozycji konsumentów oraz zapewnienie ochrony ich praw przed nieuczciwymi praktykami zakładów ubezpieczeń związanymi czy to ze sposobem dystrybucji, czy też samą wadliwością produktów.

II. Uwagi szczegółowe

Wątpliwości Rzecznik Ubezpieczonych budzą następujące zapisy Rekomendacji:

1. Rekomendacje dotyczące badania adekwatności produktu.

Rekomendacja 6.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych dla prawidłowego ustalenia preferencji klienta należałoby przedstawić szereg ankiet. W pierwszej kolejności powinno bowiem być zadane pytanie o preferowany przez klienta rodzaj ubezpieczenia: ochronnego, inwestycyjnego, mieszanego. Takie pytanie pozwoli ukierunkować klienta na odpowiedni tor myślenia o planowanym ubezpieczeniu służącym do zabezpieczenia komfortu życia, przyszłości osób bliskich bądź instrumentu umożliwiającego pomnażanie kapitału lecz nie gwarantującego osiągnięcia planowanego rezultatu z uwagi na ryzyko inwestycyjne.

Ponadto, należy ustalić czy klient przed zawarciem czy też przystąpieniem do umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym już wcześniej miał jakąkolwiek styczność z inwestowaniem na giełdzie papierów wartościowych, a więc czy w ogóle inwestował w fundusze, akcje lub obligacje. Pytanie to może okazać się kluczowe, bowiem uświadomić może klientowi jego zupełny brak doświadczenia w zakresie inwestycyjnym, co niewątpliwie stanowić powinno dla niego sygnał ostrzegawczy przed pochopnym zakupem ubezpieczenia inwestycyjnego. Wprawdzie zagadnienie to jest w pewnym sensie poruszane w rekomendacji 7, to jednak, z uwagi na przedmiot, powinno znaleźć miejsce już w ww. ankiecie.

Rzecznik Ubezpieczonych proponuje przeredagowanie treści rekomendacji 6 dotyczącej „głównego celu inwestycyjnego klienta”. Przede wszystkim należy zmodyfikować pytanie rezygnując z przymiotnika „inwestycyjnego” i zastąpienia go „zawarcia umowy/ przystąpienia do umowy przez”, tak aby treść pytania zadanego w ankiecie wyglądała następująco: „głównego celu zawarcia umowy/ przystąpienia do umowy przez klienta”.

Odnosnie zaś rekomendacji 6.1 Rzecznik nie widzi związku celu inwestycyjnego z planowanym przez klienta przeznaczeniem świadczenia z umowy ubezpieczenia, np.: „dodatkowe zabezpieczenie emerytalne, zakup nieruchomości, samochodu, edukację lub finansowanie innych potrzeb lub wydatków spodziewanych w przyszłości.”

W ocenie Rzecznika zastosowana formuła zapytania prowadzi do złudnego przeświadczenia, że cel inwestycyjny pozwoli na realizację marzeń klienta. Równie dobrze można bowiem

przedstawić klientowi w pytaniu wizję zakupu samolotu, jachtu. Powyższe sugerowanie potencjalnych korzyści jest niczym innym jak chwytym marketingowym wykorzystywanym chętnie przez nieuczciwych sprzedawców ubezpieczeń inwestycyjnych, jako technika sprzedażowa. Tymczasem nie można zapominać, że inwestowanie w fundusze kapitałowe jest inwestycją samą w sobie, która nie obiera za cel konkretnej wartości majątkowej, rzeczowej. Cel ten bowiem jest niepewny, z uwagi na ryzyko inwestycyjne, a zatem kreowanie zmaterializowanej wizji celu inwestycyjnego jest oczywistym błędem logicznym i w pewien sposób manipulacją wprowadzającą konsumentów w błąd. W zakresie pozostałych rekomendacji o nr 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 Rzecznik Ubezpieczonych nie zgłasza zastrzeżeń.

Rekomendacja 7.

W przypadku rekomendacji 7.2. c) „zawartych w okresie 5 lat umów ubezpieczenia”, proponuję dodanie słów „o charakterze inwestycyjnym”.

Rekomendacja 8.

W zakresie rekomendacji 8 proponuję zmianę szyku poszczególnych punktów tej rekomendacji. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych dotychczasowy pkt 8.6 powinien uzyskać najwyższy priorytet, a więc zostać oznaczony jako pkt 8.1. W pozostałym zakresie rekomendacja nie wymaga korekt.

Rekomendacja 9.

W przypadku rekomendacji 9.5. proponujemy dopisać na końcu zdania „...”, a także niemającym dostatecznej wiedzy ekonomicznej”.

Rekomendacja 11

Rzecznik Ubezpieczonych proponuje poszerzenie rekomendacji 11.1 ppkt a) o następującą treść:

- a) wskazanie na ryzyko utraty kapitału, w tym ryzyko kredytowe emitenta, ryzyko kredytowe gwaranta, ryzyko wiarygodności gwaranta, ryzyko związane z indeksem (ryzyko zmienności w czasie, ryzyko nieprzewidywalności zachowania, ryzyko

likwidacji indeksu i zastąpienia go innym), ryzyko stóp procentowych, ryzyko kursowe, ryzyko braku rynku wtórnego dla instrumentu bazowego (aktywów).

Rekomendacja 13.

Do rekomendacji 13 proponuję dopisać 13.3. o treści: „Zakład ubezpieczeń powinien wyraźnie wskazać klientowi, iż oferowany produkt nie jest produktem oszczędnościowym ani sposobem na dodatkowe zabezpieczenie emerytalne, zaś jego celem jest inwestycja w fundusze kapitałowe.

Posługiwanie się przez zakłady ubezpieczeń sformułowaniem oszczędzania czy też odkładania na emeryturę jest oczywistym wprowadzeniem konsumenta w błąd, mającym na celu przedstawienie produktu inwestycyjnego jako bezpiecznego i niewiążącego się z ryzykiem inwestycyjnym. Dodatkowo obraz produktu inwestycyjnego łagodzają zapewnienia o gwarancji kapitału, która w rzeczywistości ogranicza się do zwrotu wartości rachunku funduszu, nie zaś sum pieniężnych wpłaconych na fundusz.

2. Rekomendacje dotyczące systemu zarządzania produktem.

Przedłożony projekt składający się z 31 rekomendacji określa wytyczne o szerokim zakresie tematycznym podzielonym na 14 obszarów. Z uwagi na to, iż w kręgu zainteresowania Rzecznika Ubezpieczonych znajdują się zagadnienia, odnoszące się do ochrony interesów osób, które reprezentuje w ramach poruczonych kompetencji ustawowych, tj.: ubezpieczających, ubezpieczonych bądź uposażonych, stąd też poniższa analiza została zawężona jedynie do odpowiedniej części rekomendacji.

Rekomendacja 9

Rzecznik Ubezpieczonych proponuje wykreślenie treści rekomendacji 9 i zastąpienie jej zakazem zawierania z klientem umów ubezpieczenia, z którymi związany jest konflikt interesów.

Rekomendacja 12

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych oprócz wskazanych w rekomendacji wytycznych

ją uściślających (12.1, 12.2, 12.3) powinna znaleźć się jeszcze jedna, związana z ankietą medyczną stosowaną przy ubezpieczeniach osobowych, w tym także w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych, w których bardzo często ubezpieczyciele odstępują od stosowania ankiet. Nie da się bowiem w sposób zupełny opisać ryzyka ubezpieczeniowego związanego z klientem bez bliższego poznania jego sytuacji zdrowotnej. Wiedza ta powinna mieć więc bezpośrednie przełożenie na szacowane ryzyko, w tym również będącej jego ekwiwalentem wysokości składki.

Rekomendacja 25

Rzecznik proponuje dopisanie następującej frazy: „oraz w razie potrzeby taki produkt wycofać ze sprzedaży i zaniechać jego stosowania.”

Rekomendacja 29

Rzecznik Ubezpieczonych zaleca aby rekomendację poszerzyć o sposobność rozwiązywania ewentualnych sporów na drodze polubownej. Szczególnie pożądana byłaby deklaracja ubezpieczycieli, iż będą oni rozstrzygać spory z ubezpieczonymi powstałe w związku z umowami ubezpieczenia przed Sądami Polubownymi (przy UKNF, przy Rzeczniku Ubezpieczonych) lub innych instytucjach tego rodzaju. Zapis na sąd polubowny może znaleźć się w każdej umowie ubezpieczenia grupowego, jeżeli tylko obie strony wyrażą na to zgodę. Takie rozwiązanie pełniłoby, w ocenie Rzecznika, w dużej części funkcję prewencyjną, jak również byłoby kolejnym dowodem na to, iż ubezpieczyciele faktycznie dążą do wyeliminowania z rynku nieprawidłowych praktyk. Jest to o tyle ważne, iż taki zapis zapewniłby klientom możliwość szybkiej ścieżki rozstrzygnięcia sporów.

III. Uwagi końcowe

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, obszernie opracowanie obu projektów rekomendacji wskazuje jak znaczna liczba wytycznych jest niezbędna, aby wykluczyć działania niepożądane przy dystrybucji ubezpieczeń na życie z ufk czy też w ogólności związanych z systemem zarządzania produktami ubezpieczeniowymi. Odnosząc powyższe uwagi do ubezpieczeń na życie z ufk Rzecznik Ubezpieczonych stoi na stanowisku, że ubezpieczenia te nie powinny być adresowane do masowego odbiorcy lecz powinny służyć potrzebom jedynie tych konsumentów usług ubezpieczeniowych, którzy posiadają niezbędną

wiedzę z zakresu inwestowania w fundusze inwestycyjne, akcje, obligacje. Mając nadzieję, że powyższe uwagi i propozycje zmian będą pomocne przy projektowaniu ostatecznego kształtu rekomendacji, pozostaję

Alina

Załącznik nr 12. Pismo Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 6 maja 2014 r.

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



Uczestnicy

II Kongresu Polskiej Izby Ubezpieczeń,

Jan Prądzyński,

Prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń,

Andrzej Jakubiak,

Przewodniczący Komisji Nadzoru Finansowego

Szanowni Państwo,

Zwracamy się do Państwa, jako do osób odpowiedzialnych za kształt polskiego systemu ubezpieczeń i za to, w jaki sposób wyglądają relacje między klientami, a ubezpieczycielami. W naszym przekonaniu stoimy wobec bezprecedensowej sytuacji, która zakończyć się może ogromnym kryzysem i drastycznym załamaniem wiarygodności ubezpieczycieli w Polsce.

Od ponad 10 lat zamiast sprzedawać ubezpieczenia, sprzedajecie produkty inwestycyjne (tzw. polisy na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) „pod płaszczykiem” ubezpieczeń. Produkty tego rodzaju sprzedawane masowo na polskim rynku prowadzą do bezprawnego pozbawiania tysięcy ludzi ich własnych pieniędzy. Tego rodzaju polisy zostały wymyślone po to, by wobec spadających dochodów, zapewnić nowe źródło zysków dla firm ubezpieczeniowych. Skoro tradycyjne ubezpieczenia są trudne w obsłudze i nie zawsze pozwalają zarobić, wymyślono polisy, które dają ubezpieczycielowi stały, pewny zysk, a klienta niemal zawsze narażają na straty, a są przy tym praktycznie bezobsługowe. Zamiast ubezpieczeń i lokat bankowych klientom zaoferowano pseudopolisy i pseudolokaty – produkty finansowe, które polegają na grze na giełdach na odpowiedzialność i ryzyko klientów. Nie informujecie ludzi, że to, co sprzedajecie nie jest w rzeczywistości ubezpieczeniem, a jedynie ryzykownym produktem finansowym, na którym mogą sporo stracić.

W ten sposób firmy ubezpieczeniowe porzuciły swoją tradycyjną rolę i zaczęły oferować klientom produkty o zyskowości podobnej do gry w ruletkę. I tak jak w wypadku hazardu, kasyno zawsze wygrywa, a klienci zawsze odchodzą zrujnowani, tak w przypadku

Ul. Emilii Plater 10/2, 00-669 Warszawa, tel. +4822 11 404 00, mob +48 510510741

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



pseudopolis firma ubezpieczeniowa zawsze zarabia i to często ogromne kwoty, a klient niemal zawsze traci. Traci na wysokich opłatach administracyjnych, na spadku wartości inwestycji, wreszcie na drakońskich i bezprawnych „opłatach likwidacyjnych”. Tysiące ludzi już utopiło w tym procederze oszczędności życia, setki tysięcy z trudem płaci składki, widząc jak ich „inwestycje” tracą wartość. Nie mogą jednak wycofać się z pseudopolis, bo wtedy firma ubezpieczeniowa zabierze im wszystko, a w najlepszym wypadku większość wpłaconych pieniędzy.

To Państwa działalność jest dziś przyczyną morza ludzkich dramatów, rozbitych małżeństw, zniszczonych nadziei na spokojną starość. To do nas, jako do Stowarzyszenia trafiają ofiary „produktów finansowych”. To do Rzecznika Ubezpieczonych i Rzeczników Konsumentów w całej Polsce przychodzi ludzie, którym zabrano ciężko zarobione pieniądze.

Z analiz wyszło Wam, że ubezpieczenie jest łatwiej sprzedać niż produkt inwestycyjny. Ludzie są ostrożni i do biura maklerskiego wchodzi rzadko, a ubezpiecza się na życie prawie każdy. I tak zaczęliście sprzedawać produkty inwestycyjne, nazywając je ubezpieczeniami. Pomysł był iście diabelski: akcjonariuszom pęcznią portfele, pośrednicy się bogacą, a tracą tylko klienci. Całe środowisko ubezpieczeniowe dobrze wie, jak działają takie „polis”. Wszyscy Państwo doskonale wiecie, że to maszyna do robienia pieniędzy, kosztem nieświadomych klientów. Albo jak to nazwał wiceprzewodniczący KNF Wojciech Kwaśniak – jazda po bandzie, czy też profesor Marek Belka – kpina z państwa.

Od kilku miesięcy zapadają kolejne wyroki sądowe, nakazujące zwrot bezprawnie zawłaszczonych „opłat likwidacyjnych”. Tych wyroków będzie coraz więcej. Miejscy i Powiatowi Rzecznicy Konsumentów wspierają konsumentów w bojach prawnych z ubezpieczycielami. Kolejne pozwy zbiorowe i indywidualne trafiają do sądów. I sądy nie mają wątpliwości, że praktyki firm ubezpieczeniowych są w przypadku pseudopolis **bezprawne**. Orzekają, że umowy rażąco naruszają interes klientów, a pobierane opłaty nie mają żadnych podstaw. Sądy stwierdzają, nie tylko, że klientom w nierzetelny sposób wciskano niepotrzebne i nieopłacalne dla nich produkty, ale że same te produkty były skonstruowane tak, by wyciągnąć z klienta pieniądze, z tytułu rzekomych opłat likwidacyjnych, nie dając nic w zamian. I to nie jest opinia pokrzywdzonych, tylko niezawisłych sądów, w tym Sądu Najwyższego i Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Podobnie surowo i jednoznacznie ocenia praktyki firm ubezpieczeniowych Rzecznik Ubezpieczonych. W obszernym raporcie skierowanym do firm ubezpieczeniowych i organów nadzoru Rzecznik wskazał precyzyjnie wszystkie patologie związane z systemem „pseudopolis”. Ostatnie decyzje UOKiK, który zaczął karać za sprzedaż oszukańczych polis dają nadzieję, że i ten Urząd stanie zdecydowanie po stronie klientów.

Ul. Emilii Plater 10/2, 00-669 Warszawa, tel. +4822 11 404 00, mob +48 510510741

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



Mamy do czynienia z dobrze zorganizowanym, starannie zaplanowanym procederem wyciągania pieniędzy od konsumentów, ocierającym się o masowe oszustwo. Tym bardziej zdumiewa fakt, że proceder ten mógł w Polsce przybrać tak ogromną skalę i że do dziś odbywa się w biały dzień przy kompletnej bezczynności, a wręcz ochronie ze strony Komisji Nadzoru Finansowego.

Skutki ujawnienia skali tego zjawiska i skutki kolejnych procesów sądowych będą druzgocące dla całej branży ubezpieczeniowej w Polsce. Już dziś bycie agentem ubezpieczeniowym czy brokerem zaczyna być postrzegane jak coś podejrzanego. Za niedługi czas takiej działalności będzie się trzeba wstydzić i ukrywać ją przed rodziną i znajomymi. Już dziś instytucje finansowe mają kiepską prasę, a niebawem zderzą się z masowymi protestami i gniewem oszukanych klientów.

Jeszcze dziś można przynajmniej częściowo uniknąć negatywnego scenariusza. Jeszcze dziś możecie wyjść z tej sytuacji z twarzą. Jak? Po prostu oddajcie pieniądze, które bezprawnie zabraliście ludziom. Niczego więcej od was nie oczekujemy. Możecie to zrobić. Wielu osobom, które podjęły aktywne działania prawne, lub które poskarżyły się dziennikarzom oddajecie wpłacone kwoty, pod warunkiem, że nie będą o tym mówić. Zmuszacie ich do podpisywania zobowiązania do milczenia. Robicie tak, bo dobrze wiecie, że nie macie prawa do tych pieniędzy, że to nie wasze, ale boicie się, co by było gdyby ludzie się w tym połapali.

Miejcie tyle honoru, by po prostu wycofać się z tej afery, zanim zniszczy ona do końca zaufanie do ubezpieczycieli. Zanim będzie za późno.

Stowarzyszenie Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe

„Przywiązani do polisy”

Warszawa – Sopot, 6 maja 2014

Ul. Emilii Plater 10/2, 00-669 Warszawa, tel. +4822 11 404 00, mob +48 510510741

Załącznik nr 13. Pismo Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 28 września 2014 r.

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



Warszawa, dnia 28 września 2014 r.

Stowarzyszenie Osób Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy”
Jacek Łęski
Ul. Emilii Plater 10/2
00-669 Warszawa

Pan Mateusz Szczurek
Minister Finansów

Szanowny Panie Ministrze,

bardzo dziękujemy za umożliwienie nam spotkania z panią wiceminister Dorotą Podedworną-Tarnowską, panem Ludwikiem Kotockim, Głównym Ekonomistą w Ministerstwie Finansów oraz z panią Katarzyną Przewalską, Dyrektorem Departamentu Rozwoju Rynków Finansowych w dniu 15 września 2014r. Na pana ręce składamy również podziękowania za merytoryczną dyskusję i poświęcony nam czas przez wyżej wymienionych.

W czasie spotkania mieliśmy okazję wymienić opinie i informacje dotyczące obecnej sytuacji i stanowiska Ministerstwa Finansów w kwestii problemu polis z UFK. Jak zrozumieliśmy w Ministerstwie trwają prace nad pilnym rozwiązaniem narastającego konfliktu między konsumentami, a firmami ubezpieczeniowymi, które działają na szkodę klientów, a w szczególności nad wypracowaniem jednoznacznych rozwiązań prawnych, jakie pozwoliłyby wykluczyć takie naganne praktyki.

Zostaliśmy też poinformowani, że Ministerstwo podziela stanowisko Stowarzyszenia, w kwestii niedostatecznych działań organów władzy publicznej w zakresie rozwiązywania tego problemu, a w szczególności braku skutecznych działań KNF, powołanej między innymi do ochrony interesów ubezpieczonych i zapobiegania nieuczciwym praktykom na rynku ubezpieczeniowym.

Chcielibyśmy przy tej okazji przypomnieć, że :

- 1) oczekujemy na odpowiedź na nasze pismo z dnia 16 lipca 2014r. z informacją o:
 - a) Państwa stanowisku do proponowanych przez nas rozwiązań legislacyjnych,
 - b) Państwa propozycjach zmian legislacyjnych,
 - c) terminach, w których projektowane zmiany mają szansę realizacji.

- 2) oczekujemy także na informację o terminie wspólnego spotkania z przedstawicielami Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Rzecznika Ubezpieczonych, w celu uzgodnienia działań mających zapobiec dalszemu naruszaniu przez ubezpieczycieli praw konsumentów.

Ponownie podkreślamy, że brak regulacji dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi powoduje, że ubezpieczyciele masowo sprzedają produkty inwestycyjne wysokiego ryzyka, które są jedynie „opakowane” w formę ubezpieczenia na życie. Stanowi to ominięcie przepisów o funduszach inwestycyjnych, stanowiących implementację dyrektyw unijnych MIFID I i MIFID II. Banki i firmy doradztwa finansowego sprzedają ww. ubezpieczenia na życie z ominięciem przepisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym i o działalności maklerskiej.

Rynek finansowy w Polsce zamiast być transparentny – stał się zupełnie nieprzejrzysty dla przeciętnego konsumenta.

Ubezpieczyciele nadal stosują niedozwolone postanowienia umowne, zabierając konsumentom do 100% ich oszczędności, w razie wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia. Takie postępowanie ubezpieczycieli jest lekceważeniem wyroków polskich sądów i jawnym działaniem na szkodę konsumentów.

Powyższe prowadzi do utraty przez konsumentów oszczędności ich życia, wpłacanych w ubezpieczenia na życie, będące de facto produktami inwestycyjnymi, a następnie do utraty przez konsumentów zaufania do rynku finansowego.

Z wyrazami szacunku



Jacek Łęski, prezes Stowarzyszenia „Przywiązani do Polisy”

Załącznik nr 14. List otwarty Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 1 października 2014 r.

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



Warszawa, 1 października 2014r.

Stowarzyszenie Osób Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy”
Jacek Łęski
Ul. Emilii Plater 10/2
00-669 Warszawa

Pan Andrzej Jakubiak
Przewodniczący Komisji
Nadzoru Finansowego

**LIST OTWARTY DO PANA ANDRZEJA JAKUBIAKA
PRZEWODNICZĄCEGO KOMISJI NADZORU FINANSOWEGO**

Szanowny Panie,

W nawiązaniu do Pana pisma z dnia 18 września 2014r., przekazanego nam w dniu 18 września, uprzejmie informuję, że w opinii Stowarzyszenia „Przywiązani do polisy” nie jest prawdą twierdzenie, iż zasadniczym zadaniem Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) jest nadzór nad wypłacalnością instytucji finansowych.

Cał sprawowania nadzoru przez KNF

Zgodnie z Art. 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (t.j. Dz.U. z 2012, poz. 1149 ze zm.): „Celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku również poprzez rzetelną informację dotyczącą funkcjonowania rynku, przez realizację celów określonych w szczególności w ustawie - Prawo bankowe, ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (...)”.

Zgodnie z Art. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (t.j. Dz. U. z 2012r., poz. 290 ze zm.): „Celem nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych

Stowarzyszenie Osób

Poszkodowanych przez

Institucje Finansowe

„Przywiązani do Polisy”



programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych.”

Działania Komisji Nadzoru Finansowego stoją w sprzeczności z powyższymi celami. KNF faktycznie zajmuje się jedynie wypłacalnością instytucji finansowych, zaś nie interesuje się tym, skąd pochodzą środki finansowe tychże instytucji. Jednym słowem, środki finansowe instytucji finansowych mogą pochodzić z nielegalnych źródeł – byleby instytucje finansowe były bogate i tym samym wypłacalne. Takie rozumienie obowiązków KNF jest sprzeczne z wyżej cytowanymi przepisami prawa obowiązującymi w Rzeczypospolitej Polskiej.

KNF nie skorzystał z żadnego z przysługujących mu środków prawnych, aby zapobiec patologiom na rynku ubezpieczeń na życie.

1. Patologia:

Ubezpieczyciele pobierali i nadal pobierają od konsumentów, w związku z rozwiązaniem umów ubezpieczenia na życie z UFK, opłaty (zwane opłatami likwidacyjnymi, opłatami za wykup lub w ogóle nie noszącymi żadnej nazwy) sięgające do 100% oszczędności zgromadzonych przez ubezpieczających i ubezpieczonych na rachunkach u ubezpieczycieli, pomimo wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznających takie opłaty za niedozwolone, czyli sprzeczne z prawem.

Skutek:

Niewątpliwie zabieranie konsumentom oszczędności sprzyja wypłacalności i stabilności ubezpieczycieli, ale z pewnością nie służy interesom ubezpieczonych, bezpieczeństwu i zaufaniu konsumentów do rynku finansowego.

2. Patologia:

Ubezpieczyciele zawierają umowy ubezpieczenia na życie z UFK, w których suma ubezpieczenia jest znikoma, rzędu 100 złotych lub 1000 złotych, co wskazuje, iż w rzeczywistości nie są one umowami ubezpieczenia a jedynie umowami inwestycyjnymi, bo nie ubezpieczają żadnego ryzyka. W przypadku tak znikomych kwot ubezpieczenia mamy w rzeczywistości do czynienia z nagminnym obchodzeniem przepisów ustawy o funduszach inwestycyjnych, przepisów wykonawczych do tejże ustawy oraz przepisów prawa o działalności maklerskiej, a pozory umowy ubezpieczeniowej są wykorzystywane by móc taką działalność prowadzić bez stosownych uprawnień. Tymczasem Przewodniczący KNF wstąpił do postępowania sądowego w celu obrony interesów ubezpieczyciela, z pominięciem interesów pozostałych uczestników rynku twierdząc, że taka umowa inwestycyjna jest ważną umową ubezpieczenia.

Dowód: pismo z dnia 13 stycznia 2014r. Sygn. akt XVI AmC 2/14.

Stowarzyszenie Osób
 Poszkodowanych przez
 Instytucje Finansowe
 „Przywiązani do Polisy”



Skutek:

Niewątpliwie konstruowanie przez ubezpieczycieli fikcyjnych umów ubezpieczenia na życie i oferowanie umów *stricte* inwestycyjnych sprzyja omijaniu rygorystycznych, wskazanych wyżej przepisów prawa, mających zapewnić bezpieczeństwo rynku finansowego. Powyższe z pewnością nie służy ani zapewnieniu prawidłowego funkcjonowania rynku finansowego ani jego przejrzystości i bezpieczeństwu. Konsument w celu nabycia produktu inwestycyjnego powinien być skierowany do biura maklerskiego, zaś w celu nabycia ubezpieczenia na życie – do ubezpieczyciela lub licencjonowanego pośrednika ubezpieczeniowego.

3. Patologia:

Ubezpieczyciele nabywali do UFK, tworzonych z oszczędności powierzanych im przez konsumentów, na podstawie zezwoleń wydawanych przez Przewodniczącego KNF, podejrzane aktywa, których wartość drastycznie spadała - w ciągu kilku tygodni o 50% i więcej. Tymczasem Przewodniczący KNF, wydawał kolejne decyzje zezwalające ubezpieczycielom na nabywanie takich aktywów, zamiast wszcząć kontrolę i wyjaśnić skandal finansowy. Nie zaniepokoiło KNF-u, że wszystkie te aktywa tak konsekwentnie i gwałtownie traciły na wartości.

Na dowód powyższego przedstawiamy tabelaryczne zestawienie wartości jednostki uczestnictwa w poszczególnych ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, tworzonych przez TUnŻ Europa S.A. dla produktów o nazwach Pareto, Pareto II, Libra, Libra II i Libra III.

Kod regulaminu	Początkowa wartość jednostki uczestnictwa UFK określona w OWU	Wartość jednostki uczestnictwa UFK w pierwszym dniu wyceny
2009_OFFPAR_01_v01	200,00 zł	173,96 zł
2009_OFFPAR_01_v02	200,00 zł	158,56 zł
2009_OFFPAR_01_v03	200,00 zł	170,57 zł
2009_OFFPAR_01_v04	200,00 zł	144,05 zł
2009_OFFPARII_01_v03	200,00 zł	118,14 zł
2009_OFFPARII_01_v04	200,00 zł	148,75 zł
2009_OFFPARII_01_v05	200,00 zł	137,31 zł
2009_OFFPARII_01_v06	200,00 zł	130,56 zł
2010_ULEM_01_v01	200,00 zł	119,09 zł
2010_ULEM2_01_v01	200,00 zł	125,35 zł
2010_USL1_01_v01	200,00 zł	142,50 zł
2010_USL2_01_v01	200,00 zł	99,54 zł
2010_USL3_01_v01	200,00 zł	94,84 zł
2010_USNF10_01_v01	200,00 zł	156,47 zł
2010_USNF11_01_v01	200,00 zł	146,60 zł

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



2010_USNF7_01_v01	200,00 zł	141,90 zł
2010_USNF8_01_v01	200,00 zł	135,06 zł
2010_USNF9_01_v01	200,00 zł	165,98 zł
2011_ULIB_01_v01	200,00 zł	120,96 zł
2011_ULIB2_01_v01	200,00 zł	125,47 zł
2011_ULIB3_01_v01	200,00 zł	87,32 zł
2011_ULIB4_01_v01	200,00 zł	149,63 zł
2011_ULIB5_01_v01	200,00 zł	134,08 zł
2009_GBPARII_01_v.04	200,00 zł	148,75 zł
2009_GBPARII_01_v.05	200,00 zł	137,31 zł
2009_GBPARII_01_v.06	200,00 zł	130,56 zł
2009_NBPARI_01_v.03	200,00 zł	170,57 zł
2010_USNF12_01_v01	200,00 zł	124,29 zł
2010_USNF13_01_v01	200,00 zł	128,89 zł

Skutek:

KNF powołany do nadzoru nad rynkiem finansowym, wydając zezwolenia na nabywanie podejrzanych aktywów przyczynił się do tego, że pieniądze konsumentów zniknęły w niewyjaśnionych okolicznościach. Co więcej, KNF nie przeprowadził nawet prostej kontroli w celu wyjaśnienia, dlaczego aktywa regularnie traciły tak drastycznie na wartości. Takie postępowanie narusza bezpieczeństwo, przejrzystość oraz zaufanie do rynku finansowego, a także narusza interesy uczestników tego rynku – ubezpieczających i ubezpieczonych.

4. Patologia:

Ubezpieczyciele zawierali z bankami i firmami doradztwa finansowego (występującymi jako ubezpieczający) umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK. Banki i firmy doradcze pobierały wynagrodzenie za czynności *de facto* pośrednictwa ubezpieczeniowego. Powyższe stanowiło obejście przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i doprowadziło do sytuacji, w której Przewodniczący KNF sam uznał, że nie jest powołany do sprawowania nadzoru nad ubezpieczającymi.

Dowód: odpowiedź Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 września 2012r., na zapytanie posła Kazimierza Michała Ujazdowskiego z dnia 27 sierpnia 2012r., nr 1892.

Skutek:

KNF od wielu lat nie nadzoruje ponad połowy rynku ubezpieczeń na życie.

Dowód: Raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012r., pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym”, str. 30.

Stowarzyszenie Osób
Postkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



Sposoby wykonywania nadzoru, którymi dysponuje Przewodniczący KNF i których nie wykorzystuje

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej daje Przewodniczącemu KNF następujące możliwości:

„Art. 209. 1. Organ nadzoru może wydawać zalecenia w stosunku do zakładu ubezpieczeń w celu:

- 1) zapewnienia zgodności działalności zakładu ubezpieczeń z przepisami prawa, statutu lub planem działalności;
- 2) zapewnienia trwałej zdolności zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań;
- 3) zapobieżenia naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

2. W przypadku gdy zakład ubezpieczeń nie wykonuje w wyznaczonym terminie zaleceń, o których mowa w ust. 1, organ nadzoru może, w drodze decyzji, zobowiązać zakład ubezpieczeń do wykonania tych zaleceń.”

„Art. 212. 1. Jeżeli zakład ubezpieczeń nie wykonuje w wyznaczonym terminie decyzji, o której mowa w art. 209 ust. 2, lub wykonuje działalność z naruszeniem przepisów prawa, statutu, zawartych umów ubezpieczenia lub planu działalności lub nie udziela informacji lub wyjaśnień, organ nadzoru może, w drodze decyzji:

- 1) nakładać na członków zarządu zakładu ubezpieczeń lub prokurentów kary pieniężne do wysokości odpowiadającej trzykrotnemu przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu z ostatnich 12 miesięcy;
- 2) nakładać na zakład ubezpieczeń kary pieniężne do wysokości 0,5% składki przypisanej brutto uzyskanej przez zakład ubezpieczeń w roku poprzednim, a w przypadku gdy zakład ubezpieczeń nie prowadził działalności lub miał zbiór składki przypisanej poniżej 20 mln złotych do wysokości 100.000 złotych;
- 3) zawieszać w czynnościach członków zarządu zakładu ubezpieczeń do czasu rozpatrzenia wniosku o ich odwołanie, na najbliższym posiedzeniu organu uprawnionego do ich odwołania; zawieszenie w czynnościach polega na wyłączeniu z podejmowania decyzji za zakład ubezpieczeń, w tym w zakresie jego praw i obowiązków majątkowych;
- 4) występować do właściwego organu zakładu ubezpieczeń lub innego uprawnionego podmiotu z wnioskiem o odwołanie członka zarządu lub odwołanie udzielonej prokury.”

Zwracamy się z pytaniami do Pana Przewodniczącego:

1. Dlaczego nie wydał Pan zaleceń, aby ubezpieczyciele przestali stosować wysokie opłaty przy rezygnacji przez konsumenta z ubezpieczenia na życie z UFK, skoro są one bezprawne i rażąco naruszają interesy ubezpieczonych, co zgodnie orzekają polskie sądy?

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



2. Dlaczego nie wydał Pan zaleceń, aby ubezpieczyciele i tzw. ubezpieczający zaprzestali tworzenia i dystrybucji umów ubezpieczenia grupowego z UFK, stanowiących obejście przepisów prawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym?
3. Dlaczego nie wydał Pan zaleceń, aby ubezpieczyciele tworzyli produkty ubezpieczeniowe zabezpieczające ryzyko śmierci, a nie zwykłe produkty inwestycyjne, z pominięciem przepisów prawa o funduszach inwestycyjnych?
4. Dlaczego nie wyjaśnił Pan podejrzanych, regularnych spadków wartości aktywów UFK nabytych za Pana zezwoleniem?

To, że podejmował Pan próby zmian przepisów prawa, w żaden sposób nie usprawiedliwia faktu, że od 2008 roku KNF nie wykorzystał istniejących instrumentów prawnych w celu ochrony rynku finansowego i ochrony praw konsumentów (ubezpieczonych i ubezpieczających). Z nieudanych prób ubezpieczeni nie odnieśli żadnych korzyści.

Tysiące ludzi zostało pozbawionych oszczędności swojego życia, a Pan wszczyna kampanię informującą, że skoro konsument podpisał jednostronną umowę podsunętą mu przez ubezpieczyciela lub pośrednika, to musi ponieść konsekwencje swoich decyzji. Traktuje Pan konsumentów – najliczniejszego uczestnika rynku finansowego, bez którego rynek ten upadnie – z jawnym lekceważeniem. Pana zdaniem konsument ma sobie radzić sam z nieuczciwymi praktykami rynkowymi stosowanymi przez instytucje finansowe i z produktami, które są sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa. To po co konsumentom taki nadzór finansowy?

W ślad za stanowiskiem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wyrażonym w decyzji częściowej nr RWR 44/2013 z dnia 31 grudnia 2013 r., dodać należy, iż: „nawet od najbardziej ostrożnego i uważnego konsumenta nie można wymagać, aby kwestionował legalność zapisów umowy łączącej go z zakładem ubezpieczeń. Takie postępowanie wymaga bowiem fachowej wiedzy prawniczej (...)”

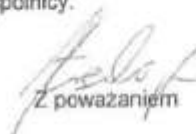
U podstaw prawa konsumenckiego leży prawo każdego konsumenta do nabycia towaru lub usługi, na podstawie uczciwej umowy skonstruowanej zgodnie z prawem, bez niedozwolonych postanowień umownych. Obowiązek ochrony praw konsumentów przez władze publiczne wynika wprost z art. 76 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Pan kierując Komisją Nadzoru Finansowego ma obowiązek dbać o to, by ubezpieczeni mogli bezpiecznie dla siebie korzystać z usług ubezpieczeniowych. W naszym przekonaniu tego obowiązku i Pan i kierowana przez Pana Komisja nie wypełnia.

Oczekujemy od Pana pilnej odpowiedzi na nasze pytania.

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy”



List opracowany pod względem prawnym przy wsparciu radcy prawnego Anny Lengiewicz z kancelarii prawniczej Lengiewicz Wrońska Berazowska i Wspólnicy.


Z poważaniem

Jacek Łęski, Prezes Stowarzyszenia „Przywiązani do Polisy”

Do wiadomości:

Pani Ewa Kopacz
Prezes Rady Ministrów

Pan Bronisław Komorowski
Prezydent RP

Pan Jan Cichocki
Minister- członek Rady Ministrów, Przewodniczący Stałego Komitetu Rady Ministrów, szef Kancelarii
Prezesa Rady Ministrów

Pan Mateusz Szczurek
Minister Finansów

Pani Aleksandra Wiktorow
Rzecznik Ubezpieczonych

Pan Adam Jasser
Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

Pan Andrzej Seremet
Generalny Prokurator

Pan Wojciech Jasiński
Przewodniczący Sejmowej Komisji Gospodarki

Stowarzyszenie Osób
Poszkodowanych przez
Instytucje Finansowe
„Przywiązani do Polisy“



Pan Mariusz Błaszczak
Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej

Pani Katarzyna Przewalska
Dyrektor Departamentu Rozwoju Rynków Finansowych

Pan Sławomir Piwowarczyk
Prokurator Prokuratury Okręgowej w Łodzi, delegowany do Prokuratury Generalnej

Załącznik nr 15. Pismo KNF z dnia 14 kwietnia 2011 r.

KOPIA

Warszawa, dnia 14 kwietnia 2011 r.

L. dz. DOK/WPR/0512/118/4/11/BZ
(przy udzielaniu odpowiedzi prosimy powołać się na ww. sygn.)

Pani
Monika Stec
Dyrektor Departamentu
Polityki Konsumentckiej
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa

Powołując się na § 6 lit. a Porozumienia o współpracy z dnia 25 lipca 2007 r. pomiędzy Komisją Nadzoru Finansowego a Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, niniejszym przekazuję informację na temat zidentyfikowanej praktyki rynkowej stosowanej przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Do Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego wpłynęła skarga na działanie w/w zakładu ubezpieczeń. Pełnomocnik poszkodowanego w swoim piśmie podniósł kwestię zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie - Plan Inwestycyjny Systematicus (OWU Systematicus), jako sprzecznych z dobrymi obyczajami i rażąco naruszających interesy ubezpieczającego oraz uznanie ich za niedozwolone postanowienia umowne. Zarzut dotyczy wysokości pobieranej opłaty likwidacyjnej z tytułu wykupu. § 29 ust. 4 OWU Systematicus stanowi, iż kwota wartości polisy (przy wypłacie wartości polisy) przeznaczona do wypłaty jest pomniejszana o należną opłatę likwidacyjną oraz opłatę od wykupu w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów. Punkt 11 Tabeli opłat i limitów określa wysokość opłaty likwidacyjnej w pierwszym i drugim roku trwania umowy ubezpieczenia na poziomie 2,0 składki podstawowej należnej za pierwszy rok polisy (jeżeli wartość podstawowa polisy jest niższa od należnej opłaty likwidacyjnej Towarzystwo pobiera opłatę likwidacyjną w wysokości wartości podstawowej polisy). W przypadku skarżącego opłata ta wyniosła 100% środków zgromadzonych na rachunku.

W związku z powyższym w ocenie UKNF zasadnym wydaje się dokonanie kontroli kwestionowanych postanowień umownych pod kątem ich ewentualnej abuzywności w zakresie kwestionowanych postanowień ogólnych warunków umowy (wysokość pobieranej w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia opłaty likwidacyjnej) oraz rozważenie skorzystania z uprawnień Prezes UOKiK określonych w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2007r. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.). Przekazując powyższe, zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji na temat ewentualnych działań podejmowanych w przedmiotowej sprawie.

DYREKTOR
Departamentu Ochrony Klientów
Henrieta
Iwona Thurnwald

Załącznik:

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie Plan Inwestycyjny Systematicus wraz z tabelą opłat i limitów.

Sporządził/a: *B. D. 2.11. 2011*

Akceptował/a: *13.04.2011*

Zatwierdził/a:

2

Załącznik nr 16. Pismo KNF z dnia 10 stycznia 2012 r.

KOPIA

Warszawa, dnia 10 stycznia 2012 r.

L. dz. DOK/WPR/0512/118/.../11/12/BZK
(przy udzielaniu odpowiedzi prosimy powołać się na ww. sygn.)

Pani
Monika Stec
Dyrektor Departamentu
Polityki Konsumentekiej
Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa

W odpowiedzi na Państwa pismo o sygnaturze DDK-076/48/11/MC proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Przekazana przez Państwa korespondencja zawierała pismo KNUiFE z dnia 21.08.2006 r. (sygn. DN1/063/38/4/06) dotyczące stanowiska organu nadzoru w sprawie postanowień umów ubezpieczeń na życie odnoszących się do obciążeń związanych z wykupem ubezpieczenia. Urząd KNF pragnie podkreślić, iż wskazane stanowisko w znaczącej mierze nie straciło na aktualności (wyjątkiem jest punkt 2 tego pisma, dotyczący problematyki regulacji prawnej zniszczenia wzorca umownego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia na życie, z uwagi na zmianę stanu prawnego polegającą na dodaniu § 4 w art. 830 Kodeksu cywilnego). Niezaprzeczalny jest wskazany w tymże piśmie fakt, iż jednoznaczna prawna ocena kwestii związanych z wykupem ubezpieczenia na poziomie ogólnym jest bardzo utrudniona ze względu na różnorodność oferowanych na rynku umów ubezpieczenia na życie (nie wspominając już, iż instytucje wykupu występują zarówno w ubezpieczeniach przypisanych do grupy 1 jak i 3 działu I), jak również ze względu na złożoność jurystyczną poruszonej materii. Kwestia opłat likwidacyjnych/opłat z tytułu wykupu pojawiła się także w toku prac prowadzonych przez Urząd KNF związanych z analizą ogólnych warunków ubezpieczeń oraz analizą skarg klientów i stanowi przedmiot zainteresowania organu nadzoru. W toku prowadzonych działań KNF stwierdziła, iż zdarza

się, że zakłady ubezpieczeń w oferowanych ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) pobierają w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia bardzo wysoką opłatę z tytułu wykupu tego ubezpieczenia (opłata likwidacyjna, opłata z tytułu wykupu). Opłata ta w pierwszym i drugim roku trwania umowy ubezpieczenia sięga 98-99% wartości środków zgromadzonych na rachunku klienta (ze składek regularnych/podstawowych). W latach kolejnych wysokość tej opłaty ulega zmniejszeniu, niemniej jednak nadal jest bardzo wysoka (np. trzeci rok trwania umowy - 85% wartości polisy etc.). Powoduje to, iż klient w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia, w przypadku jej wypowiedzenia, traci większość zgromadzonych środków, co może wskazywać, iż tak wysoka opłata likwidacyjna w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia, jest nieuzasadniona.

Należy jednakże zwrócić uwagę, iż w zakresie ubezpieczeń na życie z UFK na rynku występują dwie grupy tego typu produktów:

- z rozbudowanym elementem ochrony ubezpieczeniowej (gwarantowana, często wysoka, suma ubezpieczenia oraz paleta oferowanych ryzyk dodatkowych w ramach umów dodatkowych, takich jak: śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie, trwale inwalidztwo, całkowita niezdolność do pracy, przejęcie opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej, poważna operacja, pobyt w szpitalu), w których tylko część składki lokowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe – tzw. „ubezpieczenia ochronno-inwestycyjne”;
- produkty w których większość wpłacanych przez klienta środków alokowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, a suma ubezpieczenia obejmuje wartość polisy plus niewielki element gwarantowany (np. 1000 zł lub dodatkowe 5% wartości polisy) – tzw. „ubezpieczenia inwestycyjne”.

W przypadku pewnych produktów może wystąpić sytuacja, iż w okresie pierwszych dwóch lat trwania umowy ubezpieczenia nie będzie wartości wykupu (wynika to z kalkulacji produktu w zakresie ryzyka ubezpieczeniowego). Taka sytuacja w głównej mierze będzie miała miejsce w przypadku „ubezpieczeń ochronno-inwestycyjnych”, w których element ochronny jest rozbudowany. Jednakże również w ubezpieczeniach z minimalnym elementem ochronnym, w których składka jest praktycznie w całości alokowana w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, występują po stronie zakładów ubezpieczeń obciążenia kosztowe, których cztery rodzaje zidentyfikowano w piśmie KNUIFE z dnia 21.08.2006 r. o sygn.

DN1/063/38/4/06. W świetle obowiązujących przepisów prawa w zakresie działalności ubezpieczeniowej brak jest możliwości uznania postępowania zakładu ubezpieczeń na życie za nieprawidłowe, o ile wzmiankowane koszty poniesione przez zakład mają swoje uzasadnienie w kalkulacji produktu ubezpieczeniowego. Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 56 ze zm., zwanej dalej „UoDU”), zakład ubezpieczeń obowiązany jest ustalić składkę ubezpieczeniową w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Przepis ten wskazuje na konieczność uwzględnienia w składce ubezpieczeniowej, która jest świadczeniem pieniężnym należnym zakładowi ubezpieczeń od ubezpieczającego, między innymi ponoszonych przez zakład ubezpieczeń kosztów czynności związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, czyli z aktywnością odpowiadającą przedmiotowi przedsiębiorstwa zakładu ubezpieczeń (zob. art. 3 ust. 1 w związku z m. in. art. 3 ust. 3 pkt 1 oraz art. 3 ust. 4 pkt 6 UoDU).

Z powyższych przepisów wynika zatem, że zakład ubezpieczeń ma obowiązek uwzględnić w kalkulacji składki ubezpieczeniowej (także produktów inwestycyjnych) m. in. koszty prowizji czy koszty inwestowania składki ubezpieczeniowej. W świetle powyższego negowanie opłat, mających swoje uzasadnienie w poniesionych przez zakład ubezpieczeń kosztach, może być potraktowane jako zaprzeczenie wyrażonej przepisami prawa reguły finansowania kosztów działalności zakładu ubezpieczeń ze składek, które są przecież podstawowym źródłem przychodów podmiotu wykonującego działalność ubezpieczeniową.

Na kwestię postrzegania problematyki opłat likwidacyjnych pobieranych przez zakłady ubezpieczeń rzutuje również ostatni dorobek orzecznictwa sądowego w zakresie spraw dotyczących uznania postanowienia wzorca umownego za niedozwolone. Na szczególną uwagę zasługuje wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r. (VI ACa 1175/09), na mocy którego za niedozwolone zostały uznane postanowienia, zgodnie z którymi *„opłata likwidacyjna (koszt wykupu środków zgromadzonych na ORJU składek regularnych) – przy dokonaniu całkowitego lub częściowego wykupu certyfikatu ubezpieczeniowego – 100%, jeżeli składki regularne były łącznie opłacane krócej niż rok”*. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie bynajmniej nie wyrażono tezy, że koszty działalności zakładu ubezpieczeń nie mogą być finansowane ze składek ubezpieczeniowych. Sąd nie zakwestionował opłaty likwidacyjnej co do zasady, lecz uzasadnił swoje rozstrzygnięcie okolicznością, że wysokość opłaty likwidacyjnej była oderwana od wysokości

poniesionych przez ubezpieczyciela wydatków. Może to skłaniać do wniosku, iż gdyby opłata została w sposób obiektywny skorelowana z kosztami poniesionymi przez ubezpieczyciela, to wówczas postanowienie wzorca umownego zostałoby uznane za prawidłowe. Powyższe oznaczałoby jednak, że zakład ubezpieczeń (jeżeli tylko wykazałby odpowiednie powiązania) mógłby w ramach składki uwzględniać dowolnie wysokie koszty działalności, w tym również w wysokości odpowiadającej wartości środków zgromadzonych na ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym w okresie pierwszego roku albo dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia. Wydaje się jednak - choć w uzasadnieniu wyroku brak jest pogłębionych wywodów w tym zakresie - że również taki mechanizm nie znalazłby aprobaty Sądu. W uzasadnieniu wyroku stwierdzono mianowicie, że oceniane przez Sąd postanowienie wzorca umownego *"rażąco narusza interes konsumenta, gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości"*. Sąd zatem nie akceptuje sytuacji, w której opłata pochłania zgromadzone przez ubezpieczonego aktywa. Wydaje się, że intencją Sądu było podkreślenie, iż gromadzony przez ubezpieczonego kapitał wymaga ochrony, a w szczególności nie może być utracony tylko z tego powodu, że ubezpieczony decyduje się na przedterminowe rozwiązanie umowy, w ramach której przewidziano akumulację i pomnażanie kapitału.

Z powyższym korespondują obserwacje zawarte w głosie do powołanego wyroku Sądu Apelacyjnego autorstwa M. Szczepańskiej. Głosowniczka wskazuje przede wszystkim, że o ile w tradycyjnych ochronnych ubezpieczeniach co do zasady składka ma charakter bezwrotny, to w ubezpieczeniach na życie o wymiarze ochronnym, tudzież inwestycyjnym, część składki podlega akumulacji i pomnażaniu. Autorka zwraca również uwagę, że wysokość opłat likwidacyjnych pobieranych w ramach ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wynika przede wszystkim z kosztów prowizji wypłacanych pośrednikom ubezpieczeniowym oraz że w przypadku ubezpieczeń długoterminowych koszty działalności ubezpieczyciela rozkładają się w dłuższej perspektywie czasowej, w związku z czym w przypadku zakłócenia tej perspektywy, wskutek przedterminowego wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego, zakłady ubezpieczeń stają przed koniecznością zrekompensowania sobie tych kosztów, co czynią pod postacią opłaty likwidacyjnej/opłaty od wykupu. Tymczasem w praktyce rynkowej w przypadku ubezpieczeń ze składką regularną (a zatem w przypadku, kiedy umowa zakłada systematyczne wpłaty na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy) przyjęły się prowizje

pośredników nierzadko przekraczające wartość składki uiszczanej w pierwszym roku trwania umowy, co w efekcie prowadzi do sytuacji, w której w przypadku wczesnego wypowiedzenia umowy wysokość kosztów po stronie zakładu ubezpieczeń może być wyższa niż przychód w postaci składki wpłaconej za okres ubezpieczenia. W głosie dokonano porównania tego stanu rzeczy do ubezpieczeń inwestycyjnych ze składką jednorazową (gdzie prowizje odpowiadają kilku procentom wpłaconej składki) oraz z prowizjami pobieranymi przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych (które oferują produkt będący de facto substytutem ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przy symbolicznym elemencie ochronnym, a pobierają znacząco niższe opłaty likwidacyjne). W konsekwencji autorka głosu uznała, że nie ma uzasadnienia tak drastyczne różnicowanie opłat likwidacyjnych w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w zależności jedynie od tego, czy składka jest opłacana regularnie, czy jednorazowo, co "oznacza konieczność zmiany systemu wynagradzania pośredników".

Mając na uwadze powyższe należy wskazać, iż:

- 1) umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może być w każdym czasie wypowiedziana przez ubezpieczającego (art. 830 § 1 K.c.). Prawo do wypowiedzenia przyznane jest przepisem prawa i nie może być wyłączone mocą umowy, w związku z czym należy uznać, że mamy do czynienia z regulacją chroniącą interesy ubezpieczającego, który tym samym nie może być "karany" z tego powodu, że skorzystał z uprawnienia o takim charakterze. Nawiązując do tez postawionych w piśmie KNUiFE z dnia 21.08.2006 r. warto podkreślić, że nie mamy do czynienia z bezpośrednim naruszeniem powołanego przepisu, niemniej ze wskazanego powyżej powodu stanowi on istotny punkt wyjścia przy konstruowaniu stanowiska jurystycznego względem zjawiska pobierania opłat likwidacyjnych w znaczącej wysokości;
- 2) zakład ubezpieczeń ma prawo do pobierania opłaty likwidacyjnej, jednakże jej wysokość nie może być - jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 14 maja 2010r. (VI ACa 1175/09) - oderwana od rzeczywistych kosztów działalności zakładu ubezpieczeń;
- 3) w związku z funkcją oszczędnościowo-inwestycyjną ubezpieczeń na życie z UFK (oraz dodatkowo biorąc pod uwagę podobieństwa z umowami z funduszami inwestycyjnymi), poważne wątpliwości budzi praktyka, zgodnie z którą w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w pierwszych latach trwania umowy, wysokość opłaty (w tym nawet jeżeli jest powiązana w sposób obiektywny z rzeczywistymi kosztami działalności zakładu

ubezpieczeń), ustalona jest w taki sposób, że powoduje przepadek całości albo niemal całości zgromadzonego kapitału;

- 4) ponieważ koszty działalności zakładu ubezpieczeń są w przedmiotowym przypadku generowane przede wszystkim przez prowizje pośredników ubezpieczeniowych, powyższe obserwacje nakazują refleksję nad mechanizmami wynagradzania pośredników w przypadku umów ubezpieczenia ze składką regularną.

Ponadto wartym podkreślenia jest, aby stosowane postanowienia umowne odnoszące się do opłaty likwidacyjnej/opłaty od wykupu, dokładnie określały za co pobierana jest wskazana opłata. Postanowienie umowne, które wprowadza obowiązek uiszczenia opłaty, w sytuacji gdy nie zostało dokładnie i precyzyjnie określone, za co opłata jest pobierana, może być uznane za klauzulę abuzywną (dotyczy umów zawieranych z konsumentami).

Ocena zasadności pobierania określonej wysokości opłaty likwidacyjnej/z tytułu wykupu, winna mieć każdorazowo charakter indywidualny. Niemniej jednak przeprowadzając indywidualną ocenę należy uwzględnić okoliczności, iż kalkulacja kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń dokonywana jest nie dla pojedynczej umowy ubezpieczenia na życie, ale dla określonego produktu ubezpieczeniowego (określonej grupy osób ubezpieczonych). Nie można także przy tym pominąć, że z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z UFK na podstawie określonych OWU, pośrednikom ubezpieczeniowym mogą być wypłacane prowizje w różnej wysokości (w zależności od treści stosunku umownego łączącego zakład ubezpieczeń z pośrednikiem ubezpieczeniowym pośredniczącym przy zawieraniu umowy ubezpieczenia).

D Y R E K T O R
Departamentu Ochrony Klientów
[Podpis]
Lidia Tomaszka

Załącznik nr 17. Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez Przewodniczącego KNF

Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa
przez Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego

W art. 76 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje obywatelom ochronę ich praw konsumenckich. „Władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi.” Wynikające z Konstytucji obowiązki władz publicznych, dotyczące konsumentów na rynku ubezpieczeniowym, ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym cełduje na Komisję Nadzoru Finansowego. (art. 3 Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym).

Znane Stowarzyszeniu „Przywiązani do Polisy” fakty dowodzą tymczasem, że KNF konsekwentnie od kilku lat ignoruje obowiązki wynikające z ustawy. W wyniku działań KNF kierowanej przez Andrzeja Jakubiaka, obywatele polscy są pozbawieni należytej im konstytucyjnie gwarantowanej ochrony przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi, a rynek ubezpieczeniowy pozbawiony jest właściwego, przewidzianego w ustawie nadzoru.

W ocenie Stowarzyszenia zachodzi podejrzenie, że działania Przewodniczącego KNF mają charakter przestępczy i wyczerpują znamiona czynów określonych w art. 231 Kodeksu Karnego. Zaniedbanie wypełniania ustawowych obowiązków przez Przewodniczącego KNF w rezultacie doprowadziło do szkód w wielkich rozmiarach w odniesieniu do konkretnych osób, którym ubezpieczyciele nadzorowani przez KNF zagarnęli bezprawnie oszczędności, w szczególności pod pozorem tzw. „opłat likwidacyjnych”. Działanie Przewodniczącego KNF naraziło na szkody także interes publiczny, poprzez podważenie zaufania do systemu finansowego u osób, które zostały bezprawnie pozbawione oszczędności przy biernej postawie KNF.

Wymaga odrębnego zbadania na ile działania Przewodniczącego KNF miały charakter umyślny.

KNF faktycznie zajmuje się jedynie wypłacalnością instytucji finansowych, zaś nie interesuje się tym, skąd pochodzą środki finansowe tychże instytucji i w jaki sposób zostały one zdobyte. Nie interesuje się także czy przy ich zdobywaniu nie są naruszane interesy ubezpieczonych. Można odnieść wrażenie, że wg KNF, środki finansowe instytucji finansowych mogą pochodzić nawet z nielegalnych źródeł – byleby instytucje finansowe były bogate i tym samym wypłacalne. Takie rozumienie obowiązków KNF jest sprzeczne z wyżej cytowanymi przepisami prawa obowiązującymi w Rzeczypospolitej Polskiej.

W tym kontekście trzeba zauważyć, że rozpowszechniona praktyka sprzedaży „polis z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym” prowadzi do bezprawnego wzbogacenia się firm ubezpieczeniowych dzięki podstępemu zagarnianiu oszczędności ubezpieczonych. Firmy ubezpieczeniowe mają na to kilka różnych mechanizmów, z których najbardziej dotkliwym jest pobieranie tzw. „opłat likwidacyjnych”. Sprowadza się to do konfiskowania większości lub nawet całości zgromadzonych oszczędności w ramach swego rodzaju kary za wcześniejsze zakończenie umowy przez klienta. Innym znanym mechanizmem jest oszukiwanie klientów przy sprzedaży „polis z ufk”, jako rzekomej alternatywy dla lokat bankowych. Ubezpieczonym oszukańcze „polsy” są przedstawiane jako skuteczny sposób gromadzenia oszczędności emerytalnych.

W ocenie wielu prawników umowy o zawarcie „polis z ufk” nie są w ogóle umowami ubezpieczeniowymi, a jedynie takie udają. Dzięki pozorowi ubezpieczenia firmy obchodzą obowiązujące przepisy podatkowe i dotyczące działalności maklerskiej. W rezultacie zamiast ubezpieczeniami zajmują się wysoce ryzykowną dla klientów działalnością maklerską.

Na te patologie KNF nie reaguje, chociaż ma takie możliwości. Zdaniem Stowarzyszenia Komisja wychodzi z założenia, że nawet, jeśli ubezpieczyciele ewidentnie naruszają prawa konsumentów i działają na ich szkodę, to Komisja nie ma obowiązku ani potrzeby zająć się takimi praktykami. Tymczasem ustawa daje Przewodniczącemu KNF liczne narzędzia kontroli i nacisku, które mogłyby powstrzymać oszukańczy proceder. Unikanie przez Przewodniczącego KNF wypełniania nałożonych przez prawo obowiązków powinno w takim wypadku być ścigane przez prokuraturę.

Działania wskazujące na przestępczy charakter działań Przewodniczącego KNF.

- KNF **zablokowała na kilka lat interwencję UOKiK** w sprawie poszkodowanych konsumentów - konsumentów zakładów ubezpieczeniowych twierdząc, że zakłady ubezpieczeń mają prawo do zabrania ludziom do 100% ich oszczędności;
- KNF wszczęła akcję propagandową, mającą na celu przekonanie konsumenta, że jak podpisał przygotowaną przez zakład ubezpieczeń umowę, to **musi oddać mu do 100% swoich oszczędności**; KNF ignoruje orzeczenia Sądów, w tym Sądu Najwyższego stwierdzające, że tego rodzaju postanowienia umowne są bezprawne i rażąco naruszają interesy konsumentów. KNF nie ostrzega konsumentów przed zakładami ubezpieczeń, które takie bezprawne zapisy stosują; kampania prowadzona jest na stronie internetowej KNF
- KNF przez lata **bronila i nadal broni** zapisów w umowach z ubezpieczycielami, które to zapisy są jednoznacznie uznawane przez sądy za bezprawne i rażąco naruszające interesy konsumentów
- w sporach między wielkimi i bogatymi korporacjami a konsumentami, KNF wspiera ubezpieczycieli **przeciw** konsumentom
- za rażące naruszenie interesów konsumentów KNF nie ukarała **żadnego** ubezpieczyciela
- Przewodniczący KNF nie podjął dostępnych mu i przewidzianym prawem działań, jakie zapobiegłyby kontynuowaniu i utrwalaniu bezprawnych praktyk ubezpieczycieli, które prowadzą do ogromnych szkód majątkowych na szkodę klientów firm ubezpieczeniowych.

Zdesperowani ludzie protestują przed siedzibami banków i ubezpieczycieli. Kolejne pozwy zbiorowe trafiają do sądów. W wyniku beczynności KNF jesteśmy na prostej drodze do poważnego kryzysu i drastycznego załamania wiarygodności ubezpieczycieli w Polsce. Od ponad 10 lat zamiast sprzedawać ubezpieczenia, firmy ubezpieczeniowe i współpracujące z nimi banki oferują ryzykowne produkty inwestycyjne (tzw. polisy na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) „pod płaszczykiem” ubezpieczeń. Produkty tego rodzaju sprzedawane masowo na polskim rynku prowadzą do bezprawnego pozbawiania tysięcy ludzi ich własnych oszczędności. Ten skutek jest zaplanowany przez towarzystwa ubezpieczeniowe i stanowi istotę intratnego proceduru o czym świadczą publikacje prasowe („Polisy z premedytacją”, Dziennika Gazeta Prawna). Przy skali tego zjawiska, afera „Amber Gold” wydaje się niewiele znaczącym incydentem.

W szczegółach sprawa przedstawia się następująco:

1. Polityka wsparcia dla bezprawnych działań ubezpieczycieli przez KNF ma początek jeszcze w roku 2006, kiedy to Urząd Ochrony Konsumentów zaalarmował ówczesny Urząd KNUIFE (dziś KNF) o coraz liczniejszych skargach konsumentów na oszukańcze „polis”, które były im wciskane w bankach i firmach ubezpieczeniowych. W rzeczywistości były to nie polis, a inwestycje w różnego rodzaju ryzykowne fundusze inwestycyjne. Forma „polis” wykorzystywana była tylko w celu krótkoterminowego ominięcia „podatku Belki”. Klienci systematycznie tracili w tych „polisach” pieniądze, a kiedy chcieli się wycofać z niekorzystnych umów, ubezpieczyciele za pomocą tzw. „opłat likwidacyjnych” zagarniali bezprawnie nawet do 100% (sic!) zgromadzonych na kontach konsumentów oszczędności.

Dowód: pismo UOKiK z 8 czerwca 2006 nr DDK-076-201/06/BK

Urząd KNUIFE (poprzednik KNF) odpowiedział UOKiK-owi, że umowy tego rodzaju są „specyficzne”, zastrzeżenia UOKiK i pretensje konsumentów bezzasadne, a Komisja czuwa i wszystko jest w najlepszym porządku. Odpowiedź ta zablokowała na kilka lat jakiegokolwiek interwencji UOKiK w sprawach poszkodowanych przez ubezpieczycieli konsumentów, co sam Urząd potwierdził w oficjalnej korespondencji.

Dowód: pismo KNF z 21 sierpnia 2006 nr DN1/063/38/4/06

5 lat później KNF skierowała do UOKiK pismo, tym razem wzywające UOKiK do interwencji w sprawie „polis” oferowanych przez firmę AXA, a w szczególności w kwestii opłaty likwidacyjnej, która sięga nawet 100% środków zgromadzonych na koncie konsumenta. Interwencja dotyczyła tych samych „opłat likwidacyjnych”, których KNF (jeszcze jako KNUIFE) gorąco bronił w 2006 roku.

Dowód: pismo z 14 kwietnia 2011 nr DOK/WPR/0512/118/4/11/BZ

UOKiK odpisał, że przecież sama KNF wypowiadała się w tej kwestii w 2006 roku i swoją kategoryczną opinią zablokowała interwencje UOKiK-u w sprawach „polis”, ponieważ UOKiK przyjął stanowisko KNF, że kwestionowane zapisy nie mają charakteru abuzywnego. Urząd pytał jednocześnie, czy KNF zmieniła zdanie i uważa już horrendalne opłaty za nieprawidłowe?

Dowód: pismo z 2 maja 2011 DDK-076/48/11/MC

KNF odpowiedział dopiero po 8 miesiącach! Odpowiedź sprowadza się do wykretów i podtrzymania opinii, że warunki na jakich zawierane są umowy o „polis” są zasadniczo zgodne z prawem i poprawne, aczkolwiek trzeba je badać indywidualnie.

Dowód: pismo KNF z 10 stycznia nr DOK/WPR/0512/118/9/11/12/BZK

Reasumując: KNF przyjęła kategoryczne stanowisko, że zagarnianie pieniędzy posiadaczy oszukańczych polis jest wartą poparcia praktyką rynkową niebudzącą żadnych zasadniczych zastrzeżeń. Mimo pism UOKiK oraz wątpliwości jakie pojawiły się nawet wśród pracowników KNF, Przewodniczący Komisji do dziś podtrzymuje takie stanowisko. Kłam takiej interpretacji przepisów zadają tymczasem liczne już prawomocne wyroki sądowe wszystkich instancji (w tym Sądu Najwyższego), stwierdzające, że ubezpieczyciele w tego rodzaju umowach rażąco naruszali i nadal

naruszają interesy konsumentów i bezprawnie zagarniają należące do konsumentów oszczędności poprzez stosowanie „opłat likwidacyjnych”. Kolejne wyroki sądowe nakazują zwrot bezprawnie zawłaszczonych „opłat likwidacyjnych”. Kolejne pozwy zbiorowe i indywidualne trafiają do sądów. Podobnie ocenia te praktyki firm ubezpieczeniowych Rzecznik Ubezpieczonych. W obszernym raporcie z 2012 roku Rzecznik wskazał patologie związane z systemem „pseudopolis”. Wiele klauzul, które były przez lata akceptowane i broniące przez KNF, figuruje obecnie na liście klauzul niedozwolonych prowadzonej przez UOKiK.

Skala nadużyć jest ogromna. Stały się one możliwe dzięki postawie i opiniom prezentowanym przez KNF, a w szczególności przez Przewodniczącego Komisji. Analiza faktów prowadzi jednocześnie do wniosku, że Przewodniczący KNF podtrzymując swoje stanowisko musi mieć świadomość, że jest ono sprzeczne z prawem i bezpośrednio godzące z konstytucyjnie chronione prawa ubezpieczonych - konsumentów, co wydaje się wyczerpywać znamiona przestępstwa opisanego w art. 231 par.1 kodeksu karnego.

2. W styczniu 2014 roku Przewodniczący KNF Andrzej Jakubiak w sporze konsumenta z firmą ubezpieczeniową HDI Gerling przyłączył się do procesu po stronie firmy ubezpieczeniowej. Proces dotyczył klauzul niedozwolonych zawartych w warunkach ubezpieczenia. Bezpośrednią przyczyną wystąpienia Przewodniczącego KNF stała się sugestia Sądu Apelacyjnego. Sąd zwrócił w niej uwagę na to, że umowy takie jak kwestionowana w czasie procesu mogą w ogóle nie mieć charakteru ubezpieczeniowego. W rzeczywistości przecież nie ubezpieczają one żadnego ryzyka po stronie konsumenta, a stanowią jedynie pretekst do obejścia prawa podatkowego i zajmowania się przez zakład ubezpieczeń nielicencjonowaną działalnością maklerską. Przewodniczący KNF uznał, że gdyby w prawomocnym wyroku sąd zakwestionował ubezpieczeniowy charakter tych umów, to straciłyby one ważność, co z kolei naraziłoby firmy ubezpieczeniowe na odszkodowania dla poszkodowanych konsumentów i zagroziłoby stabilności branży.

Dowód: informacja prasowa o procesie, do którego przystąpił Przewodniczący KNF przeciw interesom konsumenta

Reasumując: szef KNF uznał, że interesy firm ubezpieczeniowych stoją ponad prawem i ponad interesami indywidualnych konsumentów. To kolejne rażące naruszenie powinności KNF opisanych w ustawie o nadzorze ubezpieczeniowym.

W ocenie Stowarzyszenia mamy do czynienia z dobrze zorganizowanym, starannie zaplanowanym procederem zagarniania pieniędzy konsumentów, mającym znamiona masowego oszustwa. Dotychczasowe indywidualne interwencje poszkodowanych, UOKiK, naszego Stowarzyszenia kierowane do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego są przez niego konsekwentnie ignorowane, a wszelkie działania rzekomo prokonsumenckie są pozorne. KNF w żaden sposób nie wspiera konsumentów firm ubezpieczeniowych, którzy nadal w biały dzień, bezprawnie pozbawiani są oszczędności. Wg danych Polskiej Izby Ubezpieczeń w roku 2014 firmy ubezpieczeniowe sprzedały na polskim rynku „polis z ufk” na łączną kwotę 12,6 miliarda PLN. Wylczenia biegłych – aktuariuszy wskazują, że większość z tych umów zostanie zerwana przed terminem dając pretekst do bezprawnego zagarnięcia oszczędności ubezpieczonych.

3. Na podstawie zezwoleń wydawanych przez Przewodniczącego KNF, Ubezpieczyciele nabywali do UFK, tworzonych z oszczędności powierzanych im przez konsumentów podejrzaną aktywa, których wartość drastycznie spadała - w ciągu kilku tygodni o 50% i więcej. Tymczasem Przewodniczący KNF, zamiast wszcząć kontrolę i wyjaśnić skandal finansowy, wydawał kolejne decyzje zezwalające ubezpieczycielom na nabywanie takich aktywów. Nie zaniepokoiło KNF-u, że wszystkie te aktywa konsekwentnie i gwałtownie traciły na wartości.

Na dowód powyższego przedstawiamy tabelaryczne zestawienie wartości jednostki uczestnictwa w poszczególnych ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, tworzonych przez TunŻ Europa S.A. dla produktów o nazwach Pareto, Pareto II, Libra, Libra II i Libra III.

Kod regulaminu	Początkowa wartość jednostki uczestnictwa UFK określona w OWU	Wartość jednostki uczestnictwa UFK w pierwszym dniu wyceny
2009_OFPAR_01_v01	200,00 zł	173,96 zł
2009_OFPAR_01_v02	200,00 zł	158,56 zł
2009_OFPAR_01_v03	200,00 zł	170,57 zł
2009_OFPAR_01_v04	200,00 zł	144,05 zł
2009_OFPARII_01_v03	200,00 zł	118,14 zł
2009_OFPARII_01_v04	200,00 zł	148,75 zł
2009_OFPARII_01_v05	200,00 zł	137,31 zł
2009_OFPARII_01_v06	200,00 zł	130,56 zł
2010_ULEM_01_v01	200,00 zł	119,09 zł
2010_ULEM2_01_v01	200,00 zł	125,35 zł
2010_USL1_01_v01	200,00 zł	142,50 zł
2010_USL2_01_v01	200,00 zł	99,54 zł
2010_USL3_01_v01	200,00 zł	94,84 zł
2010_USNF10_01_v01	200,00 zł	156,47 zł
2010_USNF11_01_v01	200,00 zł	146,60 zł
2010_USNF7_01_v01	200,00 zł	141,90 zł
2010_USNF8_01_v01	200,00 zł	135,06 zł
2010_USNF9_01_v01	200,00 zł	165,98 zł
2011_ULIB_01_v01	200,00 zł	120,96 zł
2011_ULIB2_01_v01	200,00 zł	125,47 zł
2011_ULIB3_01_v01	200,00 zł	87,32 zł
2011_ULIB4_01_v01	200,00 zł	149,83 zł
2011_ULIB5_01_v01	200,00 zł	134,08 zł
2009_GBPARII_01_v.04	200,00 zł	148,75 zł
2009_GBPARII_01_v.05	200,00 zł	137,31 zł
2009_GBPARII_01_v.06	200,00 zł	130,56 zł
2009_NBPAR_01_v.03	200,00 zł	170,57 zł
2010_USNF12_01_v01	200,00 zł	124,29 zł
2010_USNF13_01_v01	200,00 zł	128,89 zł

KNF powołany do nadzoru nad rynkiem finansowym, wydając zezwolenia na nabywanie podejrzanych aktywów przyczynił się do tego, że pieniądze konsumentów zniknęły w niewyjaśnionych

okolicznościach. Co więcej, KNF nie przeprowadził nawet prostej kontroli w celu wyjaśnienia, dlaczego aktywa regularnie traciły tak drastycznie na wartości. Takie postępowanie narusza bezpieczeństwo, przejrzystość oraz zaufanie do rynku finansowego, a także narusza interesy uczestników tego rynku – ubezpieczających i ubezpieczonych.

Na skierowane do niego pisma wskazujące na powyższe patologie i domagające się kontroli w Towarzystwach Ubezpieczeniowych organizujących podejrzany proceder, Przewodniczący KNF nie odpowiedział, ani nie podjął wnioskowanych kontroli. Dowodzi to pełnej premedytacji w postępowaniu Przewodniczącego KNF, który nawet nie próbuje wyjaśnić dlaczego konsekwentnie unika podejmowania działań jakie mogłyby ochronić klientów przed nieuczciwymi praktykami towarzystw ubezpieczeniowych.

Reasumując: Zaniechanie niezbędnych i możliwych do podjęcia działań nadzorczych przez Przewodniczącego KNF prowadzi w rezultacie do narażenia na szkodę interesu publicznego jakim jest zaufanie obywateli do wiarygodności i bezpieczeństwa rynku ubezpieczeniowego oraz skutkuje wymiernymi, znacznymi stratami po stronie ubezpieczonych.

4. Ubezpieczyciele zawierali z bankami i firmami doradztwa finansowego (występującymi jako ubezpieczający) umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK. Banki i firmy doradcze pobierały wynagrodzenie za czynności de facto pośrednictwa ubezpieczeniowego. Powyższe stanowiło obejście przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i doprowadziło do sytuacji, w której Przewodniczący KNF sam uznał, że nie jest władny do sprawowania nadzoru nad ubezpieczającymi.

Dowód: odpowiedź Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 września 2012r., na zapytanie posła Kazimierza Michała Ujazdowskiego z dnia 27 sierpnia 2012r., nr 1892.

5. W rezultacie KNF od wielu lat nie nadzoruje ponad połowy rynku ubezpieczeń na życie i nie podjęła żadnej próby objęcia tej części rynku nadzorem.

Dowód: Raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012r., pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym”, str. 30.

6. Sposoby wykonywania nadzoru, którymi dysponuje Przewodniczący KNF i których nie wykorzystuje

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej daje Przewodniczącemu KNF następujące możliwości:

„Art. 209. 1. Organ nadzoru może wydawać zalecenia w stosunku do zakładu ubezpieczeń w celu:

- 1) zapewnienia zgodności działalności zakładu ubezpieczeń z przepisami prawa, statutu lub planem działalności;
- 2) zapewnienia trwałej zdolności zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań;
- 3) zapobieżenia naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

2. W przypadku gdy zakład ubezpieczeń nie wykonuje w wyznaczonym terminie zaleceń, o których mowa w ust. 1, organ nadzoru może, w drodze decyzji, zobowiązać zakład ubezpieczeń do wykonania tych zaleceń.”

„Art. 212. 1. Jeżeli zakład ubezpieczeń nie wykonuje w wyznaczonym terminie decyzji, o której mowa w art. 209 ust. 2, lub wykonuje działalność z naruszeniem przepisów prawa, statutu, zawartych umów ubezpieczenia lub planu działalności lub nie udziela informacji lub wyjaśnień, organ nadzoru może, w drodze decyzji:

- 1) nakładać na członków zarządu zakładu ubezpieczeń lub prokurentów kary pieniężne do wysokości odpowiadającej trzykrotnemu przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu z ostatnich 12 miesięcy;
- 2) nakładać na zakład ubezpieczeń kary pieniężne do wysokości 0,5% składki przypisanej brutto uzyskanej przez zakład ubezpieczeń w roku poprzednim, a w przypadku gdy zakład ubezpieczeń nie prowadził działalności lub miał zbiór składki przypisanej poniżej 20 mln złotych do wysokości 100.000 złotych;
- 3) zawieszać w czynnościach członków zarządu zakładu ubezpieczeń do czasu rozpatrzenia wniosku o ich odwołanie, na najbliższym posiedzeniu organu uprawnionego do ich odwołania; zawieszenie w czynnościach polega na wyłączeniu z podejmowania decyzji za zakład ubezpieczeń, w tym w zakresie jego praw i obowiązków majątkowych;
- 4) występować do właściwego organu zakładu ubezpieczeń lub innego uprawnionego podmiotu z wnioskiem o odwołanie członka zarządu lub odwołanie udzielonej prokury.”

Stowarzyszeniu nie są znane żadne przypadki skorzystania przez przewodniczącego KNF z powyższych uprawnień w celu ochrony interesów ubezpieczonych, w szczególności w przypadku bezprawnych i rażąco naruszających interesy klientów umów dotyczących „polis z ufk”. W związku z powyższym Stowarzyszenie w dniu 1 października 2014 zwróciło się do Przewodniczącego KNF z oficjalnym pismem, udostępnionym także mediom, z następującymi pytaniami:

1. Dlaczego nie wydał Pan zaleceń, aby ubezpieczyciele przestali stosować wysokie opłaty przy rezygnacji przez konsumenta z ubezpieczenia na życie z UFK, skoro są one bezprawne i rażąco naruszają interesy ubezpieczonych, co zgodnie orzekają polskie sądy?
2. Dlaczego nie wydał Pan zaleceń, aby ubezpieczyciele i tzw. ubezpieczający zaprzestali tworzenia i dystrybucji umów ubezpieczenia grupowego z UFK, stanowiących obejście przepisów prawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym?
3. Dlaczego nie wydał Pan zaleceń, aby ubezpieczyciele na życie ograniczyli się do tworzenia produktów ubezpieczeniowych zabezpieczających ryzyko śmierci, a nie oferowali pod pozorem ubezpieczeń produktów inwestycyjnych, z pominięciem przepisów prawa o funduszach inwestycyjnych?
4. Dlaczego nie wyjaśnił Pan podejrzanych, regularnych spadków wartości aktywów UFK nabytych za Pana zezwoleniem?

Przewodniczący KNF mimo upływu pół roku nie odpowiedział w jakikolwiek sposób na skierowane do niego publicznie pytania. W naszej ocenie to kolejny dowód na to, że Przewodniczący KNF świadomie dopuszcza do patologii na rynku i ogromnych strat w majątku poszczególnych ubezpieczonych, a sytuacja ta nie znajduje żadnego racjonalnego wyjaśnienia.

Reasumując: Sytuacja, w której firmy ubezpieczeniowe pozbawione są efektywnego nadzoru, a klienci pozbawieni są ochrony i wsparcia KNF w walce z bezprawnie działającymi firmami

ubezpieczeniowymi, stanowi naruszenie konstytucyjnie gwarantowanych praw obywatelskich i jednocześnie stanowi rażące naruszenie Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym. W przekonaniu Stowarzyszenia takie postępowanie Przewodniczącego KNF wypełniać może znamiona przestępstwa opisanego w artykule 231 Kodeksu Karnego, zagrożonego karą pozbawienia wolności do lat 3 i jako takie powinno być ścigane przez organa wymiaru sprawiedliwości.

Załączniki:

1. Pismo OUKIK z 8 czerwca 2006 DDK-076-201/06/BK
2. Pismo KNUIFE z 21 sierpnia 2006 nr DN1/D63/38/4/06
3. Pismo UOKIK z 2 maja 2011 DDK-076/48/11/MC
4. pismo KNF z 10 stycznia 2012 nr DOK/WPR/0512/118/9/11/12/BZK
5. Pismo KNF z 14 kwietnia 2011 nr DOK/WPR/0512/118/4/11/BZ
6. Tekst artykułu „Polisy z funduszem kapitałowym pod sąd: Klienci będą żądać zwrotu pieniędzy od ubezpieczycieli” Dziennik Gazeta Prawna, 2014-05-29,

Załącznik nr 18. Postanowienie Prokuratury Rejonowej Warszawa Śródmieście-Północ w Warszawie z dnia 3 października 2014 r. o odmowie wszczęcia śledztwa

Odmowa Prokuratura Rejonowa 03_10_2014 (2)_Page_1.jpeg

Strona 1 z 1

2 Ds.1608/14/II

Warszawa 3 października 2014 r.

**POSTANOWIENIE
o odmowie wszczęcia śledztwa**

Emilia Tomaszewska-Błachnio - Prokurator Prokuratury Rejonowej Warszawa Śródmieście-Północ w sprawie przekroczenia uprawnień w nieustalonym czasie nie później niż w dniu 18 września 2014 r. w Warszawie przez Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego poprzez stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych w postaci bezprawnego „zagarnięcia” oszczędności pod pozorem „opłat likwidacyjnych”

§ 10 czynn z art. 231 § 1 kk.

na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 kpk

postanowił:

odmówić wszczęcia śledztwa

w sprawie przekroczenia uprawnień w nieustalonym czasie nie później niż w dniu 18 września 2014 r. w Warszawie przez Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego poprzez stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych w postaci bezprawnego „zagarnięcia” oszczędności pod pozorem „opłat likwidacyjnych”

§ 10 czynn z art. 231 § 1 kk.

na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 kpk -wobec braku znamion czynu zabronionego.

Uzasadnienie

Do tutajszej Prokuratury wpłynęło w dniu 2 października 2014 r. zawiadomienie Prezesa Zarządu Stowarzyszenia „Przywiązani do Polisy” o popełnieniu przestępstwa przez Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego. W zawiadomieniu wskazano, iż KNF ignoruje od lat obowiązki wynikające z ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym, stosując nieuczciwe praktyki rynkowe w postaci m. in. bezprawnego „zagarnięcia” oszczędności pod pozorem „opłat likwidacyjnych”. Ponadto zawiadamiający wskazał, iż KNF zablokowała na kilka lat interwencję UOKiK w sprawie poszkodowanych klientów zakładów ubezpieczeniowych, wszczęła akcję propagandową mającą na celu przekonanie konsumenta że jak podpisał przygotowaną przez zakład ubezpieczeń umowę to musi oddać mu do 100% swoich oszczędności. Ponadto wskazano, iż KNF broni zapisów w umowach ubezpieczeniowych, wspiera ubezpieczycieli w sporach z konsumentami, nie karze

EMILIA TOMASZEWSKA-BŁACHNIO
PROKURATOR REJONOWY

ubezpieczycieli. Prezes stowarzyszenia podkreślił także, iż firmy ubezpieczeniowe zamiast sprzedawać ubezpieczenia oferują produkty inwestycyjne, w tym polisy pod płaszczkiem ubezpieczeń, które również prowadzą do zaboru oszczędności klientów. Ponadto wskazano, iż w tym zakresie zostało skierowanych wiele pozwów do Sądów jak również pism do UOKiK.

Analizując treść zawiadomienia stwierdzić należy, iż w przedstawionym stanie faktycznym brak jest zrealizowania znamion czynu z art. 231 § 1 kk. czy jakiegokolwiek innego przestępstwa sypizowanego przepisami karnymi. W świetle art. 303 kodeksu postępowania karnego jedynie uzasadnione podejrzenie - wskazujące na możliwość popełnienia czynu wyczerpującego znamiona przestępstwa - warunkuje obowiązek wszczęcia i prowadzenia postępowania przygotowawczego.

Podnieść należy, że dla bytu przestępstwa z art. 231 kk. niezbędnym jest przekroczenie uprawnień lub niedopełnienie obowiązków przez funkcjonariusza publicznego, który w ten sposób działa na szkodę interesu publicznego, bądź prywatnego. Przekroczenie uprawnień zachodzi wtedy, gdy funkcjonariusz publiczny podejmuje czynność, która wprawdzie łączy się z jego uprawnieniami, ale nie znajduje oparcia w podstawie prawnej albo faktycznej. Niedopełnienie obowiązku polega natomiast na zaniechaniu podjęcia czynności, którą zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w danej sytuacji faktycznej należało podjąć. Nadto przypisanie funkcjonariuszowi publicznemu odpowiedzialności za niedopełnienie obowiązków wymaga ustalenia w pierw treści i źródła obowiązków funkcjonariusza i wykazania, że funkcjonariusz publiczny nie podjął działań zapobiegających zagrożeniu dobra publicznego lub jednostkowego, choć wiedział, że zagrożenie istnieje.

W realiach niniejszej sprawy brak jest obiektywnych dowodów na wyczerpanie znamion przestępstwa z art. 231 § 1 kk. Należy wskazać, iż jak wynika z zawiadomienia Przewodniczącemu Komisji Nadzoru Finansowego zarzuto się nieprawidłowe podejmowanie działań, które znajdują się tak naprawdę w zakresie jego obowiązków. Ponadto jak wynika z dołączonych do zawiadomienia materiałów UOKiK czuwa nad interesem klientów ubezpieczeniowych i prowadzi z KNF korespondencję w zakresie wyjaśnienia wszelkich nieprawidłowości. Należy przy tym podkreślić, iż w większości przypadków są to kwestie sporne, które wymagają interpretacji. Ponadto wskazać trzeba, iż klienci firm ubezpieczeniowych dobrowolnie zawierają umowy ubezpieczenia i godzą się na ich warunki. Dotyczy to również nabywania wszelkiego rodzaju produktów ubezpieczeniowych w tym polis. Należy wskazać iż jak wynika z zawiadomienia, przedstawiciele stowarzyszenia „Przywiązani do Polisy” nie są zadowoleni z działalności KNF. Przedmiotowa działalność przewodniczącego KNF ma jednak oparcie w przysługujących mu kompetencjach oraz w

STANISŁAW PIJĄTEK
Przewodniczący Komisji Nadzoru Finansowego

przepisach prawa. Ponadto okoliczność, iż przedmiotowa działalność nie jest korzystna dla zawiadmiającego stowarzyszenia nie oznacza, iż doszło do przekroczenia przez niego uprawnień. Podnieść należy, że dowodem na popełnienie przestępstwa nie może być jedynie subiektywne przekonanie zawiadmiającego stowarzyszenia, które nie zgadza się ze sposobem prowadzenia działalności przez KNF.

Oczywiście należy podkreślić, iż przedstawiciele stowarzyszenia mają prawo nie podzielać działalności przewodniczącego KNF jednakże jego działanie nie stanowi realizacji znamion żadnego przestępstwa. Jednocześnie wskazać należy, iż wszelkie nieprawidłowości wobec klientów ubezpieczeniowych mogą być zgłaszane do UOKiK a dochodzenie roszczeń jest możliwe tylko i wyłącznie w postępowaniu cywilnym.

Z uwagi zatem na powyższe, mając na względzie art. 17 § 1 pkt 2 kpk należało postanowić jak na wstępie.

PROKURATOR

 Zimna Kłodzka 13A/10

Przebieg:

1. Na powyższe postanowienie przysługuje zażalenie do sądu właściwego do rozpoznania sprawy (art. 306 § 1 kpk, art. 325a kpk oraz 465 § 2 kpk)
 - pokrzywdzonemu,
 - instytucji wymienionej w art. 305 § 4 kpk,
 - osobie wymienionej w art. 305 § 4 kpk, jeżeli skutek przestępstwa doszło do naruszenia jej praw.
 Sąd może utrzymać w mocy zaskarżone postanowienie lub uchylić je i przekazać sprawę prokuratorowi celem wyjaśnienia wskazanych okoliczności bądź przeprowadzenia wskazanych czynności (art. 330 § 1 kpk). Jeżeli prokurator sądu nie znajdzie podstaw do wniesienia aktu oskarżenia wyda ponownie postanowienie o odmowie wszczęcia śledztwa – dochodzenia*) lub o jego umorzeniu. Pokrzywdzony, który wykazał uprawnienia przewidziane w art. 306 § 1 kpk (tj. prawo do złożenia zażalenia, które zostało uwzględnione przez sąd) może w takim przypadku wnieść akt oskarżenia do sądu w terminie miesiąca od daty doręczenia zawiadomienia o postanowieniu (art. 330 § 2 kpk, art. 55 § 1 kpk). Akt oskarżenia powinien spełniać wymogi określone w art. 55 § 1 i 2 kpk. Inny pokrzywdzony tym samym czynem może aż do rozpoczęcia przewodu sądowego na rozprawie głównej przyłączyć się do postępowania (art. 55 § 3 kpk).
2. Uprawnionym do złożenia zażalenia, o którym mowa w art. 306 § 1 kpk, przysługując prawo przyjęcia akt sprawy (art. 306 § 1b kpk).
3. W sprawach z oskarżenia prywatnego zażalenie na postanowienie prokuratora o odmowie wszczęcia postępowania przygotowawczego rozpoznaje prokurator nadrzędny, jeżeli postanowienie zapadło z uwagi na brak interesu społecznego w ściganiu z urzędu sprawcy (art. 465 § 2a kpk).
4. Zażalenie na powyższe postanowienie wnosi się za pośrednictwem prokuratora, który wydał postanowienie. Termin do wniesienia zażalenia wynosi 7 dni od daty doręczenia odpisu postanowienia i jest zawsty. Zażalenie wniesione po upływie tego terminu jest bezskuteczne (art. 422 § 1 i 2 i art. 460 kpk).

Zarządzenie:

Stosownie do art. 100 § 2 w zw. z art. 106 kpk i 305 § 4 kpk doręczyć odpis postanowienia:

- 1) pokrzywdzonemu(ce) k **
- 2) pełnomocnikowi pokrzywdzonemu(ce) k** **
- 3) instytucji wymienionej w art. 305 § 4 kpk * k **

STAWCZESKI

 Zimna Kłodzka 13A/10

Stwierdzenie przez Prokuratora Rejonowego w Warszawie - Prokuraturę Rejonową - ul. Piasek 102, 01-004 Warszawa

4) osobę wymienioną w art. 305 § 4 kpk, art. 306 § 1 pkt 3 kpk* jeżeli wskazać przestępstwa dające do naruszenia tej praw k** & **

Stępowanie do art. 305 § 4 kpk powiadomić o odmowie wszczęcia śledztwa - dochodzenia* osobę suszczącej o przestępstwie, której prawa nie zostały naruszone k**k ***

PROKURATOR
[Signature]
Ewa Jankowska

SEKRETARZ
[Signature]
Magdalena

Załącznik nr 19. Pismo Stowarzyszenia Osób Poszkodowanych przez Instytucje Finansowe „Przywiązani do Polisy” z dnia 4 sierpnia 2015 r.



Stowarzyszenie osób poszkodowanych przez instytucje finansowe

„Przywiązani do Polisy”

Ul. Emilii Plater 10/2

00-669 Warszawa

Szanowna Pani

Krystyna Skowrońska

Przewodnicząca Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

W imieniu członków „Stowarzyszenia Przywiązani do Polisy” jak również wielu tysięcy osób, które padły ofiarą podstępnej sprzedaży tzw. polisolokat zwracamy się do Pani z gorącym apelem o pomoc i uwzględnienie naszego głosu przy uchwalaniu nowego prawa ubezpieczeniowego.

Setki tysięcy polskich rodzin wpadło w pułapkę zastawioną na nich przez banki, pośredników finansowych i Towarzystwa Ubezpieczeniowe. Oszczędności ogromnej rzeszy konsumentów zostały bezprawnie uwięzione w toksycznych produktach, które miały być receptą na długoterminowe oszczędzanie. Okazały się jednak oszustwem i drogą do bezprawnego pozbawiania ludzi pieniędzy. W naszym przekonaniu stoimy wobec bezprecedensowej sytuacji, która zakończyć się może ogromnym kryzysem i drastycznym załamaniem wiarygodności ubezpieczycieli w Polsce, a już dziś jest przyczyną ogromnej niesprawiedliwości boleśnie odczuwanej przez setki tysięcy Polaków.

Od ponad 10 lat zamiast sprzedawać ubezpieczenia, Towarzystwa Ubezpieczeniowe sprzedają produkty inwestycyjne (tzw. polisy na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) „pod płaszczykiem” ubezpieczeń. Produkty tego rodzaju sprzedawane masowo na polskim rynku prowadzą do bezprawnego pozbawiania tysięcy ludzi ich własnych pieniędzy.

Tego rodzaju polisy miały wobec spadających dochodów, zapewnić nowe źródło zysków dla firm ubezpieczeniowych. Tradycyjne ubezpieczenia są trudne w obsłudze i nie zawsze pozwalają zarobić, wymyślono więc polisy, które dają ubezpieczycielowi stały, pewny zysk, a klienta narażają na straty, a są przy tym praktycznie bezobsługowe. Zamiast ubezpieczeń i lokat bankowych klientom zaoferowano pseudopolisy i pseudolokaty – produkty finansowe,



które polegają na grze na giełdach na odpowiedzialność i ryzyko klientów. Sprzedając te produkty przedstawiciele firm pośrednictwa finansowego, banków i firm ubezpieczeniowych nie informowały ludzi, że to, co sprzedają nie jest w rzeczywistości ubezpieczeniem, a jedynie ryzykownym produktem finansowym. Są one zaprojektowane tak, że klienci mają na nich sporo stracić, by wszyscy inni mogli zarobić krocie. Wcześniej tego rodzaju produkty sprzedawane były na rynkach Europy Zachodniej. Dziś zostały tam praktycznie wyeliminowane z obrotu.

Tymczasem w Polsce firmy ubezpieczeniowe zaczęły oferować klientom produkty o zyskowności podobnej do gry w ruletkę. I tak jak w wypadku hazardu, kasyno zawsze wygrywa, a klienci zawsze odchodzą zrujnowani, tak w przypadku pseudopolis firma ubezpieczeniowa zawsze zarabia i to często ogromne kwoty, a klient niemal zawsze traci. Traci na wysokich opłatach administracyjnych, na spadku wartości inwestycji, wreszcie na drakońskich i bezprawnych „opłatach likwidacyjnych”. Tysiące ludzi utopiło w tym procederze oszczędności życia, setki tysięcy z trudem płaci składki, patrząc bezradnie jak ich „inwestycje” tracą wartość. Nie mogą jednak wycofać się z pseudopolis, bo wtedy firma ubezpieczeniowa zabierze im wszystko, a w najlepszym wypadku większość wpłaconych pieniędzy.

Taka działalność towarzystw ubezpieczeniowych jest dziś przyczyną morza ludzkich dramatów, rozbitych małżeństw, zniszczonych nadziei na spokojną starość. To do nas, jako do Stowarzyszenia trafiają ofiary tych diabelskich „produktów finansowych”. To do Rzecznika Ubezpieczonych i Rzeczników Konsumentów w całej Polsce przychodzą zrozpaczeni ludzie, którym zabrano ciężko zarobione pieniądze. Wiceprzewodniczący KNF Wojciech Kwaśniak powiedział o tym procederze: „jazda po bandzie”, profesor Marek Belka: „kpią z państwa”, warszawski Sąd Rejonowy w wyroku z 15 maja 2015 nazwał polislokatę z grupy firm zakładanych przez „w niewiarygodnym stopniu oszukańczą” i nakazał oddać pieniądze oszukany klientom.

Podobne wyroki zapadają w całym kraju od dwóch lat. Sądy nakazują zwrot bezprawnie zawłaszczonych „opłat likwidacyjnych” nie mając wątpliwości, że praktyki firm ubezpieczeniowych są w przypadku pseudopolis bezprawne, a pobierane opłaty nie mają żadnych podstaw. Sądy stwierdzają, nie tylko, że klientom w nierzetelny sposób wciskano niepotrzebne i nieopłacalne dla nich produkty, ale że same te produkty były skonstruowane tak, by wyciągnąć z klienta pieniądze nie dając nic w zamian. I to nie jest subiektywna opinia pokrzywdzonych, tylko niezawisłych sądów, w tym Sądu Najwyższego i Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Podobnie surowo i jednoznacznie ocenia praktyki firm ubezpieczeniowych Rzecznik Ubezpieczonych. W obszernym raporcie skierowanym w 2012 roku do firm ubezpieczeniowych i organów nadzoru Rzecznik wskazał precyzyjnie wszystkie patologie związane z systemem „pseudopolis”.



UOKiK w 2014 roku zaczął karać ubezpieczycieli i sprzedawców za sprzedaż oszukańczych polis, ale niestety działalność tę z niejasnych powodów porzucił.

W ocenie Stowarzyszenia mamy do czynienia z dobrze zorganizowanym, starannie zaplanowanym procederem wyciągania pieniędzy od konsumentów, ocierającym się o masowe oszustwo. Tym bardziej zdumiewa fakt, że proceder ten mógł w Polsce przybrać tak ogromną skalę i że do dziś odbywa się w biały dzień przy kompletnej bezczynności, a wręcz ochronie ze strony Komisji Nadzoru Finansowego.

Jako przedstawiciele Stowarzyszenia „Przywiązani do Polisy” od półtora roku prowadzimy najróżniejsze działania wspierające walkę klientów o dostęp do własnych oszczędności i odzyskanie bezprawnie konfiskowanych pieniędzy. Spotykaliśmy się z przedstawicielami UOKiK, Ministerstwa Finansów, Rzecznika Ubezpieczonych. Apelowaliśmy, niestety bezskutecznie do Polskiej Izby Ubezpieczeń, wielokrotnie pisaliśmy do KNF o interwencję na rzecz ubezpieczonych, zgłaszaliśmy wnioski do Prokuratury. Przedstawicielom władz państwowych przedkładaliśmy propozycje zmian ustawowych, które mogłyby rozwiązać narastający problem. Niestety żadne z tych działań nie przyniosło rezultatów. Można odnieść wrażenie, że kiedy dochodzi do konfliktu między obywatelem, a instytucją finansową, Państwo nie ma obywatelowi wiele do zaproponowania. Co najwyżej może go odesłać do żmudnej i kosztownej drogi sądowej. Co więcej w przypadku działań KNF mamy do czynienia ze wsparciem mocniejszego w tym konflikcie i naruszaniem ustawowych obowiązków Komisji.

Obecna nowelizacja Ustawy Ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 950 z późn. zm.); miała być szansą na pozytywne rozwiązania. Niestety w obecnym kształcie w żadnym stopniu nie dotyczy ona ludzi, którym sprzedano oszukańcze polisy. Dla nich ta nowelizacja nie zmienia niczego.

Komisja, którą Pani Przewodnicząca kieruje, ma niepowtarzalną szansę zmienić prawo tak, by pomóc setkom tysięcy klientów oszukanych przy okazji sprzedaży „polisolokat”. Jak? Zmuszając Towarzystwa Ubezpieczeniowe, by przestrzegały prawa jakie obowiązują w Rzeczypospolitej.

Parlament może skrócić sądową drogę przez mękę na jaką są skazani „ubezpieczeni”. Jeśli uznajemy dziś powszechnie, że kilkudziesięcioprocentowe „opłaty likwidacyjne” są bezprawne, to nic prostszego jak zakazać ich nie tylko w przyszłych produktach sprzedawanych na polskim rynku, ale także w tych, które dziś trzymają w finansowej niewoli tysiące polskich rodzin.

Procedowana przez Komisję ustawa daje możliwość odstąpienia od niekorzystnej umowy w terminie 60 dni od uzyskania pierwszej informacji o „o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu”, a w takiej sytuacji potrącenie z



konta ubezpieczonego nie może przekraczać 4%. Uważamy, że ta sama zasada powinna obowiązywać wobec polis jakie zostały już zawarte. Klient po otrzymaniu pierwszej po wejściu w życie ustawy informacji o „o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu” powinien również dostać szansę na odstąpienie od rażąco niekorzystnej dla niego umowy.

W związku z powyższym proponujemy skreślenie punktu 2 w Art. 474. i jednocześnie doprecyzowanie, że „pierwsza informacja o o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu”, to pierwsza informacja otrzymana po wejściu w życie ustawy.

Taki zapis dawałby możliwość wycofania się klientom z oszukańczych umów, a firmom ubezpieczeniowym nakazywałby w takim wypadku po prostu oddanie oszczędności właścicielom. Niczego więcej nie oczekujemy. Wystarczy nam prawo do dysponowania własnymi pieniędzmi.

Nie należy się obawiać o skutki takiego rozwiązania dla firm ubezpieczeniowych. Firmy wiedzą doskonale, że nie mają prawa do pobieranych obecnie opłat. Jedna z nich, Aegon przez wiele miesięcy nie pobierała zakazanych „opłat likwidacyjnych” przestraszona wielomilionową karą od UOKiK. Inne Towarzystwa oddają uwięzione na kontach oszczędności osobom, które podjęły aktywne działania prawne, lub które poskarżyły się dziennikarzom. Ubezpieczyciele idą na ugodę i oddają pieniądze pod warunkiem, że ci klienci, którzy mogą pobrać własne oszczędności nie będą o tym mówić. Ubezpieczyciele zmuszają ich do podpisywania zobowiązania do milczenia.

Jeśli z powodu proponowanej przez nas regulacji spadną zyski firm ubezpieczeniowych, to warto pamiętać, że zyski takie są dziś osiągane bezprawnie z naruszeniem interesu setek tysięcy obywateli.

Z wyrazami szacunku

Prezes Stowarzyszenia

Jacek Łęski

Warszawa, 4 sierpnia 2015

